

# ETUI Policy Brief

## Politiques économiques, sociales et de l'emploi en Europe

N° 9/2015

### Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe

Yves Roquelaure

Yves Roquelaure est enseignant-chercheur en médecine et santé au travail à l'Université d'Angers et directeur du Laboratoire d'Ergonomie et d'Épidémiologie en Santé au Travail.

## Enjeux politiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le premier problème de santé au travail dans l'Union européenne. Ils témoignent de l'intensification des conditions de travail qui affecte un nombre croissant de travailleurs de l'industrie et des services. Leur répercussion en termes de souffrance et d'interruption des parcours professionnels en fait une priorité de santé au travail. Leur prévention doit être globale et intégrer des dimensions médicales, ergonomiques, sociales, économiques et politiques afin de bâtir les conditions d'un travail soutenable tout au long de la vie professionnelle. La négociation et la mise en œuvre de nouvelles législations européennes pour développer des modèles de production plus durables et plus responsables socialement sont des enjeux syndicaux cruciaux.

## 1. Une source majeure d'inégalités sociales de santé

**Par définition**, les troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMS) regroupent un ensemble d'affections douloureuses liées à l'hypersollicitation des tissus situés au voisinage des articulations (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux) (Sluiter *et al.* 2001). Les plus fréquents sont :

- *le syndrome du canal carpien* qui correspond à l'atteinte du nerf commandant les trois premiers doigts de la main assurant la préhension et la dextérité,
- *les atteintes des tendons de la face externe du coude* (épicondylalgies latérales) assurant les préhensions en force
- *les atteintes des tendons de l'épaule* (tendinopathies de la coiffe des rotateurs de l'épaule) particulièrement sollicités par les gestes et postures bras écartés du corps (abduction),
- *les syndromes douloureux régionaux* touchant tout ou partie des membres supérieurs ou du rachis (cervicalgies, lombalgies).

Ils sont source de douleurs et gêne dans la réalisation du travail et, pour les formes sévères (environ 5-10 % des cas), de difficultés de maintien en emploi voire d'incapacité prolongée de travail.

### Les TMS sont la première cause de maladie professionnelle

(MP) dans les pays économiquement développés et gagnent les pays émergents suite à la globalisation de l'économie. Les variations des taux de reconnaissance (entre 25 et 492 déclarations pour 100 000 assurés pour cinq pays de l'UE) s'expliquent principalement par des critères de reconnaissance différents (Eurogip 2015). Le nombre de MP est considérable à l'échelle des 217 millions de travailleurs de l'UE, mais il sous-estime la réalité en raison d'une forte sous-déclaration par manque d'information des travailleurs, par découragement devant la complexité des procédures administratives et par crainte de perte d'emploi. **Les enquêtes sur les conditions de travail** montrent une épidémie d'ampleur beaucoup plus importante : environ 50 % des travailleurs européens souffrent de douleurs musculo-squelettiques, sans différence notable entre les pays (Eurofound 2010). Par exemple, les données de surveillance des TMS dans la région française des Pays de la Loire (3,5 millions

etui.

d'habitants) montrent qu'environ 13 % des travailleurs souffrent d'un TMS diagnostiqué par le médecin du travail (Brière *et al.*, 2015), soit environ 120 000 travailleurs touchés sur les 1,3 million de travailleurs de cette région française alors qu'environ 4000 MP sont déclarées annuellement. Cela montre l'importance des données de surveillance et des enquêtes pour assurer la visibilité des maladies liées au travail et alimenter le débat public sur la santé au travail.

Les travailleurs les plus à risque de TMS sont ceux exposés à des tâches répétitives réalisées sous contraintes de temps avec peu de marges de manœuvre : les ouvriers de l'industrie, de l'agriculture et de l'artisanat, ainsi que les employés peu qualifiés du commerce et des services aux particuliers (Brière *et al.* 2015; Eurofound 2010). Les TMS sont ainsi une source importante d'inégalités sociales de santé largement sous-estimée par les statistiques de MP. Les travailleurs vieillissants sont particulièrement touchés en raison de l'usure prématurée des tissus et des effets différés des contraintes biomécaniques accumulées au fil du parcours professionnel. Les contraintes professionnelles restent généralement fortes en fin de carrière (Brière *et al.* 2015) entraînant des handicaps de situation difficilement surmontables malgré la construction de savoir-faire. Le maintien en emploi se fait au prix de douleurs quotidiennes sévères, notamment lorsqu'il faut travailler à un âge avancé en raison de droits à la retraite incomplets. Dans ce cas, les inégalités liées à l'âge se conjuguent à des inégalités de genre, car ce sont bien souvent des femmes qui ont interrompu leur carrière ou ont adapté leur temps de travail pour s'occuper de leur famille. Enfin, les jeunes ne sont pas en reste. Fait nouveau en pratique clinique, on diagnostique désormais plus souvent des TMS chez de jeunes travailleurs cumulant emploi précaire et conditions de travail pénibles. Pour tous, travailleurs de tous âges, femmes et hommes, souffrir de TMS s'apparente à une double peine pour les travailleurs licenciés qui retrouvent plus difficilement un emploi.

