

ETUDES ET DOCUMENTS

**Prévention de l'usure
professionnelle ou construction
de la santé ?**



Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?

Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT
10 et 11 mars 2010, Paris

sous la coordination de

Céline Roux

(Chargée de mission, ANACT)



Santé

Avec le soutien
du Fonds social européen



COMMISSION EUROPÉENNE
Fonds social européen

Remerciements	p 4
Avant-propos	p 5
Jack Bernon (ANACT)	
Introduction générale	p 7
Présentation des travaux du Groupe Usure, Pénibilité et Parcours Professionnels « U3P »...	p 8
Céline Roux (ANACT)	
... et réactions du CREAPT	
Serge Volkoff (CREAPT)	
Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé	p 19
Introduction	
Joël Maline (ARACT Basse-Normandie)	
Partie 1 - Se doter d'une nouvelle définition de la santé ?	p 29
Introduction	p 30
Françoise Verdier (MIDACT)	
Du point de vue d'un professionnel de la santé	p 32
Dr Philippe Davezies (Institut Universitaire de Médecine du Travail, Lyon)	
Le management au secours de la santé des salariés ?	p 38
Matthieu Detchessahar (Université de Nantes)	
Synthèse et débat	p 45
Valérie Pueyo-Venezia (CREAPT et IETL Lyon 2)	
Partie 2 - Se doter de nouveaux concepts et outils ?	p 49
Introduction	p 50
Daniel Depoisier (ANACT)	
Frédérique Bédier (ARVISE)	
Quels outils pour des connaissances sur la santé ?	p 52
Dr Michel Niezborala (MIRTMO, Toulouse)	
À propos des environnements capacitants : pour une ergonomie constructive	p 60
Pierre Falzon (CNAM)	
Synthèse et débat	p 66
Valérie Pueyo-Venezia (CREAPT et IETL Lyon 2)	

Partie 3 - Se doter d'une approche dynamique : faire le lien entre santé et parcours ?	p 69
Introduction	p 70
Barbara Guerniou (ARACT Auvergne) Caroline Ragazzi (ARACT Aquitaine)	
Parcours Professionnels et État de Santé	p 72
Corinne Rouxel (DARES)	
Gestion de la dynamique des parcours en entreprise	p 80
Hervé Valérian-Bessac (Centre Léon Bérard, Lyon)	
Synthèse et débat	p 87
Valérie Pueyo-Venezia (CREAPT et IETL Lyon 2)	
Annexes	p 91

Remerciements

Pour approfondir la réflexion sur les notions d'usure et de pénibilité, l'ANACT a choisi de réunir un séminaire scientifique qui autorise les débats, favorise la confrontation des idées et des points de vue.

Le résultat de ces échanges est retracé dans cet « Études & Documents ». Ces échanges ont été riches et intenses grâce à des présentations de qualité de la part des contributeurs, à une préparation rigoureuse de l'équipe projet, à une animation dynamique et à des participants attentifs.

Les contributeurs :

- Serge Volkoff, pour son investissement passionné à relire en profondeur les travaux du groupe U3P ;
- Joël Maline qui, s'excusant de ne pouvoir être présent, a pris le temps d'écrire une communication clairvoyante sur le thème de la construction de la santé ;
- Philippe Davezies dont les propos, puisés aux sources des auteurs qui ont compté pour la santé au travail, ont éclairé les débats ;
- Matthieu Detchessahar, qui a expliqué de manière convaincante la place du manager dans la construction de la santé ;
- Michel Niezborala a su faire partager les résultats de l'enquête VISAT ;
- Corinne Rouxel a amené avec dextérité les résultats des statistiques sur la santé ;
- Pierre Falzon, prenant appui sur les travaux de Sen, a montré tout l'intérêt des environnements capacitants comme outil organisationnel en réponse à l'usure professionnelle ;
- Hervé Valérian-Bessac, qui a pris le temps de remettre un enregistrement fort apprécié et écouté avec une grande attention.

Les animateurs :

- Valérie Pueyo-Venezia a tenu le fil rouge de ce séminaire. Par ses remarquables synthèses, elle a su, à chaque séquence, dégager les lignes de force des échanges ;
- Céline Roux qui a parfaitement régulé tous les débats et coordonné la réalisation de cet « Études & Documents » ;
- Le groupe « U3P » composé de chargés de mission du réseau et notamment Françoise Verdier, Frédérique Bédier et Daniel Depoisier, Barbara Guerniou et Caroline Ragazzi qui, pour chaque séquence, ont préparé une introduction qui suscitait la curiosité.

Les participants :

Avec leurs questions et leurs commentaires toujours pertinents, ils ont complété le tableau de réussite de ce séminaire.

Les travailleurs de l'ombre :

Enfin les Actes d'un séminaire ne sont jamais publiés sans le soutien et le travail de personnes efficaces comme Corinne Berry-Billant pour l'organisation matérielle de cette rencontre et Christian Mahoukou pour la gestion éditoriale et le suivi de fabrication.

Que tous ici soient remerciés

Avant-propos

Jack Bernon

(Responsable du département Santé-Travail de l'ANACT)

Bonjour à tous. Nous sommes environ 55 participants. C'est un beau succès pour ce séminaire. Je vous accueille au nom de l'ANACT et vous remercie de votre présence.

Ce séminaire sur les questions d'usure et de pénibilité est le deuxième du genre. Le premier avait déjà été un grand succès. La preuve en est que beaucoup de participants sont revenus aujourd'hui.

Merci à nos invités, aux chercheurs et aux collègues des ARACT et de l'ANACT. Je remercie tout particulièrement Valérie Pueyo-Venezia qui a accepté de réaliser la synthèse de chacune des étapes de ce séminaire.

La question de la pénibilité et de l'usure professionnelle est déjà ancienne pour l'ANACT. Notre première étude sur la pénibilité fut menée en 2005-2006, car nous sentions déjà la prégnance de cette question. Par la suite, il y eut le séminaire de 2007, dont les actes furent publiés et largement consultés. Ce séminaire fut un temps très fort, en ce qu'il marqua la prise en main officielle de l'ANACT sur cette question. Puis il y eut la négociation sur la pénibilité engagée entre les partenaires sociaux. L'ANACT a participé activement au groupe des experts installé par l'IGAS. Mais cette longue et difficile négociation a échoué. Sur ce sujet la balle est maintenant dans le camp du gouvernement. Gageons que cette question sera reprise dans le cadre de la prochaine réforme des retraites et fera l'objet d'âpres débats.

Quel est notre champ d'action au niveau du Réseau ? Notre mission est de nous saisir de ce sujet, comme nous l'avons fait pour les TMS ou les risques psychosociaux. À nous de « débroussailler » ce thème complexe, en vue de rendre service à la fois aux entreprises et aux salariés. Car ce thème est au cœur de l'actualité. Qui sait d'ailleurs si le gouvernement ne décidera pas de publier des listes d'entreprises menant ou pas des actions de prévention, à l'instar de ce qu'il a fait pour les risques psychosociaux... En tout état de cause, ce sujet va s'inviter dans les médias, et nous devons être prêts à participer au débat. Les nombreux travaux du groupe U3P animé par Céline Roux et Geneviève Trouiller y contribueront.

Le Réseau doit porter un projet sur cette question. Nous avons un rôle politique et stratégique à jouer à propos du décalage des représentations. C'est ainsi qu'en affichant le terme d'« usure », il me semble que nous essayons de tenir à distance la notion de « pénibilité », laquelle fait l'objet d'affrontements entre les partenaires sociaux autour de la question de la réparation. Grâce aux termes d'« usure », de « maintien en capacité de travail et d'emploi » ou de « construction de la santé », nous fournissons un nouveau vocabulaire aux différents acteurs.

Nous devons aussi être mobilisateurs des différents acteurs-relais, du fait de nos structures partielles. Pour cela, il nous appartient d'identifier avec précision ces acteurs, connaître leurs enjeux et repérer les espaces de débat. Parallèlement, nous devons remplir notre mission d'opérationnalité. C'est notre rôle technique consistant à outiller les acteurs. Dans ce cadre, nous devons mettre au point des méthodes et outils que les entreprises et les partenaires sociaux puissent s'approprier. Nous devons aussi pouvoir mener des expériences dans les entreprises. Ce rôle d'outillage est essentiel, même si ce n'est pas le seul.

Enfin, nous devons nous confronter à la question de l'évaluation. L'enjeu est ici de savoir comment évaluer les démarches et recommandations que nous prônons. Il s'agit de voir si les choix opérés sont pertinents, efficaces et utiles aux entreprises et aux salariés. Cette question de l'évaluation doit être posée, elle renvoie à la durée de nos actions.

En somme, notre terrain d'action est protéiforme et se déploie sur des registres extrêmement variés. C'est dans ce cadre que nous vous posons la question de ce séminaire : faut-il s'orienter vers la notion d'« usure professionnelle » plutôt que vers celle « pénibilité » pour mener des démarches de prévention ?

Peut-être devons-nous faire évoluer les paradigmes actuellement dominants, très orientés vers la notion de détérioration de la santé. Le temps est peut-être venu de considérer que le travail offre des moyens de construire la santé. En d'autres termes, il s'agirait de renverser la question de la santé, en la reliant différemment à la performance des entreprises. À cet égard, les thèmes de la responsabilité sociale d'entreprise et du développement durable peuvent constituer des ouvertures.

Le Réseau sent bien qu'il faudrait changer de paradigme sur cette question de la santé. C'est ce dont nous souhaitons discuter avec vous durant ces deux jours.

Introduction générale

Présentation des travaux du Groupe Usure, Pénibilité et Parcours Professionnels « U3P »...

Céline Roux

(Chargée de mission, ANACT)¹

... et réactions du CREAPT

Serge Volkoff

(Directeur du CREAPT)¹

Céline Roux

Bonjour à toutes et à tous. Je vous remercie de votre présence. Le groupe « U3P » du réseau ANACT-ARACT a beaucoup travaillé sur ces questions depuis notre dernier séminaire sur l'usure professionnelle et la pénibilité en 2007. Je vais vous présenter les résultats de ces travaux et les suites à leur donner, ainsi que les enjeux de ce séminaire.

Comme lors du séminaire de 2007, nous soumettons des travaux sur la pénibilité à votre regard. La nouveauté de cette année est que ce sont nos propres travaux que nous présentons. Par ailleurs, les personnes à qui nous présentons ces travaux sont non seulement les collègues du réseau, mais aussi des chercheurs et des personnalités ayant communiqué lors du séminaire de 2007. Pour mémoire, sachez que les actes du séminaire de 2007 sont disponibles sur le site www.anact.fr.

Le groupe-réseau a tenu une dizaine de réunions sur 3 ans, soit deux à trois réunions par an. Dans ce cadre, nous nous sommes reposés les questions de pénibilité, d'usure professionnelle et du lien avec les parcours à partir de nos retours d'expérience d'interventions. Certaines questions sont alors restées en suspens. Ce sont ces questions que nous souhaitons reprendre avec vous aujourd'hui.

Le contexte de nos travaux est caractérisé par un allongement des carrières professionnelles, ainsi que par un vieillissement de la population et donc une augmentation de la part des seniors dans les populations au travail. C'est aussi un contexte d'évolution des conditions de travail avec une double dimension : d'un côté, la persistance de facteurs traditionnels dits « de pénibilité » (intensification, densification et altération du contenu même du travail) ; d'un autre côté, une moindre possibilité de préservation de la santé des populations fragilisées. C'est donc dans un contexte de paradoxe entre maintien en emploi et éviction des seniors que se situent nos réflexions.

Venons-en à l'histoire dans laquelle s'inscrivent nos travaux. L'étude-action de 2007 était très marquée par les tentatives de lancement de la négociation sur la pénibilité. L'appel à projets avait paru juste après la réforme des retraites, de manière à ce que le réseau se positionne sur ces questions de pénibilité. Pour ma part, je retiendrai deux retours d'expérience de cette étude-action. Le premier est le besoin d'une définition sociale de la pénibilité dans chaque situation d'intervention et avec les acteurs concernés. Le second est le besoin de clarifier la relation entre la pénibilité et l'usure professionnelle, mais aussi entre ces deux notions et les parcours professionnels.

