

# CHRONIQUE

## D'UNE ÉPIDÉMIE DE TMS

**D**ans cette entreprise qui comptait 230 salariés, lorsque j'ai pris ce secteur en 1981, les premiers cas de TMS apparaissent en 1984, chez des hommes. Antérieurement, des femmes effectuant des travaux de confection avaient été opérées d'un Syndrome du Canal Carpien (SCC), mais il n'y avait pas eu de déclaration de Maladie Professionnelle (MP) effectuée tant cette pathologie paraissait constitutive du genre féminin et que l'on faisait plus volontiers le lien SCC-femme en période de ménopause que SCC-travail.

En 1984, observation d'un SCC bilatéral chez un homme : déclaration de MP, refusée par la CPAM, sur les travaux effectués. Je suis un peu étonnée du refus de la CPAM mais les symptômes régressent pendant les congés. Deux épicondylites en 1986 et 1987, déclarées et reconnues en MP sur un même poste auraient dû attirer mon attention, mais les salariés avaient réglé individuellement le problème (demande de changement de poste lors de la première restructuration, départ de l'entreprise lors de congés pour l'autre). Donc jusque-là, les problèmes se règlent au coup par coup par chaque salarié concerné.

L'apparition d'un SCC, en 1989, au poste le plus éprouvant, chez le salarié le plus âgé, m'incite à demander que soit menée une réflexion sur ce poste. Silence poli de mes interlocuteurs au CHSCT. La deuxième restructuration vient d'avoir lieu : peu de licenciements mais l'entreprise familiale est rachetée par un groupe financier. Forte de ma formation récente en ergonomie, je recherche les dossiers des retraités à ce poste. Dans un seul cas, je retrouve une trace de douleur d'épaule et pourtant la majorité des salariés ont fait toute leur carrière à ce poste et ils partaient à 65 ans. Il n'y avait pas de convoyeur et donc plus de manutention.

Je propose régulièrement un travail de réflexion sur ce poste ; le silence persiste jusqu'en 1990-1991 où un groupe de travail se constitue, en principe pour réfléchir au problème des TMS. J'y participe. On filme les différents opérateurs, on va filmer dans une autre unité du groupe où on travaille différemment. On s'intéresse aux gestes, aux postures. J'ai enfin l'impression de remplir pleinement ma mission. La direction propose une polyvalence avec le poste de préparation ; j'encourage, enrichissement des tâches, modification des gestes les plus fréquents. Un militant syndical, responsable de la Mutuelle d'entreprise, qui travaille à ce poste, participe au groupe de travail. Il est moins enthousiaste, il

essaie d'amener le débat sur d'autres problèmes d'organisation, à l'origine de conflits dans l'équipe de finition : l'installation du convoyeur, qui doit limiter les déplacements et les manutentions rigidifie l'alimentation des quatre postes de finition. Le dernier poste alimenté n'a pas le choix ; il doit prendre ce qui se présente et il ne peut équilibrer sa production quotidienne avec des produits de pénibilité variable. Les opérateurs placés en amont, sont en difficultés et choisissent les produits les plus faciles. Ses arguments ne seront pas entendus. *A posteriori*, je comprendrai que la création du groupe de réflexion était d'abord liée à une volonté de modifier l'organisation de la production pour faire face à une augmentation saisonnière des commandes, en période estivale. Rien de bien gênant, au contraire, si le résultat est une amélioration de la santé des salariés. Il n'y aura pas d'amélioration, plutôt une dégradation. Ce militant syndical, militant mutualiste, fera l'objet d'une sensible mise à l'écart par ses collègues ; on le trouve excessif dans ses réclamations sur le poste de travail, sur la qualité de la production. Son engagement sur la qualité du travail demeure mais associé à ses difficultés personnelles de travail dues à l'usure de son corps (poignets, coudes, épaules, dos), cet engagement sera quelques années plus tard à l'origine de tensions avec ses collègues de production plus jeunes et plus à l'aise pour tenir leur production.

Été 1994 : rencontre houleuse avec le directeur de site et le chef de production : « *C'est le médecin du travail qui crée les problèmes.* » Deux MP déclarées et reconnues en 1993, trois MP déclarées et reconnues en 1994 (dont une atteinte grave de l'épaule chez le salarié atteint de SCC bilatéral en 1984). Ce dernier sera maintenu à un poste allégé jusqu'à son départ en retraite. Je sollicite, ou plus exactement, j'appelle à l'aide l'ingénieur CRAM du secteur (nous avons initié depuis 1980 environ des rencontres périodiques entre médecins du travail du service, techniciens conseil de la CRAM et services de l'Inspection du travail, rencontres qui facilitent des relations de confiance). Une convention d'objectifs est signée qui facilitera... des investissements productifs envisagés de longue date, sans améliorer notablement la situation des salariés en difficultés, puisque ce seront les jeunes embauchés qui y seront affectés.