## 2. Des phénomènes complexes d'hypersollicitation résultant de l'intensification du travail

L'influence des caractéristiques individuelles (état de santé, etc.) et des activités extra-professionnelles (loisirs, tâches domestiques) ne doit pas être surestimée. Elles n'expliquent en effet ni l'évolution épidémique dans les pays industrialisés, ni les inégalités sociales de santé. Chronologiquement, l'épidémie de TMS suit l'instauration de méthodes de rationalisation de la production et de flexibilité de l'emploi à partir des années 1980-90 (Théry *et al.* 2010; Westgaard et Winkel 2011). Un faisceau de causes professionnelles explique la survenue des TMS. C'est un « marqueur dans les corps » de l'intensification du travail qui se caractérise par l'accumulation de contraintes physiques, chimiques, psychosociales et organisationnelles sur un nombre croissant d'ouvriers ou d'employés de l'industrie et, plus récemment, des services (Dares 2014; Eurofound 2010).

**L'exposition prolongée aux contraintes biomécaniques** des situations de travail est un déterminant majeur des TMS.

La répétition excessive de gestes et d'efforts intenses, la manipulation de charges lourdes, les mouvements forcés ou les postures inconfortables prolongées, les vibrations mécaniques et les ambiances froides doivent être la cible de la prévention. **La dimension psychologique** des TMS est importante, comme pour tous les phénomènes douloureux chroniques. Le stress d'origine psychosociale perturbe l'activation musculaire et réduit l'efficacité du geste professionnel. Il stimule les mécanismes de l'inflammation et de la douleur, diminue les capacités de réparation tissulaire et favorise la chronicité des douleurs. Les facteurs psychosociaux liés au travail, tels que la forte pression psychologique associée à une faible autonomie, génèrent des situations de « tension au travail » augmentant le risque de TMS, notamment lorsque les travailleurs manquent de soutien ou de reconnaissance par leur hiérarchie (Lang *et al.* 2012).

## L'organisation du travail et les pratiques managériales

sont des éléments clés car elles influencent en cascade les conditions de réalisation du travail et les caractéristiques biomécaniques, psychosociales, chimiques et environnementales des situations de travail auxquelles doivent faire face les travailleurs. La combinaison des contraintes de rythme et de procédures rigides associées à une forte réactivité à la demande du client (interne ou externe) oblige souvent à travailler dans l'urgence et réduit les marges de manœuvre des travailleurs pour faire face aux imprévus. Les pratiques managériales et la gestion des ressources humaines déterminent la qualité des relations de travail et les modalités d'évaluation du travail effectué. Comme l'organisation du travail, elles influencent non seulement les contraintes des situations de travail, mais également les ressources individuelles et/ou collectives pour y faire face. L'augmentation des marges de manœuvre des travailleurs, individuelles ou collectives, est une nécessité. En effet, une certaine autonomie dans le travail permet de déployer compétences et savoir-faire de métier pour réaliser des gestes professionnels dans toute leur plénitude et ainsi effectuer un travail de qualité (Bourgeois *et al.* 2006 ; Daniellou *et al.* 2008). Les recherches actuelles montrent la similitude des déterminants psychologiques et organisationnels des douleurs d'origine musculo-squelettique et psychique, ainsi que de leurs mécanismes neurobiologiques. Les TMS comme les risques psychosociaux au travail (RPS) sont des effets pathologiques de l'intensification du travail, les uns traduisant principalement la souffrance du corps et les autres la souffrance psychique.

## 3. La prévention intégrée des TMS : une priorité syndicale en Europe

Les campagnes européennes ou nationales de prévention des TMS tardent à montrer leur efficacité, malgré des améliorations ponctuelles dans certaines entreprises. Certaines filières de production ou entreprises sont mises en péril par la baisse de productivité et de qualité par perte du savoir-faire, turn-over élevé et difficultés de recrutement liées à la dégradation de leur image. Au-delà des coûts humains, les coûts économiques et sociétaux restent considérables et avoisineraient 3 % du produit national brut de l'Union européenne. Ces coûts doivent être mis en balance avec ceux de la prévention.