C'est au regard, en particulier, de ces deux retours d'expérience que le groupe U3P a proposé de travailler sur ces questions, dans le cadre du projet « gestion des âges ». Le groupe s'est alors constitué avec dix à douze chargés de mission des ARACT et de différents départements de l'ANACT, ainsi qu'un référent gestion des âges en la personne de Joël Maline. Nous avons tous des profils, des expériences et des points de vue diversifiés, ce qui nous a conduits à mener un important travail préliminaire pour nous mettre d'accord sur nos objets de travail.

Ce travail a duré deux ans, après quoi nous avons produit une note d'une cinquantaine de pages. Cette note ne vous a pas été remise volontairement. Nous ne vous la fournirons qu'à l'issue du séminaire, pour éviter que les discussions ne se concentrent trop sur l'écrit.

¹ - Ces deux communications ont été regroupées sous la forme d'une seule afin d'en faciliter la lecture.
CREAPT : Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail.

Serge Volkoff

Mon intervention sera compliquée en raison de la complexité du sujet lui-même, mais aussi de mon propre positionnement.

En préambule, je précise que je m'exprime au nom du CREAPT. Ce centre de recherches dédié aux questions d'âge et travail existe depuis une vingtaine d'années et entretient des liens multiformes avec l'ANACT et son réseau. Il y a en quelque sorte conflit d'intérêts, car l'ANACT figure parmi les organismes membres de notre groupement d'intérêt scientifique, aux côtés d'entreprises, de ministères et de partenaires universitaires et chercheurs. Un représentant de l'ANACT siège même à notre comité de direction.

D'autre part, nous avons collaboré avec le réseau sur des sujets de ce type. Je pense notamment à l'ouvrage « La démographie du travail pour anticiper le vieillissement » paru aux Éditions de l'ANACT². Je pense également à des collaborations avec l'ANACT sur la pénibilité du métier d'éboueur, ainsi qu'à des collaborations avec les ARACT sur des opérations de gestion des âges.

Enfin, nous travaillons en plein sur les questions qui font l'objet de ce séminaire. Réfléchir et essayer d'élaborer des cadres théoriques sur l'usure professionnelle et la construction de la santé fait incontestablement partie de nos missions.

Pour autant, je signale d'emblée que nous avons peut-être un rapport différent aux trois termes structurant ce séminaire.

L'« usure » est un terme que nous utilisons peu, même si nous ne le renions absolument pas. Ce terme est bel et bien dans notre tradition d'ergonomie, puisque le CREAPT compte majoritairement des ergonomes, auxquels s'ajoute une minorité active de quantitativistes, de démographes, d'épidémiologistes et de statisticiens. À titre personnel, je suis d'ailleurs statisticien et ergonomiste. Quoi qu'il en soit, nos démarches se réclament volontiers de travaux ergonomiques antérieurs traitant de la question de l'usure. Ce terme se retrouve dans les travaux anciens de quelques grandes figures de l'ergonomie. Il se rapproche alors de ce que l'on appelait le « vieillissement par le travail ».

La « pénibilité » est un terme que nous souhaiterions éviter mais que nous sommes obligés d'utiliser. De ce fait, nous avons écrit des textes ayant pour principal but d'expliquer pourquoi nous l'évitions, tout en nous en servant. Si nous évitions ce terme, c'est d'abord à cause de sa polysémie. À mon sens, cette polysémie a joué un grand rôle dans l'échec des négociations. En tout cas, l'essentiel des travaux que nous avons menés sur la pénibilité, soit portaient sur la notion même de pénibilité, en expliquant ses différentes acceptions possibles, soit constituaient des travaux commandés sur la pénibilité. Dans ce dernier cas, nous avons adopté le terme proposé par les demandeurs. C'est ce que nous avons fait avec l'ANACT en travaillant sur la pénibilité de la vie de travail des éboueurs.

Quant au terme « parcours professionnels », nous n'avons aucune réticence à l'utiliser. Au contraire, nous l'employons volontiers. Ce thème nous semble extrêmement précieux, y compris pour des questions de santé au travail. Nous jugeons essentiel d'introduire une lecture diachronique des relations entre santé et travail. Nous avons même pensé, à une époque, à intégrer le terme de « parcours professionnels » dans l'appellation du CREAPT, en nous rebaptisant « CREAPT, Centre de recherches et d'études sur l'âge et les parcours au travail ». Néanmoins, nous n'avons pas fait ce choix.

Toujours en préambule, je précise que je suis amené à réagir devant vous sur un document que les trois quarts de l'assistance n'ont pas lu. Seuls quelques-uns d'entre nous connaissent ce document. De ce fait, il m'arrivera de dire des choses que vous n'avez pas entendues de la part de Céline Roux. J'essaierai au passage de vous donner le contenu du document et de vous dire ce que j'en pense. Je donnerai parfois même des numéros de page. En outre, soyez prêts à m'entendre parler de sujets qui seront abordés ultérieurement au cours de ce séminaire.

Ce document fait une cinquantaine de pages et se présente comme un document de travail riche et très élaboré. Il se veut assez articulé, mais il demeure un document de travail, puisqu'il ne se présente pas comme destiné à être diffusé, en l'état, à l'extérieur du réseau. Cela vaut mieux, dirai-je, car ce document n'est pas commode, même s'il est très intéressant. Je pense que les auteurs le savent. Autant ce document est une bonne trace de toutes leurs réflexions pour eux, autant il n'est pas clair et aisé à suivre pour le lecteur qui le découvre. En somme, c'est visiblement un travail en chantier.

2 - Molinié (A.-F.), Volkoff (S.) - « La démographie du travail pour anticiper le vieillissement », Éditions de l'ANACT, 2002, 80 pages (collection Outils et méthodes).

Par ailleurs, c'est un document dont je dirai qu'il « boucle » un peu. Cette caractéristique est à la fois liée au côté multi-auteurs et aux difficultés intrinsèques de ce genre de documents. De fait, ce document répète des idées à plusieurs reprises, sans toutefois indiquer qu'elles seront réexaminées par ailleurs. Je précise que cette critique est sans gravité, puisque le document n'est pas destiné à être diffusé auprès d'un large public. Toujours est-il que cette impression de boucle est liée à la difficulté de bien sentir la démarche en lisant le document. C'est beaucoup plus facile en écoutant l'exposé préliminaire de Céline Roux. À l'inverse, à la lecture de ce document, on se demande ce qui tire l'ensemble. Certes, on saisit la cohérence et le propos vers la fin du document. Cependant, ce n'est pas clair au fil de la lecture.

À cet égard, je dirai que ce document manque d'un « pourquoi donc ? ». Ma suggestion serait donc de consacrer quelques pages à l'explication du pourquoi de la démarche : pourquoi approcher ce sujet ? Est-ce parce que le débat social s'empêtre et parce que l'ANACT veut fournir tel ou tel équipement ? Et pourquoi le réseau ? Pourquoi le réseau a-t-il des ressources particulières permettant d'explorer cette question ? Ainsi, pour pouvoir être diffusé, je pense que ce document devrait mieux expliquer les questions sur lesquelles le groupe s'est interrogé. Il s'agirait d'indiquer que certaines questions sont liées à la propre réflexion des membres sur ces thématiques, tandis que d'autres, plus concrètes, proviennent des interventions.

Des questions liées aux interventions figurent bien ici ou là, mais elles ne sont pas forcément liées à l'explication de la démarche de synthèse. Il faudrait à mon sens le faire. Cela donnerait davantage de clés au lecteur qui comprendrait mieux le cheminement qui vous a conduit à réaliser cette synthèse. Dans le cadre des nombreux exemples d'interventions cités, il faudrait réaliser ce que l'ergonomie appelle l'« analyse de la demande » : comment les mots « usure », « pénibilité » ou « parcours professionnels » sont-ils apparus dans telle situation et telle entreprise ? Ont-ils surgi de la demande, de l'intervenant ou d'un échange entre eux ? Pourquoi ? Et à quel moment le fait d'introduire cette notion a-t-il été considéré comme utile ? À quel moment cette notion a-t-elle embarrassé ? Tout cela mériterait d'être précisé.

Cela vaudrait la peine d'en faire une contribution à la construction du « genre professionnel » des intervenants, au sens d'Yves Clot. Je ne doute pas que les dix à douze membres du groupe U3P aient eu des échanges et des difficultés, et je plaide pour que le lecteur y ait accès.

Passons au fond. Je comprends que ce document constitue un exercice de définition et de redéfinition des termes, ainsi que de relecture d'une partie de la littérature scientifique sur ces questions, qui est d'ailleurs très bien faite. Mais ce texte est aussi un exercice de dépliage et d'articulation des enjeux. À ce titre, le document décortique toutes les facettes possibles de la pénibilité, de l'usure et des parcours, tout en essayant de tisser des liens entre ces notions.

Ce genre d'opération est toujours risqué, car le dépliage et la redéfinition conceptuelle sont des démarches en partie antagonistes. En effet, plus l'on déplie et articule, plus l'on est amené à corriger la définition de départ. Cela conduit à des flottements dans le texte. Pour ma part, je conseille aux auteurs de reconnaître que les définitions peuvent varier au fil des dépliages. Par ailleurs, je doute que le réseau ait la volonté quelque peu militaire de faire accepter des définitions figées. Je ne crois pas que cela soit dans sa culture. En tout cas, il faut être conscient de cette tension entre des définitions précises de concepts et l'effort de maillage entre les diverses facettes de ces notions.

En ce qui me concerne, je vais apporter une contribution à l'effort visant à surmonter cet antagonisme en abordant successivement les trois termes, qui constitueront les trois parties de mon exposé.

Céline Roux

La première décision du groupe U3P a été de considérer que son objet de travail n'était pas la pénibilité, mais l'usure professionnelle. Notre choix a été de réinterroger cette notion d'usure professionnelle au regard de celles de pénibilité et de parcours.

Pourquoi ce décalage de notre objet de travail ? Je répondrai en reprenant les différentes définitions de la pénibilité fournies par le CREAPT. Pour ce dernier, la première facette est la pénibilité du travail : ce sont les contraintes potentiellement pathogènes à long terme. Cette pénibilité est alors définie relativement aux contraintes du travail voire par des critères retenus ou non par les débats sociaux. De sorte que nous la considérons comme une usure socialement négociée. En l'occurrence,

nous avons affaire à des contraintes de travail usantes comme par exemple le travail de nuit. Au-delà de cette première définition (pénibilité du travail), le CREAPT en identifie deux autres que nous regroupons sous le terme de « pénibilité au travail ». Il s'agit davantage des difficultés ressenties dans le travail, que ce soit par rapport à une santé déficiente ou par rapport à un vécu difficile, on rejoint alors la notion de ce qui peut faire handicap dans le travail.

Quoi qu'il en soit, en optant pour une distinction entre pénibilité du travail et pénibilité au travail, nous n'avons retenu ce vocable de « pénibilité » que pour ce qui relève du ressenti. En clair, la pénibilité est à nos yeux de l'ordre de ce qui est perçu, tandis que l'usure renvoie davantage aux effets à long terme sur la santé.

Voici donc comment nous avons défini la pénibilité : c'est un ressenti de difficultés à réaliser un travail pour un individu, à un instant T, que ce ressenti soit ou non exprimé verbalement. Je précise d'emblée qu'il n'en reste pas moins que ce ressenti est étroitement lié aux contraintes de travail, à l'état de santé et aux rapports que la personne entretient avec son travail.

Serge Volkoff

S'agissant de la pénibilité, le document du groupe U3P fait un choix clair que je comprends. Il définit la pénibilité comme les « pénibilités 2 et 3 » du CREAPT, c'est-à-dire ce qui fait que l'on vit son travail comme pénible, en raison de son propre état de santé (2) ou d'une appréciation négative de certaines exigences du travail (3). Le gros avantage de cette définition est qu'elle correspond au langage courant : la preuve que mon travail est pénible est que je le vis comme pénible.