Contact téléphonique sans suite avec les deux médecins du travail intervenant dans les deux autres sites.

Mars 1995 : Nouvelle proposition de « diagnostic court » à solliciter auprès de ANACT. Cette demande sera acceptée dans un second temps après un courrier recommandé adressé à la direction et au secrétaire du CHSCT, courrier demandant l'intervention de l'Inspection du travail pour régler le désaccord MT-direction. Échange de courrier peu amènes. Les représentants syndicaux présents au CHSCT sont observateurs de ce conflit, les questions de santé semblent être le problème exclusif du médecin du travail.

Printemps 1996 : rendu du diagnostic court « subi » par l'entreprise

Été 1996 : J'ai envie de passer la main d'autant qu'un entretien avec le DP me confirme que les salariés sont inquiets devant toutes ces MP déclarées et qu'ils ont peur d'être pénalisés et mis en concurrence avec les autres sites de production. « Si on fermait notre site à cause de tous ces problèmes ? » Objectivement, le raisonnement tient, chaque site étant indépendant et ayant donc une cotisation AT propre à ses résultats, au moins pour ceux qui sont en bonne santé. Mais pour ceux qui sont atteints, et ils sont de plus en plus nombreux, de plus en plus gravement atteints, de plus en plus précocement touchés, la stratégie de remise de certificat médical systématique et de déclaration par les salariés, permet le suivi et le maintien dans l'emploi, le plus souvent au même poste car les postes de reclassement sont rares et rapidement saturés. Jusqu'à quand ?

1997-1998 : Cinq maladies professionnelles déclarées dont quatre dans le même service, (service ayant fait l'objet d'une réorganisation récente, « réorganisation-test » avant généralisation aux autres sites). Des problèmes techniques et informatiques génèrent une augmentation considérable des manutentions, une perte d'efficacité globale du service. Le responsable du service, sera hospitalisé en psychiatrie, pour une dépression sévère liée au travail. Il sera licencié dès sa reprise. Pour la première fois les militants syndicaux interviendront dans sa défense, alors que, jusque-là, comme la majorité des agents de maîtrise, il était considéré comme « nul ».

Parallèlement, intervention lourde de l'AGEFIPH dans un autre service, pour reclasser une victime de TMS (financement d'une étude et fabrication d'un prototype). Dans ce service, l'étude ergonomique, montrera ce que tout le monde sait dans le service et qui m'est confié dans le cabinet : les tensions et conflits entre les trois salariés, (qui tous, au fil des années, ont constitué outre des TMS, une HTA chez le chef de service et un salarié, des gastralgies chez un autre et une décompensation psychique chez le troisième salarié) sont liés à des outils de travail (tables de montage) de plus en plus inadaptés à la production. Les produits évoluent mais les outils ne suivent pas : le plus fragilisé, pour faire sa production triche et ne respecte pas les règles de répartition des fiches de production. Il accapare et stocke les fiches des produits les plus faciles à réaliser bien que bénéficiant déjà de la table de montage la moins inadaptée et peut donc travailler en série. Ses collègues sont condamnés à des changements incessants de produits d'où des réglages plus fréquents et donc plus de contraintes. Le chef de service n'in-

tervient pas.

Un prototype de table de montage sera finalement réalisé avec une nette amélioration, en terme de posture pour les opérateurs, mais très vite, la production demandée sera telle que le titulaire du poste pour qui la table avait été réalisée demandera un changement de poste et de service.

1999 : Contact avec un MT d'un autre site de production. Échange plus confiant sur les pathologies rencontrées. Encore cinq déclarations de MP. (Vingt-trois déclarations en tout en 1999). Le responsable du service maintenance est envoyé en stage d'ergonomie. De l'inquiétude pour deux salariés traités pour des atteintes sévères des épaules et actuellement en arrêt de travail. L'un reprendra finalement à un poste de cariste, après traitement chirurgical. L'autre, une femme, opérée des deux canaux carpiens et d'une épaule, présentant par ailleurs une HTA, une arthrose de hanche et un diabète, bénéficiera d'une invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie. (Dans cette entreprise, le système de complémentaire maladie qui a remplacé la mutuelle, garantit un complément de salaire en cas de maladie ou d'invalidité assurant pratiquement le maintien des revenus).