## Priorité à l'amélioration des conditions de travail

La prévention des TMS doit mobiliser l'ensemble des acteurs de l'entreprise, non seulement les services en charge de la prévention et de la santé au travail, les comités santé-sécurité, mais aussi le chef d'entreprise, l'encadrement, les représentants du personnel et les travailleurs eux-mêmes. Un consensus se dégage pour une démarche globale, participative et inscrite dans la durée et la vie de l'entreprise. Pour cela, il est nécessaire que la question des TMS puisse être débattue de manière sereine et inscrite à l'agenda de la prévention des risques professionnels. La qualité du dialogue social dans l'entreprise et le bon fonctionnement du comité santé-sécurité (ou de la représentation des travailleurs) sont alors des paramètres importants de l'efficacité préventive (Daniellou *et al.* 2008).

Il est impératif de donner la priorité à la prévention à la source mais en intégrant les trois niveaux de prévention pour accroître l'efficacité préventive globale :

- Prévention primaire : limiter en priorité l'apparition des TMS par une réduction des risques à la source ;
- Prévention secondaire : faire en sorte, par un dépistage précoce et une prise en charge adaptée, que les troubles ainsi diagnostiqués ne s'aggravent pas ou ne récidivent pas ;
- Prévention tertiaire : faciliter la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien durable dans l'emploi de ceux qui présentent des douleurs chroniques.

**La prévention à la source** consiste en priorité à réduire les contraintes des situations de travail et à augmenter le pouvoir d'agir des travailleurs. La compréhension de la chaîne des déterminants est une étape clé du diagnostic professionnel des TMS. Elle repose sur une approche systémique de la situation de travail, selon une démarche ergonomique participative prenant en compte l'activité réelle de travail afin de ne pas favoriser un diagnostic simpliste qui consiste à mettre seule en cause la réalisation de « mauvais gestes ». Les leviers d'action, tout comme les causes, sont à la fois techniques, organisationnels et managériaux. Les pratiques managériales tendant à réduire les possibilités de coopération au sein des groupes de travail (c.-à-d. le recours massif à l'intérim, la polyvalence des salariés, l'individualisation des relations de travail et de l'évaluation) doivent être interrogées. L'objectif est non seulement de réduire l'exposition aux contraintes biomécaniques, mais aussi de favoriser le pouvoir d'agir en restaurant les collectifs de travail et la qualité du « travailler ensemble ». Il s'agit d'élargir les compétences des travailleurs pour leur redonner des possibilités de réajustements (individuels et collectifs) de leur activité et, ainsi, assurer la production de biens ou de services requise tout en préservant leur santé. **La formation professionnelle** est ici un levier négligé : les travailleurs les plus à risque de TMS en sont trop souvent exclus.

Les actions collectives de **promotion de la santé** (apprentissage des gestes et des techniques d'échauffement, exercices d'étirement et d'assouplissement, etc.) parfois mises en avant dans les entreprises ne peuvent venir qu'en complément de l'amélioration des situations de travail et non pas servir de seule stratégie préventive (Kennedy *et al.* 2010; Petit *et al.* 2014).

**La prévention** doit également intégrer **la prise en charge précoce des travailleurs** souffrant de TMS et **les actions pour leur maintien en emploi**. Pour cela, elle doit associer une prise en charge médicale et professionnelle concertée, après évaluation de la situation médicale, sociale et professionnelle des travailleurs concernés (Petit *et al.* 2014). Il est important d'informer les travailleurs sur l'intérêt de consulter précocement leur médecin du travail ou leur médecin traitant sans attendre l'apparition de difficultés de maintien en emploi. Contrairement aux idées reçues, il a été démontré qu'en cas d'arrêt de travail la reprise progressive et précoce du travail *sur un poste adapté* ergonomiquement à un effet thérapeutique durable sur l'incapacité liée aux TMS. Des programmes pluridisciplinaires de maintien en emploi - associant réadaptation physique et psychosociale et aménagement ergonomique de la situation de travail - favorisent le maintien prolongé en emploi. Il n'y a pas de solution type, l'intervention devant s'adapter aux spécificités historiques, technico-organisationnelles et économiques de l'entreprise (Daniellou *et al.* 2008). Le travailleur doit rester au cœur de la problématique sans déconnecter son activité de travail passée et future de la prise en charge médico-sociale. Il s'agit d'un défi car le travailleur en arrêt de travail relève le plus souvent de la filière de soins sans lien avec les entreprises et les acteurs de la prévention des risques professionnels. La construction d'une représentation partagée et la coordination d'intervenants aux pratiques professionnelles variées favorisent l'efficacité des actions concertées, médicales et professionnelles. Les obstacles techniques ou réglementaires doivent être surmontés pour favoriser la coopération des intervenants du maintien en emploi, le travail en réseau formalisé pouvant être une solution intéressante (Petit *et al.* 2014).