Une question majeure se pose cependant : ce n'est pas du tout cette pénibilité-là qui est en train d'être négociée. Les branches, les entreprises ou tout autre acteur qui demandera du conseil ou de l'intervention en matière de pénibilité ne l'entendront pas ainsi. Ce sera alors à vous de vous débrouiller, comme nous le faisons au CREAPT, où nous acceptons les demandes tout en précisant que nous n'avons pas la même définition de la pénibilité.

Quoi qu'il en soit, le groupe U3P définit la pénibilité comme celle que ressent le travailleur, compte tenu de divers facteurs.

Au passage, permettez-moi de citer une référence bibliographique fort utile pour réfléchir à la pénibilité ressentie et à la manière dont elle peut s'exprimer ou pas. Il s'agit d'un article d'Anne-Françoise Molinié dans la « Revue d'épidémiologie et de santé publique ». Cet article rend compte d'un travail visant à comprendre certaines incohérences de l'enquête ESTEV.

Je m'explique. Cette enquête menée à la fois en 1990 et en 1995 a interrogé les personnes sur leur passé professionnel et leur état de santé. Or, d'une vague à l'autre, certaines réponses sont apparues comme incohérentes. Ainsi, des salariés ont répondu être exposés à tel risque en 1990 et affirmé, en 1995, n'y avoir jamais été exposés. De même, des salariés ont assuré en 1990 n'avoir jamais été exposés à tel risque et déclaré, en 1995, y être exposés depuis plus de vingt ans. Le plus curieux est que ces réponses pouvaient émaner de personnes représentant jusqu'à 20 % des salariés concernés par telle ou telle contrainte. Il fallait donc comprendre ces anomalies, et c'est ce dont rend compte le travail d'Anne-Françoise Molinié.

C'est ainsi qu'un retour a été effectué vers les salariés avec une dizaine de médecins. Je précise immédiatement qu'il n'a pas été question de leur reprocher de dire n'importe quoi, mais bien d'essayer de comprendre leur variation de réponse. Je ne développe pas davantage ce point, mais je vous invite à prendre connaissance de l'article d'Anne-Françoise Molinié. Il est au cœur de notre sujet : qu'est-ce qu'encapsule une appréciation portée sur un aspect de la pénibilité du travail ? De quoi est-ce fait ? À quelle combinaison de vécu et de comparaison avec d'autres situations vécues par d'autres ou par soi-même antérieurement avons-nous affaire ?

D'autres travaux s'intéressent à ce sujet. Je ne citerai ici que l'ouvrage de Marc Lorient, « Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail »³. C'est un travail de sociologue sur la façon dont se construit collectivement une certaine vision du mal-être au travail. Bref, de nombreux travaux se penchent sur la façon dont un jugement sur la pénibilité du travail s'élabore individuellement et collectivement à un moment donné. J'invite le groupe U3P à citer ces travaux dans son document.

3 - Lorient (M.) - « Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail », Economica, 2000, 295 pages (collection Sociologiques).

Quoi qu'il en soit, le fait de définir la pénibilité comme un vécu ne me pose pas problème. Je n'ai rien à reprocher à la définition fournie en pages 26-27 du document du groupe U3P : « *Un état lié au contexte de réalisation du travail ; cet état vécu ou ressenti peut être exprimé ou non par les salariés, en rapport aussi avec toutes les dimensions de la santé* ». Cette définition implique de rattacher le sentiment de pénibilité à tous les parcours antérieurs et à toutes les perspectives professionnelles. C'est ce que fait le document dans les pages suivantes. Dès lors, il n'y a pas de raison de ne pas adopter cette définition.

Quelques remarques s'imposent ici. Premièrement, l'adoption de cette définition conduit à récuser la notion de métier pénible : si la pénibilité est uniquement un ressenti, alors il n'y a pas de métier pénible, à moins que toutes les personnes exerçant ce métier ne le considèrent comme pénible. En ce sens, le groupe devra manier avec délicatesse le passage au cours duquel il explique avoir interrogé une dizaine de personnes sur ce qui rend un métier pénible. En effet, les personnes interrogées ont répondu à la question de ce qui rendait leur propre métier pénible. Attention au piège consistant à classer tel ou tel métier dans la catégorie de pénible, car cela aura des implications dans la négociation sociale.

Deuxièmement, je vous suggère d'éviter de prétendre que la pénibilité, en tant que ressenti, est un « indicateur » de quelque chose. Je vous déconseille d'utiliser le terme d'indicateur pour qualifier la pénibilité ressentie. La pénibilité comme ressenti n'est indicatrice de rien : elle est. En revanche, il est clair que l'on peut définir des indicateurs de pénibilité. Mais c'est alors autre chose.

Enfin, il me semble que la notion de « seuil de pénibilité » doit être tenue à l'écart. Le document le fait, mais pas assez nettement selon moi. « *Chercher à définir des seuils de pénibilité n'est pas nécessairement efficace en matière de prévention de l'usure* », nous dit-on. Je suis d'accord, mais j'irai plus loin : non seulement c'est inefficace, mais encore c'est impossible. Ce n'est pas cohérent avec une définition de la pénibilité comme ressenti.

Céline Roux

L'usure professionnelle, pour sa part, relève davantage d'un processus d'altération de la santé lié au travail tout au long du parcours professionnel. Cette usure professionnelle dépend du cumul d'expositions de la personne à des contraintes du travail. Par ailleurs, elle se combine aux effets de l'avancée en âge. En outre, le processus d'usure professionnelle et l'apparition d'effets avérés dépendent aussi de régulations possibles en situation de travail et tout au long du parcours professionnel.

À noter que le fait d'insister sur cette notion de processus souligne que l'usure professionnelle n'est pas uniquement une affaire de seniors : elle peut concerner tous les âges. Cela nous permet aussi de marquer que l'usure professionnelle peut se manifester à travers différents symptômes d'atteinte de la santé, lesquels ne sont d'ailleurs pas forcément des pathologies avérées. En outre, l'usure peut produire des effets sur la performance de l'entreprise.

Venons-en aux relations entre l'usure et la pénibilité. Une partie de ces relations passe par les contraintes de travail : qu'elles soient usantes ou non, ces contraintes peuvent être pénibles ou non. L'exposition à l'amiante en est un bon exemple : si le ressenti n'en est pas pénible, cette exposition conduit tout de même à de l'usure. À l'inverse, si le travail de nuit peut être usant, il n'est pas forcément vécu comme pénible dans toutes les situations. Enfin, la relation entre usure et pénibilité comporte un autre aspect : le fait que les contraintes de travail soient ressenties différemment avec l'avancée dans le processus d'altération de la santé.

Serge Volkoff

L'usure

Une définition de l'usure apparaît à mi-document, en pages 26-27 : « *L'usure correspond à un processus d'altération de la santé dans une ou plusieurs de ses dimensions (physique, psychologique, psychique, sociale). L'idée de processus renvoie à la question du cumul de situations de contrainte qui, dans le temps, conduirait à une transformation de l'état de santé* ». Cette définition est relativement claire et me paraît bien admissible. Néanmoins, encore faut-il se mettre d'accord sur certaines de ses facettes.

La première question est la suivante : l'usure est-elle altération effective ou potentielle ? La question se pose, puisque le document parle d'un cumul de contraintes qui conduiraient, dans le temps, à de l'usure. Parlons-nous des contraintes ayant effectivement conduit à l'usure, ou des contraintes étant susceptibles d'y conduire ? À mon avis, le bon sens conduit à estimer que l'usure renvoie à une altération effective. À partir de là, sans doute faut-il s'intéresser aux *facteurs* potentiels d'usure. C'est en tout cas sur ce point que la prévention est censée porter.

Ce sujet est majeur pour le débat social, car le dernier point d'achoppement des négociations est le suivant : la partie patronale considère que la « pénibilité », au sens d'usure, c'est-à-dire de traces à long terme du travail, doit être jugée par un médecin, qui plus est médecin du travail, ce qui serait un comble. Selon nous, ce n'est pas la visite médicale qui peut déclarer l'existence d'une usure potentielle : on peut avoir été exposé à des facteurs d'usure tout en allant très bien, les effets ne se manifestant que plus tard.

Le document du groupe U3P l'indique d'ailleurs à plusieurs reprises en évoquant des processus d'usure non avérée. C'est une vérité que personne ne contestera : il peut exister des facteurs d'usure dont les traces ne se voient pas à l'instant T dans une entreprise. Peut-être ne repère-t-on ces signes que chez les salariés ayant quitté l'entreprise. En clair, les symptômes d'usure ne sont pas toujours concomitants au processus d'usure. Mais il n'en reste pas moins que les traces de ces facteurs d'usure sont intéressantes à investiguer.

Dans ces conditions, je suggère de distinguer clairement deux notions : d'un côté, les facteurs d'usure et, de l'autre, l'usure réelle et avérée.

Une deuxième question se pose : user, c'est quoi ? Certains passages du document indiquent que « toute altération de la santé liée au travail » relève de l'usure. Je pense que c'est inexact. Premièrement, l'idée du cumul dans le temps introduit quelques bémols en restreignant le champ des altérations de la santé. Ce n'est déjà plus « toute altération de la santé ». À titre d'exemple, un accident du travail unique et sans séquelles est bien une altération de la santé, mais ne mérite pas forcément d'être intégré dans une démarche de type « usure ». Bien sûr qu'il faut s'occuper des accidents du travail, mais que gagne-t-on à considérer qu'un tel accident du travail participe d'un processus d'usure ? Pas grand-chose à mon avis.

Certes, de petits accidents répétés peuvent à bon droit être intégrés dans un processus d'usure. Cependant, la question se pose pour d'autres types d'accidents. Prenons-en un autre exemple : une agression dans une succursale de banque doit-elle être envisagée sous l'angle de l'usure ? Je n'ai pas d'opinion bien arrêtée sur le sujet, mais j'aurais tendance à répondre spontanément par la négative, à moins qu'il n'existe une répétition de l'incident ou quelque processus un tant soit peu cumulatif laissant potentiellement des traces.

En somme, plusieurs conditions doivent être réunies pour parler d'« usure ». Premièrement, il faut que la définition soit proche du langage courant, sans quoi cela ne passera pas dans le débat social. Deuxièmement, il faut que ce terme apporte une plus-value. À mon sens, il ne sert à rien de définir l'« usure » comme toute altération de la santé : à ce moment-là, autant parler d'altération de la santé.

J'en viens à un troisième point sur l'usure. Ne pourrait-on pas considérer que le terme d'« usure » englobe notamment tout ce qui relève de traces aspécifiques ? Je précise d'emblée que cela ne conduirait pas pour autant à évacuer certaines traces spécifiques : il va de soi que certaines lombalgies dues à des postures déséquilibrées et à des charges lourdes sont à la fois spécifiques et inscrites dans un processus d'usure. Cependant, le terme d'« usure » pourrait aussi s'appliquer aux situations d'entreprises dans lesquelles tout le monde est un peu usé, mais de façon différente.

Parler ici d'usure permettrait de pointer l'existence, au sein d'une entreprise, de quelque chose du côté des conditions physiques du travail, de l'organisation du travail ou autres, des contraintes usant tout le monde à la longue, mais sans provoquer les mêmes types d'altération de la santé chez tout le monde. Cela permettrait de fournir une approche collective à des problèmes s'exprimant de manière dispersée.

En somme, l'usure renverrait à tout ce qui est cumulatif dans le temps et laissant potentiellement des traces, que celles-ci soient spécifiques ou non. Voilà en tout cas la suggestion que je soumets à la discussion.

À titre d'indication bibliographique, je renvoie à tous les travaux issus d'ESTEV 1990-1995. ESTEV est en effet une authentique enquête sur l'usure au sens que nous venons de donner à ce terme. Cette importante base de données date un peu, mais elle reste fort utile et a fait l'objet de nombreuses

publications. Plus récente est l'enquête SVP 50 (Santé vie professionnelle après cinquante ans), avec des articles dédiés à l'usure.