Contact avec l'enquêtrice du service AT/MP, qui raconte les difficultés de ses premières enquêtes dans l'entreprise, qui, compte tenu du nombre de déclarations de MP dans mon secteur, me dit que : « Les chefs d'entreprise trouvent anormal :

- que je reçoive les salariés à leur demande en dehors des visites annuelles ;
- que je les informe des droits éventuels liés à la reconnaissance en pathologie professionnelle, des possibilités de suivi post-professionnel ;
- que lors des examens annuels, je les interroge sur des douleurs éventuelles, sur le stress, sur l'organisation du travail. »

2000 : sept certificats médicaux remis, à partir des constats lors des examens médicaux annuels. Quatre salariés font une déclaration. Pour un des salariés, décompensation psychique associée au trouble musculosquelettique, avec de nombreux courriers adressés aux partenaires sociaux, au directeur de site, au médecin du travail, courriers dans lesquels ce salarié pourtant peu à l'aise avec l'écriture explique les difficultés d'organisation de son service. Mise en garde du médecin du travail à la direction, mais aussi du secrétaire du CHSCT, sur les risques imprévisibles de ce type de décompensation y compris avec le passage à l'acte violent.

2001 : dix certificats médicaux remis, quatre déclarations. Plusieurs certificats concernent les salariés d'un poste en cours de mise au point, pour une nouvelle production. Pour deux autres salariées, ayant déjà été exposées à des gestes répétés des membres supérieurs dans d'autres entreprises de confection, il s'agit d'une nouvelle exposition aboutissant à une décompensation : épaule pour l'une, SCC bilatéral pour l'autre. L'une de ces salariées est l'épouse du secrétaire du CHSCT, elle fera opérer un SCC sans faire de déclaration. Les réactions des militants syndicaux à l'égard de l'autre salariée seront acerbes : « tant qu'elle a été en intérim, elle

*n'a rien dit ; depuis qu'elle est embauchée, elle a mal à l'épaule. Il n'y a pas de raisons que l'entreprise paye pour des problèmes d'avant* ». La réaction sera similaire pour un salarié, de plus de 50 ans, déclarant un problème d'épaule, alors qu'il n'est présent dans l'entreprise que depuis quelques années.

2002 : six certificats remis, trois déclarations. Encore une fois, ceux qui ne font pas de déclaration sont, soit militants syndicaux, soit agent de maîtrise. Pour un salarié, qui avait signalé, lors de la visite du CHSCT, les conditions d'apparition de ses douleurs d'épaule, (il avait du travailler seul à un poste où les manutentions se font à deux traditionnellement) ; le secrétaire du CHSCT regrettera qu'il y ait eu déclaration de MP sans sollicitation préalable des élus.

2003 : sept certificats médicaux remis, une déclaration de MP.

2004 : quatre certificats médicaux, deux déclarations. Pour la première fois, l'atteinte d'une salariée laissera des séquelles graves. Âgée de 49 ans, ayant toujours travaillé en production, elle ne signale aucune douleurs ou troubles sensitifs lors de l'examen médical annuel. Six mois plus tard, elle m'est adressée *manu militari* par le secrétaire du CHSCT. Elle présente un SCC et un syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne bilatéral. Opérée, elle garde des séquelles de compression du cubital et une atrophie des interosseux, elle ne pourra jamais reprendre à temps plein. À ce jour, son IPP n'est pas encore fixée. Commentaire d'un autre militant syndical, membre du CHSCT : « *Elle en a cassé des productions, celle-là.* »

Pour un autre salarié, atteint d'une épicondylite, qu'il attribue au changement d'outil de montage pour réparation et pour la première fois, une intervention immédiatement efficace du médecin du travail se fera, lors de la visite d'atelier par le CHSCT. Un changement d'outil de montage est envisagé, les outils anciens, plus lourds étant conservés pour servir en cas de panne. Je contesterai vigoureusement ce type d'organisation : si les outils ne sont plus personnalisés, il est indispensable que les outils de dépannage soient similaires aux outils habituels. La décision de commander les outils en double sera prise sur le champ. Résultat bien modeste, en terme de prévention proprement dite, eu égard à la durée et à l'intensité de l'épidémie de TMS. Un conseil non sollicité est bien rarement écouté.

2005 : À ce jour, cinq certificats médicaux remis, dont deux à des membres du CHSCT, l'une présentant une atteinte sévère des deux épaules. Pour beaucoup de salariés, des reconnaissances en travailleurs handicapés, ont été effectuées, à seule fin de leur permettre d'échapper à une polyvalence généralisée.