## Conclusion

La prévention des TMS doit dépasser une vision technico-centrée pour interroger les modèles productifs, organisationnels et managériaux des entreprises dans une perspective ergonomique. Elle doit s'appuyer sur une politique globale de santé au travail à l'échelle de la branche professionnelle ou du bassin d'emploi. L'enjeu majeur est de favoriser l'émergence de conditions de travail soutenables tout au long de la vie professionnelle par la réorientation de la politique industrielle et la relance de la politique européenne de santé au travail. Ce défi ne doit pas être occulté par ceux de la compétitivité économique et de l'emploi en période de crise car ils sont consubstantiels comme le montre REACH pour les risques chimiques. Les directives européennes sur la santé au travail, la manutention de charges ou le travail sur écran sont actuellement insuffisantes en l'absence de réactivation du projet de directive « anti-TMS ».

## Recommandations

1. Les TMS posent une question politique majeure pour les syndicats européens compte tenu des enjeux de santé, de qualité de vie au travail, de maintien en emploi et de compétitivité économique dans l'UE.

2. Les inégalités sociales de santé musculo-squelettiques constituent un défi sanitaire et démocratique nécessitant un débat sur la politique industrielle et les conditions de travail soutenables tout au long de la vie professionnelle dans l'UE.
3. Les TMS requièrent une politique globale, durable et intégrée de prévention au sein de l'UE et la réinscription du projet de directive « anti-TMS » à l'agenda social de l'UE.
4. Les statistiques de maladies professionnelles doivent être complétées par des données de surveillance épidémiologiques, en tant qu'indicateur de pilotage des politiques de santé au travail compte tenu de leur logique assurantielle plutôt que préventive.
5. La prévention des TMS nécessite d'intégrer tous les volets de la prévention en donnant la primauté à l'amélioration des conditions de travail.
6. La dualité de l'organisation du travail comme cause et solution des TMS doit être mise en discussion dans les entreprises, notamment au sein de la représentation des travailleurs et des instances en charge de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail, car c'est un élément important lors de la recherche de solutions préventives.
7. La prévention de la désinsertion professionnelle et les actions de maintien en emploi doivent être mieux hiérarchisées et coordonnées et placer les travailleurs concernés au centre du dispositif tout au long du processus de retour au travail sans rupture de prise en charge.

## Références

Bourgeois F. *et al.* (2006) Troubles musculosquelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

Brière J. *et al.* (2015) Des indicateurs en santé travail : les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

Daniellou F. (dir.) (2008) La prévention durable des TMS-MS. Quels freins ? Quels leviers d'action ?, Rapport de recherche pour la Direction Générale du Travail. <http://www.travaillermieux.gouv.fr/IMG/pdf/484333.pdf>

Dares (2014) Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés, Dares Analyses 49. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf>

Eurofound (2010) 20 ans de conditions de travail en Europe : premiers résultats (à partir de la 5ème Enquête européenne sur les conditions de travail, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Eurogip (2015) Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens, Paris, Groupement de l'institution Prévention de la Sécurité sociale pour l'Europe.

Kennedy C.A. *et al.* (2010) Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (2), 127-162.

Lang J., Ochsmann E., Kraus T. et Lang J.W. (2012) Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies, *Social Science and Medicine*, 75 (7), 1163-1174.

Petit A., Roquelaure Y. et les 22 membres du groupe de travail de la Société française de médecine du travail (2014) Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 75 (1), 6-33. Argumentaire scientifique : [www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php](http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php)

Sluiter J.K., Rest K.M. et Frings-Dresen M.H. (2001) Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27 (Suppl. 1), 1-102.

Théry L. (dir.) (2010) Le travail intenable : résister collectivement à l'intensification du travail, Paris, La Découverte.

Westgaard R.H. et Winkel J. (2011) Occupational musculoskeletal and mental health: significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – A systematic review, *Applied Ergonomics*, 42 (2), 261-296.

Tous les liens ont été vérifiés le 2 juin 2015.

Les opinions exprimées ici n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'ETUI.

Directeurs de publication de la série: Jan Drahokoupil, Philippe Pochet, Aída Ponce Del Castillo, Sotiria Theodoropoulou et Kurt Vandaele.

Responsables de ce numéro: Marianne De Troyer, [mdetroyer@etui.org](mailto:mdetroyer@etui.org), et Fabienne Scandella, [fscandella@etui.org](mailto:fscandella@etui.org)

Les numéros précédents se trouvent sur le site [www.etui.org/publications](http://www.etui.org/publications). D'autres informations sur l'ETUI sont également accessibles sur le site [www.etui.org](http://www.etui.org).

© ETUI aisbl, Bruxelles, septembre 2015

Tous droits de reproduction réservés. ISSN 2031-8782

L'ETUI bénéficie du soutien financier de l'Union européenne. L'Union européenne ne peut être tenue responsable de l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans cette publication.