Enfin, je citerai le rapport Gérard Lasfargues de 2005⁴, qui constitue une sorte de revue de questions des connaissances scientifiques de diverses disciplines sur les effets potentiels à long terme du travail sur la santé. Notez à ce propos que les cancérogènes figurent dans le rapport Lasfargues. Faut-il aborder la question des cancérogènes en termes d'usure ? Franchement, je l'ignore. Cela surprend et gêne quelque peu, mais la définition de l'usure que nous venons d'établir autoriserait à les y inclure.

Céline Roux

Ces définitions de pénibilité et d'usure étant posées, le lien avec le parcours est incontournable. C'est pourquoi nous nous sommes posé la question de la définition du parcours au regard du processus d'altération de la santé. Le parcours comporte plusieurs types d'éléments : des aspects relevant du passé professionnel de la personne, des dimensions relevant du présent et des volets relevant du futur. De même, le parcours recèle à la fois du vécu effectif et du vécu potentiel : ce qui a été vécu, mais aussi ce qui aurait pu être vécu ou ce qui pourra être vécu. Ce sont bien toutes ces dimensions du parcours qu'il faut regarder lorsque l'on s'occupe de prévention de l'usure professionnelle. Autrement dit, le parcours est à la fois un élément de compréhension et un levier d'action pour prévenir les processus d'usure.

Qu'en est-il de la relation entre pénibilité, usure et parcours professionnel ? Il est clair que la pénibilité et l'usure dépendent de l'itinéraire professionnel, du passé professionnel et des contraintes du travail à l'instant T. Par ailleurs, la pénibilité et l'usure impactent également les parcours futurs. Autrement dit, les relations sont très complexes, tant entre les processus qu'entre les états et les processus.

En termes de liens entre pénibilité, usure et parcours, nous considérons que notre apport spécifique est de ramener les contraintes de parcours. Nous estimons que les parcours ne peuvent pas être envisagés dans l'absolu : il faut les considérer sous contrainte d'état de santé de la personne, d'itinéraire professionnel, de conditions de travail, d'usure et de pénibilité.

Serge Volkoff

Les parcours professionnels

S'agissant des parcours professionnels, je ferai une première critique peu grave : le document a trop peu distingué son approche selon les tailles d'entreprises. Une phrase le fait, mais tout à la fin du document : « *Ces questions sont d'autant plus complexes qu'elles semblent requérir des approches différentes selon que l'on s'adresse à de petites ou à de grandes entreprises* ». Cette formulation me paraît « contournée » et elle apparaît trop tard. Je pense qu'il faut le dire plus franchement et plus tôt. De fait, les questions de parcours professionnels ne se traitent pas de la même façon selon que l'on s'occupe d'une TPE, d'une grande entreprise ou d'une administration. En ce sens, il faudrait que le document signale systématiquement dans quel contexte il se situe.

Une autre difficulté est que cette partie du document parle d'« itinéraires », de « trajectoires » et de « parcours ». Or, les distinctions entre ces notions ne me paraissent pas claires. Si j'ai bien compris, l'« itinéraire » désigne ce par où l'on est vraiment passé : c'est le passé tel qu'il s'est réalisé. Les « trajectoires » renvoient, quant à elles, à tout ce que l'on a fait et que l'on aurait pu faire, ainsi qu'à tout ce que l'on pourrait faire aujourd'hui : ce sont tous les embranchements possibles, passés, présents, et à venir, y compris ceux que l'on n'emprunte pas.

Si les définitions sont bien celles-ci, alors l'« itinéraire » est une partie des « trajectoires » : c'est l'une des « trajectoires » possibles, celle qui a été empruntée. Mais alors, si l'« itinéraire » est inclus dans les « trajectoires », qu'appelle-t-on les « parcours professionnels », ceux-ci étant définis dans le document comme l'ensemble des « trajectoires » et des « itinéraires » ? Autrement dit, il n'est pas

4 - Lasfargues (G.), en collaboration avec Molinié (A.-F.) et Volkoff (S.) - « Départs en retraite et "travaux pénibles" ». L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », Rapport de recherche, CEE, Avril 2005, 38 pages.

aisé de voir en quoi le « parcours professionnel » diffère de la « trajectoire ». Le groupe U3P pourra m'objecter que j'ai mal compris. Je lui répondrai que ce n'était pas clair.

Quoi qu'il en soit, la définition de la trajectoire, ainsi établie, présente un atout majeur : porter l'intérêt sur tout ce que la personne n'a pas fait. Je suis vraiment d'accord avec ce champ de réflexion sur les bifurcations non prises et / ou impossibles. Cependant, spontanément, je n'utiliserais plutôt pas le terme de « trajectoire », car le sens donné ici est trop éloigné du langage commun. Dans le langage commun, le mot « trajectoire » a une connotation un peu passive. On pense à la trajectoire d'un objet lancé. De ce fait, la trajectoire n'apparaît pas comme un élément à propos duquel l'individu peut prendre des décisions. C'est pourquoi je proposerais volontiers un autre terme : « les voies », en écho aux aiguillages évoqués par ailleurs dans le document.

Quoi qu'il en soit, il est absolument légitime de considérer les itinéraires comme des outils à la fois de compréhension et d'action. Le CREAPT en est convaincu au vu de nombreux résultats attestant de l'utilité de cette approche. Celle-ci constitue notamment un bon moyen d'éviter des dégâts pour d'autres individus situés plus tôt dans le même itinéraire potentiel qu'un individu usé.

Nous l'avons constaté de manière tout à fait convaincante dans un travail que nous avons mené avec une grande entreprise sur l'usure articulaire. À cette occasion, nous avons la chance d'assister à une intervention très intéressante à l'initiative du médecin du travail et de l'ergonome d'un établissement. Ces professionnels étaient venus avec un GAP, un Gestionnaire des aptitudes physiques. Cet homme de niveau contremaître connaissait à fond les ateliers de l'entreprise. Il était prévenu de chaque restriction d'aptitude et parfois consulté, dans ce cadre, sur la réaffectation du salarié concerné. C'est ainsi qu'il s'était constitué un fichier mémorisant ces mouvements : qui avait quitté quel poste, pour quelle cause, en direction de quel autre poste et avec quel succès. L'exposé de ce GAP était d'une extraordinaire puissance d'outillage pour la prévention des problèmes articulaires dans la société, d'autant plus que ce professionnel connaissait parfaitement les métiers. En bref, ce GAP accomplissait la préconisation du groupe U3P : travailler les itinéraires, en garder mémoire et en tirer des enseignements.

Pour revenir au document, je suis d'accord avec l'idée que l'usure peut être un facteur de pénibilité, et donc que la pénibilité peut être un moyen d'interroger les mécanismes d'usure. Je partage également les propos apparaissant dans le volet « Repérage des ressources dans les itinéraires ». Il s'agit du volet relatif à la construction de la santé. À ce propos, pour répondre à l'intitulé du séminaire qui demande à choisir entre la prévention de l'usure professionnelle ou la construction de la santé, je dirai que je n'ai aucun problème : pour ma part, je réponds à la question en remplaçant le « ou » par un « et », c'est-à-dire en liant prévention de l'usure et construction de la santé. Mon expérience me dit qu'il est légitime et précieux d'articuler ces deux notions.

Enfin, il faudra préciser un point concernant cette construction de la santé : la santé est-elle une dynamique en elle-même ? Personnellement, je réponds positivement. Être acteur des changements plutôt que de les subir est, à mes yeux, une composante de la santé. Le document le dit parfois, mais il n'est pas toujours clair. La santé n'est-elle qu'une sorte d'état résultant de sa construction ? Je ne le crois pas et souscris plutôt à la première version : je pense que la capacité à maîtriser son propre milieu et sa destinée est une composante de la santé.

En conclusion, je reviendrai à mon propos de départ : ce genre de travail a d'autant plus de sens qu'il contribue au « genre professionnel » des intervenants. Je pense que tout ce que vous produirez autour de l'usure, de la pénibilité et des parcours sera vraiment utile, mais à condition de le nourrir de vos pratiques et des questions que vous vous posez à l'occasion de ces pratiques. Vous proposez à la fin du document de susciter des « scènes de controverse ». Je souscris sans réserve à cette perspective. Néanmoins, ces scènes de controverses appellent quelques questions.

Première question : qui figure dans la scène de controverse ? Vous connaissez le reproche - un peu injuste - souvent adressé au réseau ANACT : « Une fois qu'il a mis les partenaires sociaux autour de la table, il est content et a fini son travail ». Cela se constate d'ailleurs aussi dans les entreprises, où des DRH estiment avoir accompli leur tâche lorsqu'ils sont parvenus à un accord signé par les partenaires sociaux.

Je ne minimise pas l'importance de la participation syndicale lorsque ces organisations sont présentes. Il est vrai qu'avec leur histoire et leur géographie, les syndicats sont des institutions aptes à mener une réflexion de moyen et long termes du type de celle proposée dans le document. Pour autant, il ne suffit pas de les réunir autour d'une table pour régler le problème. Ce n'est pas parce que la scène existe que la difficulté est résolue. L'essentiel est la durabilité de l'éventuelle instance

qui suivra les sujets, le contenu de ce qui y sera débattu, etc. Dès lors, la question qui se pose aux intervenants est de savoir ce qu'ils injectent dans les scènes de controverse. D'où cette problématique : comment faire en sorte que les questions importantes y soient réellement abordées ?

Deuxième question : quels indices, quels indicateurs, quel recueil, quelle connaissance ? Parmi ces indices, je ne pense pas que les conflits, par leur nombre, soient un indicateur de pénibilité. Cela mérite une sérieuse discussion. En effet, l'absence de conflit peut tout autant dénoter, parfois, un manque désolant de vitalité sociale. Elle peut même traduire une incapacité des personnes à croire qu'une autre situation que la leur pourrait exister. En somme, si les conflits, les plaintes et les absences sont des indices, leur lien avec la pénibilité n'est pas mécanique.

Troisième question : comment injecter la possibilité de passer de l'individuel au collectif dans les scènes de controverse ? Cette question est omniprésente dans le document du groupe U3P, et je pense qu'il serait bon d'y revenir en conclusion. Ce passage de l'individuel au collectif est éminemment complexe. En effet, les questions évoquées dans le document se posent à chacun selon sa propre existence, son propre itinéraire et ses propres perspectives. À partir de là, tout l'enjeu d'une intervention est de redonner une perspective à ces questions. De ce point de vue, l'expérience des intervenants m'intéresse.

Quatrième question : comment gérez-vous votre propre temps, quel est le calendrier d'intervention ? Cette question est incontournable, car vous proposez une démarche mobilisant des mécanismes de moyen et long termes, ce qui ne se fait pas en un tournemain. S'agit-il de passer rapidement ou un peu plus longtemps ? S'agit-il de passer et de revenir ? S'agit-il éventuellement de passer rapidement et de léguer ? Et si oui, léguer quoi ? Des idées ? De la culture ? Des faits ? Des actions de transformation dont on puisse dresser le bilan ? Ces questions valent la peine d'être posées dans un sujet porteur d'une dimension temporelle longue.

Ainsi, si vous voulez que des scènes de controverse s'ouvrent sur ces thématiques, c'est la scène de controverse... entre vous-mêmes, qui est intéressante. Je ne peux donc que répéter mon propos initial en clôture de cette intervention : n'hésitez pas à restituer dans vos productions les écueils et les hésitations auxquelles se heurte, dans votre propre expérience, la démarche que vous proposez.

Céline Roux

Avec le groupe U3P, nous avons eu besoin de nous mettre d'accord sur ces définitions. À présent, nous vous les soumettons. Pour autant, nous ne souhaitons pas que les deux jours du séminaire portent sur ces questions de définition. Nous souhaitons davantage échanger avec vous sur le propos suivant : le fait d'envisager la question de l'usure sous l'angle d'un processus d'altération de la santé remet la question de la définition de la santé sur le devant de la scène. En ce qui nous concerne, nous en sommes venus à considérer la santé comme une dynamique plutôt que comme un état. Selon nous, cette dynamique comporte à la fois des processus de construction et d'altération de la santé.