Des salariés, plus jeunes, ont choisi de quitter l'entreprise pour préserver leur santé. Un retraité, vient de me solliciter, car ses problèmes d'épaule ont nécessité un recours chirurgical, qu'il assume difficilement sur le plan financier. Quand il était en activité, il n'avait pas fait de déclaration de MP.

L'épidémie de TMS persiste donc depuis plus de vingt ans, on devrait plutôt parler d'un phénomène endémique. Les

TMS ont précédé quelques décompensations psychiques.

En interne, au fil du temps, les relations ont évolué. Du médecin du travail, d'abord considéré comme un « agitateur toléré », sorte de « fou du roi », tous les partenaires ont admis qu'il ne faisait rien d'autre que remplir sa mission, en attirant l'attention de tous ses partenaires sur les atteintes à la santé liées au travail, même si direction et représentants syndicaux étaient toujours prêts à trouver dans la vie personnelle des salariés des explications aux pathologies rencontrées. Pendant longtemps, à une exception près, (le militant mutualiste plus concerné par les questions de santé), les militants syndicaux et leurs proches n'ont pas fait de déclaration de MP, même quand ils étaient touchés, préférant utiliser le système complémentaire d'assurance maladie, qui avait fait l'objet d'une négociation, avec une compagnie d'assurance au détriment de la mutuelle d'entreprise.

À aucun moment, je n'ai senti, de la part des directions successives, une volonté de se préoccuper vraiment de ce problème de santé. Dans chaque cas, je « bricole » : un reclassement, un aménagement, je gagne du temps, je préserve l'emploi. Les salariés, qui jusque là, ont pu bénéficier de mécanismes de départs en retraite anticipés partent bien « cassés ». Pour quatre salariés, la cessation d'activité s'est faite par le biais de l'invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie, sur un ensemble de pathologies d'usure, toutes liées au travail. Dans trois cas, il n'y avait pas de tableaux de MP correspondants. Au niveau des représentants syndicaux, le CHSCT n'est pas une priorité. La santé n'est pas un thème de débat social à l'instar de l'emploi.

Au fil du temps, j'ai sollicité tous les partenaires extérieurs possibles. Les rapports ont toujours été cordiaux, confiants pour ma part. J'ai toujours donné toutes mes informations en dehors de ce qui relevait de l'individuel. Les interventions des autres m'ont permis de tenir. L'intervention AGEFIPH, la plus longue, avec un résultat matériel intéressant a montré, que l'on pouvait, en lien avec les opérateurs, concevoir des outils plus acceptables sur le plan ergonomique, même si l'on ne pouvait pas préjuger de leur usage ultérieur.

Les conditions d'apparition des manifestations pathologiques ont toujours été similaires : une modification d'organisation du travail avec une demande de production presque simultanée, sans temps de rodage, avec des outils inadaptés, pour une production de plus en plus diversifiée. En pratique, une demande de résultat de type industriel en terme de quantité, comme si l'on faisait de la série, alors que de plus en plus souvent, il ne s'agit pas de série, mais de production artisanale.

La remise systématique des certificats de maladie professionnelle a permis, systématiquement, d'attirer l'attention sur le poste de travail et l'organisation. Elle a plutôt favorisé les reclassements. Aucun salarié n'a perdu son emploi pour avoir fait une déclaration de maladie professionnelle ; chaque salarié est convoqué par le directeur de site en cas de déclaration, il n'est pas félicité, on lui dit qu'il aurait pu en parler avant d'aller voir le médecin du travail.

Compte tenu des séquelles observées dans l'atteinte du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne, il est

important d'interroger systématiquement les salariés sur les petits signes fonctionnels auxquels ils n'attachent pas toujours de l'importance (paresthésies, crampes, etc.) où qu'ils ignorent tant qu'ils le peuvent.

À ce jour, je reste convaincue :

- qu'il est dans les missions du médecin du travail de remettre systématiquement les certificats constatant les pathologies professionnelles ;
- que cette pratique permet de discuter plus efficacement des conditions réelles de travail avec les salariés, mais aussi avec les directions et partenaires sociaux ;
- que les partenaires sociaux sont en difficultés sur les questions de santé-travail et que souvent, ils préfèrent éluder ces questions-là et ce d'autant que quand il n'y a pas de tension sur l'emploi, les salariés adaptent seuls leurs trajectoires à leur état de santé, sans intervention du médecin du travail ;
- que cette pratique favorise une certaine visibilité sociale des pathologies liées au travail, mission de santé publique du médecin du travail ;
- que les déclarations de maladie professionnelle favorisent plutôt le maintien dans l'emploi, à condition d'être accompagnées par le médecin du travail, dans leur suivi administratif et dans l'entreprise.

*Annie LOUBET-DEVEAUX*