C'est donc cette question de la dynamique de la santé qui est au cœur de notre séminaire. À ce titre, tout l'enjeu sera de savoir si cette approche a des implications particulières pour les préventeurs que nous sommes. C'est ce qui explique le titre provocateur du séminaire : « Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? ». Le « ou » explicite bien la dimension provocatrice. Par ailleurs, cet enjeu va guider le déroulement de nos travaux.

Dans un premier temps, Joël Maline dressera un panorama des questions que le thème de l'usure pose au réseau. Après cette première partie, nous aborderons successivement trois sous-questions :

- 1 - Devons-nous nous doter d'une nouvelle définition de la santé ?
- 2 - Devons-nous nous doter de nouveaux outils et de nouveaux concepts ?
- 3 - Devons-nous envisager davantage et de façon dynamique les relations entre parcours, santé et compétences ?

Pour conclure, je vous présente l'organisation de la suite des travaux. Une fois que nous aurons produit deux « Études et Documents » d'ici à l'été, notre groupe U3P continuera de travailler. Ce travail portera sur les questions d'état et de processus : en tant qu'intervenants, comment pouvons-nous améliorer nos méthodes d'intervention sur la prise en considération des processus ? Nous travaillerons aussi sur la dynamique de santé et sur les relations entre processus de construction et processus d'altération. Enfin, nous travaillerons sur les parcours professionnels et les parcours sous contrainte pour nous, préventeurs.

La réponse à toutes ces questions passe notamment par le séminaire d'aujourd'hui. Nous nous situons dans les cadres organisationnels du réseau ANACT et autour de la problématique « Maintien en emploi et prévention de l'usure ». Cette problématique est elle-même attachée à deux thématiques : « Promotion de la santé » et « Pluralité des populations au travail ».

Ces thématiques sont en relation très étroite avec quatre projets : le projet réseau « Prévention de l'usure, construction et altération de la santé », le projet « Ingénierie de formation et sensibilisation sur l'usure professionnelle », le projet « Démographie du travail et approche par les populations » et le projet « Cumul des expositions et précarité ».

Toutes les informations figurent sur la page « Usure » de notre Intranet. Par ailleurs, il existe une Newsletter « Usure professionnelle » à votre disposition.

Enfin, je tiens à remercier Serge Volkoff pour ses riches retours sur notre document. À présent, nous passons au débat.

Débat

Anne-Marie Nicot (ANACT)

En écoutant Céline Roux, j'ai eu l'impression que la différence entre l'usure et la pénibilité relevait de la différence entre une vision diachronique (usure) et une vision synchronique (pénibilité). Or, l'axe des propos de Serge Volkoff était plutôt entre l'objectivable (usure) et le subjectif (pénibilité). Je souhaiterais donc une clarification.

Par ailleurs, je me demande qui peut qualifier l'usure. Prenons le cas cité par Serge Volkoff d'une agression dans une succursale de banque : qui peut qualifier cet événement d'usure ? À mon sens, cela ne peut pas venir d'un acteur extérieur. Je pense que le sujet a un rôle clé ici : la même agression pourra entraîner tel individu dans un processus d'altération de la santé et laisser tel autre indemne. Autrement dit, la question du sujet se pose fortement dans cette dynamique et dans nos démarches.

Pierre Falzon (CNAM)

Concernant l'usure, Serge Volkoff s'est interrogé sur la nature des événements pouvant conduire à une altération de la santé. À ce moment-là, il a proposé de s'intéresser à tout ce qui est cumulatif et contribue à l'altération de la santé. Je souhaiterais lui poser une série de questions à ce sujet.

Premièrement, l'aspect cumulatif contient-il l'idée de répétition ? À ce titre, un événement ponctuel doit-il être exclu du champ de l'usure ? Cette question se pose tout particulièrement pour l'exemple de l'attaque dans une succursale de banque.

Deuxièmement, ne faut-il pas introduire une idée de réversibilité et d'irréversibilité dans la question de l'usure ? Je pense à ce propos à la fatigue, qui peut être considérée comme réversible.

Troisièmement, l'altération est entendue ici comme synonyme de dégradation et non dans son sens étymologique de « devenir autre ». Pour ma part, je suggère une piste pour se libérer du caractère exclusivement négatif de l'altération telle qu'elle est définie ici : il s'agirait d'examiner les conséquences d'un événement aussi bien en termes d'altération négative qu'en termes de reconstruction.

De la salle

En tant que médecin du travail, je vais exprimer un point de vue particulier. Il me semble qu'il faudrait introduire le niveau de l'action pour avancer sur la définition de l'usure. En effet, la notion d'usure varie selon l'utilisation qui en est faite. Produire des statistiques et fournir des éléments pour un compromis social n'est pas la même chose que de fournir un travail de clinicien. Les modèles ne sont pas les mêmes.

En ce qui vous concerne, vous adoptez le modèle du moteur dans votre définition de l'usure : à l'instar d'un moteur, l'individu s'use en fonction de son kilométrage et des contraintes qu'il a connues.

Néanmoins, ce modèle n'est pas applicable à toutes les situations. Il ne s'applique pas, par exemple, aux agressions.

En tant que cliniciens, nous avons un autre modèle. Celui-ci définit le travail comme un espace de développement qui, s'il n'offre pas de ressources pour se développer, fait apparaître des ruptures. Nous ne sommes donc pas dans l'usure linéaire que vous décrivez.

Au total, les différents niveaux d'action ne peuvent pas être réunis dans une même définition. C'est pourquoi vous tournez en rond, comme le dit Serge Volkoff. Vous ne pouvez pas avancer sans expliciter d'où vous parlez : êtes-vous préventeurs ou produisez-vous des idées générales ?

Par ailleurs, je souhaiterais réagir à l'idée rappelée par Serge Volkoff selon laquelle les médecins pourraient, au cours des examens médicaux, valider la réalité de l'exposition à des facteurs de pénibilité. Une fois de plus, on veut « refiler la patate chaude » aux médecins du travail. Je m'y oppose fermement.

De la salle

Le groupe U3P a-t-il envisagé de faire le lien entre l'usure cumulative et ce que j'appelle l'« essoufflement professionnel », c'est-à-dire l'espèce d'usure de l'envie de travailler que d'aucuns appellent « motivation » ? Peut-on passer de l'essoufflement professionnel à l'usure professionnelle ?

Françoise Verdier (MIDACT)

Je prends la parole au nom du groupe U3P pour dire que nous n'allons pas répondre. En effet, c'est bien le séminaire qui doit apporter des réponses.

Je remercie Serge Volkoff d'avoir expliqué pourquoi nous ne pouvons pas diffuser notre document. C'est effectivement un document de travail qui ne peut pas avoir d'autre statut. Les questions qu'il pose cherchent des réponses ici.

Ce travail est né du cadre « Gestion des âges ». C'est dans ce cadre que nous nous posons la question de l'usure professionnelle. Nous ne nous posons pas cette question *ex nihilo*, mais d'emblée en lien avec la question de la pénibilité, dans le cadre précis de la négociation entre les partenaires sociaux. Il est important de garder cet aspect à l'esprit pour comprendre nos définitions.

Dans notre document, nous essayons de dire que nous nous positionnons sur une prise en compte particulière de la pénibilité. Nous soulignons ainsi que l'emploi du terme de « pénibilité » par le réseau constitue un positionnement. Dans ce cadre, nous disons que la pénibilité comporte à la fois les notions de dialogue social et de ressenti. Par ailleurs, nous dressons un constat d'incapacité en reconnaissant que nous ne savons pas parler de ces termes. Notre posture n'est pas celle-ci. Elle est plutôt de parler de choses que nous pouvons décrire dans notre travail au sens large, y compris sur délégation territoriale.

Vos questions reprennent les interrogations qui ont porté ce groupe. L'usure fait-elle nécessairement référence à un cumul ? Reprenons l'exemple de l'attaque d'une succursale de banque. Faut-il que l'attaque se répète pour qu'un employé de banque soit atteint ? Comme on le voit, la question du cumul n'est pas simple. Comme vous, nous nous la posons.

Vous nous demandez de travailler encore sur nos critères pour repérer l'usure. La notion de cumul intervient. Il y a aussi la question de la réversibilité : si le phénomène est réversible, fait-il partie de l'usure ? Nous n'avons pas résolu cette question. Serge Volkoff suggère d'y intégrer des phénomènes aspécifiques. Puis il ajoute : « Ou pas ». Tout notre questionnement avance de cette façon. C'est pourquoi nous avons voulu soumettre ces points au débat.

Céline Roux

Notre objectif est bel et bien de nous poser des questions et de vous les renvoyer. Serge Volkoff a bien compris l'objectif de ce renvoi de questions : c'est un objectif de controverse professionnelle à l'intérieur du réseau. J'espère que ce séminaire pourra contribuer à mettre une pierre supplémentaire à l'édifice de notre métier.

Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé

Introduction

Joël Maline

(Délégué régional de l'ANACT,
Directeur de l'ARACT Basse-Normandie)

Effectivement, comme l'indique son titre, ce séminaire constitue un enjeu majeur. Il s'agit de voir comment, à partir des missions qui sont les nôtres, nous pourrions engager des évolutions dans nos façons d'analyser, d'intervenir, de conseiller, de communiquer et de transférer à propos de la santé au travail.

Loin de moi l'idée, d'arriver seul, dans cette introduction, à définir ces évolutions.

Pour profiter des apports des intervenants, de la richesse des remarques des participants afin de dresser une ligne d'évolution à partager dans le réseau, je voudrais introduire quelques éléments problématiques en empruntant le parcours suivant.

Après avoir balayé le contexte dans lequel se trouve la question de la santé au travail, je vais faire part de quelques difficultés rencontrées par les démarches de prévention. Ces difficultés pointées vont me permettre d'ouvrir une fenêtre sur la nécessité d'une nouvelle approche centrée sur la problématique de la construction de la santé et de montrer en quoi prévention et promotion relèvent de deux paradigmes différents. Je défendrai la thèse selon laquelle la construction de la santé passe par la conception d'un travail de qualité. Après avoir cité quelques critères définissant un travail de qualité, je terminerai en faisant part de réflexions à propos de quelques évolutions qu'impliquerait l'adoption d'une telle problématique.

Le Contexte Emploi-Travail-Santé

Il ne s'agit pas ici de faire l'inventaire exhaustif des données statistiques, de la variété des études et des points de vue des uns et des autres sur le contexte des relations entre l'Emploi, le Travail et la Santé. Néanmoins, pour bien expliciter les positions tenues dans cette communication, il me paraît important de présenter ce contexte sous trois formes :

- d'une part, les enjeux sociétaux dans lesquels se situent le travail actuellement ;
- d'une part, les caractéristiques de situations de travail que l'on rencontre actuellement ;
- enfin, les types d'atteintes à la santé qui caractérisent les populations au travail actuellement.

Il m'est d'autant plus aisé de le faire que c'est la présentation qu'a adoptée le groupe de travail des chargés de mission ANACT/ARACT pour rendre compte de leurs travaux.¹

Les enjeux sociétaux du travail

La persistance voire l'accroissement de situations de travail pénibles

Un ensemble d'enquêtes² sont des sources pertinentes d'analyse des évolutions du travail qui traduisent la persistance des facteurs « traditionnels » de la pénibilité et l'apparition de nouveaux facteurs de pénibilité, avec des degrés de cumul et de combinaison importants.

1 - « Usure professionnelle, pénibilité au travail et parcours professionnels. Définitions et orientations pour l'action », Note interne, Novembre 2009.

2 - Notamment les enquêtes « Conditions de Travail » de la DARES et de la Fondation de Dublin, l'enquête SUMER.

Les inégalités sociales d'espérance de vie

Si désormais, on vit plus vieux et en meilleure santé, en revanche de nombreuses inégalités persistent entre les professions. À 60 ans, l'espérance de vie des ouvriers est de 15 ans contre 19 ans pour les cadres³.

Les évolutions démographiques et l'allongement de la durée de la vie active

Je ne vais pas développer ce sujet largement abordé par d'autres plus illustres que moi qui le feront plus avant dans ce séminaire. Le mentionner juste pour dire que ces évolutions démographiques qui se caractérisent essentiellement par l'augmentation de la part des 50 ans et plus, dans la population active, invitent à rechercher les voies d'une prévention de l'usure professionnelle et ainsi à ne pas prendre le risque de voir une société dans laquelle seule une tranche d'âge (30-50 ans) pourrait avoir accès au travail.

Les caractéristiques de situations de travail rencontrées

Les situations d'hypersollicitation physique, cognitive et/ou psychique

Elles correspondent aux situations pour lesquelles les capacités des salariés sont hypersollicitées (par rapport à des valeurs « seuil » ou « plafond » que l'on ne sait pas bien fixer par ailleurs, et soit dit en passant).

Il s'agit :

- d'hypersollicitations physiques : manutentions et ports de charges lourdes, postures pénibles, expositions des membres supérieurs à des vibrations, gestes contraints, travail en extérieur, au chaud, au froid ou à l'humidité... ;
- d'hypersollicitations cognitives : interruptions fréquentes de tâches, travail bousculé, nombre et diversité des informations à traiter trop importants, intensité de la concentration, de la précision nécessaire... ;
- d'hypersollicitations psychiques : injonctions contradictoires (entre qualité, coûts, délais), hyperresponsabilisation individuelle, rapports tendus avec la clientèle, porosité des vies au travail et hors travail...

Les situations d'hypo sollicitation

Dans ces situations, c'est davantage ce qui n'est pas demandé au salarié que ce qui lui est demandé qui peut faire contrainte.

Dans certaines situations, c'est l'impossibilité répétée de réaliser l'activité, l'impossibilité de faire ce que l'on sent nécessaire qui génère de l'usure au travail. C'est le concept d'« activité empêchée »⁴.

Dans d'autres situations l'activité peut être « contrariée » par les contradictions que les salariés sont amenés à gérer. C'est le concept d'« activité entravée ». Ce qui fait alors contrainte, c'est l'accumulation d'aléas et d'incidents⁵ sans que pour autant les salariés n'aient les moyens pour les gérer.

Les situations d'expositions à des nuisances physico-chimiques

Des expositions à certaines substances sont susceptibles d'altérer à court ou long terme la santé physique des salariés. Les symptômes de l'usure pouvant être alors des effets différés. Parfois ce ne sont pas les produits en eux-mêmes qui sont dangereux, mais ce sont les conditions d'utilisation réelles qui peuvent rendre toxiques ces substances : par exemple, des produits qui deviennent dangereux quand ils sont combinés avec d'autres (produit chloré avec des acides...), ou encore une graisse qui devient dangereuse à chaud alors qu'elle est conçue pour être utilisée à froid⁶.

3 - Cambois (E.), Robine (J.-M.) - « Inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité en France : résultats et méthodologie », *Médecine/Science*, vol. 16, n° 11, 11/2000.

4 - Clot (Y.) - « La fonction psychologique du travail », PUF, Paris, 1999, 256 pages (collection Le travail humain).

5 - Guérin (F.), Laville (A.), Daniellou (F.), Durrafourg (J.), Kerguelen (A.) - « Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie », Éditions de l'ANACT, 2006, 316 pages (collection Outils et méthodes).

6 - Garrigou (A.), Viallesoubranne (T.) & Carballeda (G.) (2008a) - « Des conditions de la production de l'alerte en santé au travail à la gestion de la prévention : un exemple de contribution des CHSCT ». In Actes du 43^e congrès de la SELF « Ergonomie & Conception » (pp. 522-528), Éditions de l'ANACT, Ajaccio, 2008, 690 pages.

Les types d'atteinte à la santé

Outre les inévitables, indispensables mais partielles données de la CNAM, qui montrent une légère augmentation ou stagnation selon les secteurs des Accidents du Travail et une forte augmentation des Maladies Professionnelles, on assiste à deux phénomènes :

- une diversification des troubles qui portent atteinte à la santé des salariés. Au-delà des atteintes physiques, d'autres atteintes apparaissent comme la décompensation psychologique voire pathologique dont la cause est individuelle, mais qui trouve ses racines dans des phénomènes collectifs liés à l'organisation du travail. L'acédie envahit le monde du travail⁷ ;
- une complexification des origines causales des effets du travail sur la santé. La majorité des études épidémiologiques, des études sociologiques et économiques, affirme l'importance des interactions entre les facteurs endogènes et exogènes du travail. Au-delà des conditions d'expositions au bruit, à la poussière, aux toxiques..., les modes de gestion du personnel⁸, les modes d'organisation du travail deviennent des facteurs incidents, à part entière, sur la dégradation de la santé au travail.

C'est dans ce contexte – accroissement du nombre des seniors dans les entreprises, augmentation des exigences qui pèsent aujourd'hui sur le travail, survenue de plus en plus précoce des marques d'usure professionnelle – que les branches professionnelles et les entreprises sont en demande :

- d'outillage pour définir des indicateurs les plus objectifs possibles dans la perspective des négociations (systèmes de prévoyance, compensation de la pénibilité...) ;
- de définition de critères de pénibilité ;
- de recherche de solutions en vue du maintien dans l'emploi de populations fragilisées.

Les paradigmes de la prévention et leurs limites

Le *premier paradigme* qui fonde les pratiques de prévention actuelles réside dans leur appartenance historique au monde médical. Or le système de santé en France est organisé essentiellement autour d'une réponse thérapeutique à mettre en œuvre face à une pathologie nosologiquement déclarée. Ce qui peut éclairer la faiblesse des actions préventives destinées à éviter la survenue d'atteintes à la santé.

Le rapport du Conseil économique et social, adopté le 26 Novembre 2003⁹, prend le contre-pied et énonce un certain nombre de principes généraux relatifs à la santé que l'on peut retenir sous forme de verbatim :

- « ... la prévention doit se penser autrement que par rapport au seul système de soins, elle doit s'envisager par rapport à la santé et au bien-être et non plus par rapport à la maladie » ;
- « ... le XX^e siècle a marqué, en effet, l'avènement de la médecine dite curative, et pendant des décennies notre société a davantage été intéressée par les progrès de la médecine que par la promotion de la santé » ;
- « ... l'idée que l'on pourrait maîtriser les morts « évitables » en changeant les comportements doit être relativisée ».

Le *deuxième paradigme* situe la problématique de la santé au travail du côté de la responsabilité pénale (AT, MP), sociale (stress) et du côté des charges (cotisation sociale) pour l'entreprise. Cette logique a débouché sur la mise en place d'un arsenal de contraintes législatives et réglementaires qui est ressenti par certains chefs d'entreprises comme du harcèlement administratif portant entrave à la liberté d'entreprendre. On peut faire l'hypothèse que cet état de fait n'est pas de nature à contribuer à la mise en œuvre de démarches innovantes.

Le *troisième paradigme* sur lequel les pratiques de prévention actuelles prennent appui, procède d'une logique soustractive, « je supprime un danger identifié ou la condition qui explique que le salarié s'y trouve exposé et je fais donc œuvre de prévention¹⁰ ».

7 - Robert-Demontrond (Ph.), Le Moal (Y.) - « L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas », CREM, 2004.

8 - Wilkinson (R.) - "Mind the gap: Hierarchies, Health and Human Evolution", Weidenfeld & Nicolson, London, 2000.

9 - « La prévention en matière de santé » (Avis et rapport au Conseil économique et social), n° 24 NOR : CES X00003024V, 2003.

10 - Maline (J.), Depincé (D.), & Guérin (F.) - "Taking into account work activity to change security management systems into health management systems", Seoul, Coreia, june 2008. Paper presented at the XVIIIth World Congress on Safety and Health at Work.

Si cette logique fonctionne face à l'existence de « dangers classiques », c'est-à-dire connus a priori (danger électrique, chimique, biologique...), elle présente des limites face à l'émergence de nouvelles situations de travail dans lesquelles aucun des dangers pris isolément ne peut expliquer, à lui seul, la nature du risque auquel un opérateur est exposé.

Dans ces situations, c'est la notion de causalité qui est battue en brèche.¹¹ Si dans le cas d'un danger classique, il est possible d'établir une relation de cause à effet selon une corrélation somatique et unique, dans le cas de danger lié à un ensemble de relations professionnelles délétères, l'identification de causalité ne peut exclure un facteur subjectif et psychologique comme élément déclencheur. Ce qui rend le diagnostic de causalité éminemment complexe à mettre en œuvre.

Dans ces situations, on ne peut plus s'intéresser à des causes directes identifiées, à des facteurs, ni à un ensemble de causes, mais à des processus qui combinent des variables de la situation, incluant les salariés eux-mêmes et les manières dont ils contribuent, par leur activité professionnelle et par leurs relations au sein de collectifs, à structurer ces situations professionnelles.

Les risques qui sont encourus sont aussi liés au fait d'agir. Ce dont on parle, ce ne sont pas des événements qui arrivent au travail, ce sont des événements du travail lui-même, qui naissent dans le cours de l'action. L'acteur ne fait pas que le subir mais participe lui-même, par son activité de travail, à l'émergence du risque qui le concerne.¹² On ne peut donc supprimer ce « risque », sinon empêcher l'action.

Parmi l'ensemble des thématiques que le réseau ANACT a abordé, citons deux exemples qui montrent les limites d'une approche qui consiste plus à gérer les conséquences d'une activité de travail liée à des choix organisationnels qu'à concevoir une nouvelle façon de travailler en changeant les lignes du paradigme.

- Dans le domaine de la prévention des risques professionnels et particulièrement des affections Périarticulaires, les méthodes ont surtout consisté à caractériser les différents modes d'organisation du travail en diagnostiquant les facteurs de causes et en en déduisant des recommandations, sans d'ailleurs pouvoir être en mesure d'évaluer les effets bénéfiques de ces propositions modificatives.

Vers la fin des années 90, le sentiment des intervenants était que les méthodes étaient efficaces et apportaient des améliorations sensibles. Mais les progrès se sont avérés fragiles et peu durables. L'analyse d'une trentaine d'actions conduites dans le cadre d'une recherche à l'initiative de l'ANACT et de la DGT¹³ révèle des insuffisances notoires. De nombreuses actions rarement coordonnées se succèdent, sans véritable analyse rétrospective de leurs effets. Les actions portent souvent sur des aspects finalement marginaux, sans réelle mise en cause des caractéristiques de l'organisation de la production ou du travail, ni du contenu du travail réalisé. L'un des enjeux des actions à conduire semble devoir se polariser sur la conception des modèles productifs et en particulier sur la flexibilité imposée qui exige de plus en plus de disponibilité et de polyvalence de la part des salariés.

- Cette logique soustractive apparaît également dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de la mise en œuvre des compétences au cours d'une activité de travail.

Au-delà des modes managériaux qui le traversent régulièrement, et en composant avec des cultures de métiers, nationales, des valeurs et des catégories (genre, jeunes...), le management fixe un ordre normatif et prescriptif du travail. Il définit des règles, des formes d'organisation de la production et du travail, une hiérarchie, avec lesquels des hommes et des femmes vont composer dans une réalité concrète et se construire.

Or bien souvent, les techniques managériaux ont confondu le développement des compétences et leur usage, en favorisant des organisations fondées sur la suppression de difficultés pouvant nuire à l'efficacité du travail.

Est-ce que l'enjeu consiste à supprimer tout obstacle à l'expression des compétences, ou bien au contraire à favoriser au cours de l'activité de travail, l'émergence de difficultés dont on se sera assuré que leur traitement est rendu réalisable et réaliste par des moyens appropriés mis à disposition des

11 - Guiol (P), Munoz (J.) - « Management des entreprises et santé des salariés », Presses Universitaires de Rennes, 2009, 301 pages.

12 - Guérin (F.) - « Quand tout semble aller de plus en plus mal », in Mur J.-M. (éd.), « L'émergence des risques », (p. 179-198), EDP Sciences, 2008 (collection Avis d'experts).

13 - Caroly (S.) et coll. - « La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ? » Recherche-action 2004-2007, Direction Générale du Travail, Paris, 2008.

acteurs¹⁴. C'est à ce prix que l'intérêt dans le travail, avec son corollaire l'implication au travail, le sens et la reconnaissance pourront être partie intégrante du travail.

Il ne s'agit pas de concevoir un système de travail adapté à des compétences, il s'agit de concevoir un travail qui favorise le développement des compétences.

L'idée n'est pas de considérer que les dangers anciens n'existent plus et que l'approche « classique » de prévention n'est plus satisfaisante. Cela veut dire qu'il est de plus en plus nécessaire d'adapter les modèles et les outils de prévention en fonction des types de situations à risques, ce qui implique un renouvellement de l'approche de la prévention.

La question qui se pose alors est celle de changer de point de vue et de transformer les pratiques de prévention pour qu'elles intègrent les effets potentiels des modalités de travail nouvelles ou en développement.

Comment passer de la prévention à la promotion de la santé

Comment passer de l'idée de danger qu'il suffit de supprimer, ou auquel il suffit de soustraire les salariés pour en éliminer a priori les effets néfastes, à une problématique nouvelle qui consiste, dans le souci d'une véritable prévention primaire, à passer d'une logique de prévention à une logique de construction voire de conception ?

Cette problématique d'action nouvelle, ne consiste-t-elle pas, dans le souci d'une véritable prévention primaire, à concevoir, très en amont, le travail lui-même, comme facteur de prévention à condition de favoriser la mise en œuvre par les opérateurs d'un large ensemble de ressources diversifiées leur permettant de gérer eux-mêmes leur propre prévention et de contribuer ainsi à la construction de leur santé ?

L'objet principal de cette nouvelle approche préventive qui s'avère indispensable, ne serait plus fondé sur l'approche du risque et sa minimisation, mais plutôt sur la recherche du bien-être. Cette recherche du bien-être passe par une approche constructive de la santé. On rejoint là la définition de l'OMS posée dès 1946 sur le principe d'acquisition de facteurs de santé et non d'absence de maladie. Il est vrai que depuis, comme les travaux du groupe U3P l'ont souligné, il est admis que la valeur de cette définition de la santé s'enrichit lorsque l'on remplace la notion d'état par la notion de processus.

Après avoir fait fonctionner le dictionnaire des synonymes, je m'aperçois qu'aucun des termes possibles n'est satisfaisant. Entre promotion, construction, prévention de la désinsertion professionnelle, prévention de l'exclusion professionnelle..., je vais continuer à utiliser le terme de construction de la santé, même s'il me semble qu'une réflexion doit se continuer...

Facteurs de construction de la santé au travail et modèles de fonctionnement de l'homme au travail

Les facteurs de construction de la santé au travail renvoient à la variété des modèles qui permettent de se représenter et de comprendre l'activité de l'homme au travail :

- le *modèle physiologique* qui renvoie la perception de l'individu au travail à un système de traitement de l'information ;
- le *modèle cognitif* qui renvoie la perception de l'individu au travail à un système de traitement de l'énergie ;
- le *modèle psychique* qui renvoie la perception de l'individu au travail à un sujet acteur de son histoire ;
- le *modèle social* qui renvoie la perception de l'individu au travail à un sujet membre d'un groupe social.

Construction de la santé au travail et conception d'un travail de qualité

La construction de la santé au travail passe par la conception d'un travail de qualité. Avancer ce postulat sous-tend deux choses :

- la notion même de conception du travail existe. Le travail n'est pas une résultante il peut et doit être un objet à construire et concevoir en soi ;
- il existe des critères de qualité du travail qui dépassent largement les notions qui structurent les démarches qualificatives qui sont en fait plus des démarches de sûreté et de fiabilité.

¹⁴ - Conjard (P.), Devin (B.) - « Agir sur la professionnalisation. Acquérir et transmettre des compétences », Éditions de l'ANACT, 2007, 159 pages. (collection Agir sur).

Conception d'un travail de qualité

Concevoir un travail de qualité reviendrait à appliquer le théorème d'Ashby (1966)¹⁵, c'est-à-dire imaginer un système de travail d'une variété et d'une diversité au moins égales à la variété et à la diversité des modèles de fonctionnement de l'Homme au travail.

En effet, il s'agit de conjuguer un ensemble de conditions aussi diverses que les aspirations et exigences du fonctionnement des travailleurs (sens du travail, reconnaissance, charge de travail, fonctionnement en collectif, relations professionnelles).

Un travail de qualité devrait présenter des caractéristiques :

- qui donnent du sens aux actions engagées,
- qui permettent la reconnaissance de leur utilité sociale,
- qui favorisent la compatibilité avec les valeurs portées,
- qui laissent des marges de manœuvre pour réinvestir son expérience, en construire d'autres, pour avoir recours à la construction collective de modes d'actions efficaces,
- qui n'altèrent pas les capacités physiques,
- qui permettent aux salariés, et en particulier les expérimentés, d'adopter des stratégies compensatoires face aux contraintes des situations de travail.

De l'amélioration de ses conditions à la conception du travail

Il s'agit de faire fructifier les connaissances acquises à propos des conditions permettant l'exercice d'une activité de travail (environnement capacitant, situations professionnalisantes) ou l'entravant (situations de handicap), pour dépasser la seule conception technique et organisationnelle des situations de travail et s'appliquer à la conception même du travail.

L'enjeu est moins de savoir quelles situations de travail concevoir que de se poser la question de savoir à quel travail aboutit cette situation ainsi créée.

Quelles évolutions à envisager ?

Parmi l'ensemble des registres dans lesquels des évolutions seraient souhaitables, il m'en paraît trois pour lesquelles quelques idées peuvent être soumises à réflexion. Elles concernent la posture du réseau ANACT, ses modalités d'intervention et ses modalités de transfert.

La posture du réseau

Qui sommes-nous ? Sommes-nous des préventeurs ? C'est la posture que l'ANACT a adoptée vers la fin des années 90, se trouvant à jouer ainsi et de façon déséquilibrée, dans le champ de l'INRS et des CRAM.

Il me semble que nous ne sommes pas des préventeurs au sens classique de ce terme et tel que nous l'avons énoncé précédemment. Les enjeux qui se nouent autour de la prévention ne concernent plus exclusivement le risque. L'objet d'une démarche de prévention adaptée à la situation actuelle doit être la recherche de bien-être au travail et donc la construction de la santé au travail.

Que sommes-nous alors ? Car il faut bien être pour pouvoir exister.

Et si nous étions des « conditionnalistes » ? Depuis sa création, l'essentiel des actions de l'ANACT puis du réseau ainsi que son organisation, a été orienté et tourné vers deux lettres de son acronyme. Le A d'Amélioration et le T de Travail. Il me semble que le C de Conditions n'a pas été exploré à la hauteur de son importance, par définition déterminante dans la façon d'exercer un travail.

Entendons-nous bien. En mettant le projecteur sur le constituant Conditions, je n'évoque pas les « Conditions **du** Travail », formule qui réfère aux questions relatives au champ de l'emploi. Non, je parle bien des « Conditions **de** Travail », de celles qui structurent, influencent, orientent... la mise en œuvre d'une activité de travail.

15 - Ashby (R.) - "Design for a Brain", Chapman & Hall, London, 1996.

Le travail ne peut s'envisager hors de son environnement (physique, technique ou relationnel). Il résulte de contingences¹⁶ et d'interactions entre des objectifs à atteindre et des conditions réelles existantes pour les atteindre.

Nous serions des « conditionnalistes » au sens où, pour nous, l'objet d'études et d'investigation est d'analyser et de réduire les effets de combinaisons de contraintes que peuvent avoir l'environnement de travail sur la santé des individus ou des collectifs d'individus.

Or les caractéristiques de cet environnement de travail se sont diversifiées et leurs interactions se sont complexifiées (conditions matérielles, articulation vie au travail / vie hors travail, rythme de travail, climat social, organisation du travail...).

Les modalités d'intervention

Passer du diagnostic au prospectif dans nos interventions

Ce ne serait pas la méthode diagnostique ni l'approche clinique du travail qu'il faudrait abandonner. Non, elles sont constitutives de la spécificité de notre réseau. C'est l'objet du diagnostic qui serait à redéfinir. Ainsi, la question ne serait plus essentiellement de diagnostiquer les déterminants causaux d'un phénomène avéré et néfaste. La question serait de diagnostiquer l'état des marges de manœuvre dont un organisme, une entreprise... dispose pour favoriser la mise en place de facteurs constructeurs de santé au et dans le travail. Une autre façon de dire les choses tout en collant aux principes et outils connus de la prévention : l'enjeu se porte sur la différence qui existe entre arbre des causes et arbre des facteurs favorisants. De ce point de vue, le renforcement des analyses rétrospectives et prospectives de données de population au travail est de nature à mieux comprendre les conditions d'exposition et à éclairer les marges de manœuvre d'une entreprise.

Lancer des expérimentations à partir de modèles existants

On pourrait décliner le modèle des environnements capacitants¹⁷ et faire ici référence à deux notions :

- celle de *capacités* (Sen, 2000)¹⁸, autrement dit, les ressources dont disposent les personnes ;
- celle d'*environnement capacitant* qui combine des variables relevant plus classiquement des politiques d'emploi (mobilité, formation professionnelle continue, développement et reconnaissance des compétences) à celles concernant plus spécifiquement les conditions de réalisation du travail (prévention des risques professionnels, charge et intensification du travail, construction de la santé) et à celles relevant du domaine de la reconnaissance des individus par la hiérarchie et par les pairs, identifiés comme des contributeurs indispensables au travail productif¹⁹.

Cela supposerait d'agir simultanément sur plusieurs axes de développement²⁰ :

Cet environnement doit contribuer à la préservation et au développement des capacités futures d'action des personnes, en prévenant l'usure et les risques professionnels, en éliminant l'exposition aux ambiances physiques toxiques, en réduisant les exigences aboutissant à des déficiences durables ou à des effets négatifs sur la santé psychique.

Cet environnement doit se manifester par des actes managériaux répondant au besoin de reconnaissance et de dignité des travailleurs au travers de leur activité (et non de leur être). Il s'agit donc de reconnaître ce que l'on a mis de soi dans son travail, pour y tenir et pour bien le faire, malgré parfois les obstacles ou des empêchements de faire quelquefois plus coûteux que le travail réalisé. Il s'agit de reconnaître les travailleurs comme des êtres particuliers, irremplaçables par leur capacité à contribuer, à partir de leur expérience, à la performance de l'organisation et à son évolution²¹.

16 - Gollac (M.), Volkoff (S.) - « Les conditions de travail », La Découverte, Paris, 2000, (collection Repères).

17 - Rousseau (T.), Guérin (F.) - « Relations entre les âges, le travail et l'emploi : Accès, maintien et/ou développement ? À quelles conditions ? », ANACT, Lyon, 2008.

18 - Sen (A.) - « Repenser l'inégalité », Les éditions du Seuil, Paris, 2000.

19 - Pavageau (P.), Nascimento (A.), Falzon (P.) - « Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle », Pistes, vol. 2, n° 2, UQAM Canada, 2007.

20 - Maline (J.), Guérin (F.) - « L'ergonome : organisateur du travail ou travailleur de l'organisation ? », Congrès SELF 2009.

21 - Clot (Y.), *op. cit.*

On peut faire l'hypothèse que la conception organisée d'actions simultanées dans ces trois grands domaines contribue à créer une situation qui met à disposition des opérateurs un ensemble de ressources organisées, mobilisables par les opérateurs et combinables, par un travail d'organisation, à leurs propres ressources dans une perspective de développement favorable aux individus, aux collectifs et à l'entreprise.

De ce point de vue, la conception du travail passe par la méthode des scénarii qui consiste à « écrire le travail futur »²² selon l'articulation de plusieurs conditions stratégiquement identifiées, dans le but de le proposer à la discussion et à la validation des acteurs.

Les modalités de transfert

Renouveler nos modalités de transfert reviendrait à faire évoluer la façon de poser nos problématiques. Quelques idées pour préciser cette évolution :

- concernant la participation des salariés, un des fondamentaux du réseau ANACT qui fonde sa notoriété, la question ne serait-elle pas moins celle de la construction de l'effet participation des salariés à la transformation des situations de travail mais plutôt celle de l'incidence de l'effet participation sur la santé des salariés ?
- dans le domaine des compétences, ne pourrait-on transférer plus sur l'existence de pouvoirs d'action efficace, sur les critères de réussite à prendre en compte, sur les *back-ground* à avoir..., que sur les modalités de gestion de la ressource humaine ?
- si l'on affirme que l'organisation est la cause majeure de la survenue de toutes les atteintes à la santé, alors ne faudrait-il pas plus développer ce que devrait être une organisation qui ne le serait pas, plutôt que de s'attacher à démontrer les caractéristiques qui font sa dangerosité ?
- à partir du moment où il est affirmé que l'implication d'un dirigeant d'entreprise est essentielle dans la mise en œuvre d'une action de prévention, ne faudrait-il pas s'intéresser à la façon dont un dirigeant fonctionne vis-à-vis de la santé au travail, quels sont ses ressorts, sa logique (rapport DABB) ?

Débat

Serge Volkoff

Ne pouvant pas être présent cet après-midi, je voudrais indiquer trois éléments en écho à nos débats. Ces éléments contribuent, avec d'autres, à asseoir la pertinence des aspects diachroniques en santé au travail. Le diachronique tend de plus en plus à s'inviter dans de nouveaux contextes, ce qui est positif. J'en citerai trois exemples pour mémoire.

Le premier renvoie à la question de l'inégalité en matière d'espérance de vie. Nous sommes évidemment ici dans le long terme et la diachronie. Il est intéressant de savoir que selon les plus récents résultats en la matière, la mobilité sociale et professionnelle est un facteur d'allongement ou de raccourcissement de l'espérance de vie. Ce sont notamment les travaux d'Emmanuelle Cambois. Malheureusement, ce n'est paru que dans des revues scientifiques anglaises lointaines pour nous tous. Gardons ce débat en tête, y compris par rapport au débat social sur l'âge de départ en retraite : certaines composantes du parcours professionnel jouent un rôle sur un indicateur aussi massif que la durée de vie.

Le deuxième exemple concerne les accidents du travail. Quoi de plus événementiel ? Pourtant, une thèse là encore trop peu valorisée auprès du grand public a porté sur les dimensions diachroniques de moyen et long termes de l'accident du travail. Il s'agit de la thèse de Véronique Daubas-Letourneux qui essaie de relier l'accident lui-même, les événements juste antérieurs et postérieurs, et les mutations à plus longue échéance comme celles du contexte productif et de la prise en charge ou non en collectif d'une réflexion sur l'accident. Dans ce cadre, on constate que l'approche diachronique de moyen et long termes des accidents est majeure.

22 - Maline (J.) - « Simuler le travail », Éditions ANACT, 1994, 160 pages (collection Outils et méthodes).

Le troisième exemple a trait au travail de nuit, cité précédemment comme l'un des facteurs lourds d'usure. Je tiens à évoquer ici la dernière thèse soutenue sur ce sujet dans notre équipe : la thèse de Cathy Toupin sur le rôle de l'expérience du travail de nuit. Cette recherche montre qu'en milieu hospitalier, en service de pneumologie, on peut se construire une expérience de cette condition de travail. Mais cela ne se fait pas forcément.

En bref, nous avons des raisons solides d'aller vers les approches diachroniques, même dans des domaines où nous n'en avons pas l'habitude.

Pierre Falzon

L'intitulé même du séminaire porte sur la construction de la santé. Comme vient de le dire Serge Volkoff, cela souligne la dimension diachronique du travail. La communication de Joël Maline porte, quant à elle, sur un autre point : la question de la construction du travail. Cette question est prise dans deux sens : d'une part, l'idée que le travail peut être conçu de façon à permettre une certaine construction de la santé ; d'autre part, l'idée que le travail peut être conçu de façon à laisser de la place pour la construction du travail, c'est-à-dire pour être malléable et laisser de la place à l'invention, ou non. Je dis « ou non », car ce n'est pas forcément ce que l'on constate. En réalité, on observe un accroissement de la procéduralisation, avec une vision contredisant celle de l'être humain comme être variable. Du coup, je crois qu'il ne faudrait pas dissocier la question de la construction de la santé de celle de la construction du travail.

De la salle

Je ferai un constat. Si nous suivons bien ce que dit Joël Maline, nous sommes en train de mettre le feu. Nous construisons les conditions pour que le travail se construise, soit construit par les personnes qui le vivent. Dès lors, une question de fond se pose à nouveau : celle de la participation des ergonomes et autres dans le processus de construction. Quelle est leur place ici ? Qu'y jouent-ils ? En quoi sont-ils en continu sur une position de décalage et de dénonciation de processus de construction dans lesquels tout est justement mis en œuvre pour contraindre les conditions afin d'éviter le risque, les fautes humaines et la variabilité. Je pense que c'est revenir à une réflexion fondamentale sur une position professionnelle.

Anne-Marie Nicot

Cela converge avec des éléments du rapport sur la prévention durable des TMS, lequel évoque cette évolution de la posture vers l'animation de controverses professionnelles.

Partie 1

Se doter d'une nouvelle définition de la santé ?

Introduction

Françoise Verdier
(Chargée de mission, MIDACT)

Commençons l'après-midi par un rappel des objectifs du groupe de travail U3P. Nous constituons un groupe projet du Réseau ANACT qui, comme les autres composantes en son sein, a pour vocation d'articuler et de capitaliser nos diverses expériences dans le but de les transférer. Ce transfert s'inscrit clairement dans une finalité d'action. Mais de façon préalable à l'action, nous avons la nécessité d'explicitier les définitions sous lesquelles nous nous rangeons, et en premier lieu, celle que nous adoptons pour parler de la santé au travail, car de cette définition découle notre posture pour l'action.

Cela fait deux ans que nous menons ce travail qui nous intéresse tous. Nous ne rencontrons dans ce groupe projet aucune défection, bien au contraire. Mais notre discussion est difficile à mener. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les notions dont nous débattons existent et évoluent depuis longtemps. La question qui se pose aujourd'hui est la suivante : où en sommes-nous sur ces notions fondamentales, celle de la santé, des parcours, des outils et concepts disponibles, et comment pouvons-nous les traduire dans des actions significatives ? Encore une fois, notre posture est celle de la finalisation par l'action.

Nous avons évoqué à plusieurs reprises la notion de paradigme. En première approche, un paradigme peut se définir comme un modèle de pensée et d'action organisé de façon cohérente et reprenant les paradigmes précédents. Ce modèle est basé sur des représentations de l'action. Notre question actuelle est la suivante : quels leviers d'actions un nouveau paradigme nous apporte-t-il par rapport au précédent ? Cette question se décompose en trois thèmes : la question de la santé, la question des outils et des concepts dont nous disposons et, enfin, celle des parcours professionnels qui en découlent.

Pour l'heure, notre définition actuelle de la santé est-elle suffisante pour aborder les questions d'usure, ou bien faut-il l'enrichir d'éléments complémentaires ? Nous possédons de nombreuses définitions de la santé. Selon la définition de l'OMS en 1946, la santé est considérée comme un état de bien-être physique, mental et social, qui ne revient pas simplement à une absence de maladie. De prime abord, cette définition semble intéressante du point de vue de l'action. Jusqu'à récemment, les entreprises faisaient appel à nos compétences sur les questions de santé physique. Pour notre part, nous avons pour tâche d'expliquer ce que revêt la question de la santé en incluant les aspects sociaux et mentaux.

Considérer la personne comme un tout reste encore à ce jour une vision difficile à partager et à mettre en œuvre. Lorsque nous sommes conduits à intervenir sur des questions de TMS, l'aspect physique reste prégnant. De la même façon, nos interventions en matière de risques psychosociaux se concentrent essentiellement sur les aspects mentaux et sociaux.

Ces définitions sont rapidement devenues dynamiques. À partir de 1978, la santé a été considérée comme un processus, c'est-à-dire une progression entre différents états (OMS Euro, 1978). Par ailleurs, la définition de la santé est devenue plus ambitieuse : « Être capable d'exercer une activité intellectuelle et sociale en dépit de troubles ou de handicaps éventuels ».

Enfin, les définitions sont également devenues militantes : selon le Bureau International du Travail en 1998, la santé au travail doit avoir pour objectifs la promotion et le maintien au plus haut degré de santé physique, sociale et mentale.

En tant que Réseau, nous avons besoin de ces définitions de la santé dans le cadre de nos démarches de prévention. Celles-ci visent invariablement à préserver l'individu de l'altération de sa santé. Elles

sont inscrites dans des cadres précis qui s'appuient sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels.

Dans la pratique, l'approche est détaillée risque par risque, ce qui peut finir par poser problème. Certes, le Document Unique nous permet d'approcher l'entreprise de façon globale. Cependant, il propose de diviser le travail selon des aspects particuliers. Or, un même mouvement de travail d'un salarié englobe sa sécurité et sa performance.

Dans le cadre du groupe U3P, nous constatons que nos démarches visent à la préservation de la santé au travail. La question que nous nous proposons d'examiner aujourd'hui est de savoir si la prise en compte des aspects de **construction** de la santé au travail, et non plus seulement de la préservation de son altération, nous apporte oui ou non des leviers supplémentaires en termes d'actions. En particulier, cela se traduira par l'identification de conditions de travail permettant de construire sa propre santé tout au long de la vie professionnelle. Ainsi, nous nous rangeons clairement sous une définition de la santé comme étant un processus dynamique, constitué de mouvements de construction ou d'altération du bien-être physique, psychologique, psychique et social qui ne consistent pas uniquement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

Cet après-midi, nous nous poserons les questions suivantes :

1. Comment pouvons-nous mettre en œuvre cette définition dans le cadre de nos interventions et de nos actions de prévention, voire de correction ?
2. Pouvons-nous en dégager de nouveaux leviers d'action sur les situations de travail ?
3. Est-il possible d'éviter les pièges induits par une telle définition, comme une forme de promotion eugénique de la santé au travail ?

Dans ce cadre, la question du parcours professionnel vient en concrétisation temporelle de l'état de bonne santé. Ce parcours devient un indicateur de médiation dans la relation entre la santé et le travail. Alors, la gestion des parcours professionnels constitue un outil supplémentaire.

Pour évoquer ces idées, nous avons la chance d'accueillir Philippe Davezies, de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Il nous apportera quelques repères différents des nôtres en matière de santé au travail. Nous avons également invité Mathieu Detchessahar, chercheur en gestion à l'Université de Nantes. En s'appuyant sur une étude ANR portant sur plus de vingt entreprises, il nous expliquera que le management ne constitue pas nécessairement un problème, mais parfois une solution. Enfin, nous accueillons Valérie Puyeo-Venezia pour la synthèse des débats.

Du point de vue d'un professionnel de la santé

Dr Philippe Davezies

(Professeur, Institut Universitaire de Médecine du Travail, Lyon)

Je vais aborder les questions que vous posez à travers une problématique de clinique médicale du travail. Christian Torres indiquait ce matin qu'il faut distinguer différents niveaux d'action.

Le premier niveau est celui de la description et éventuellement de la prescription normative vis-à-vis des états du monde. Pour notre part, nous considérons que l'action à ce niveau relève du politique. Les professionnels de la santé au travail doivent contribuer à cette réflexion politique, par exemple dans le débat sur la retraite et la pénibilité, et dans ce cadre, la notion d'usure possède une pertinence, mais ce n'est pas à ce niveau que se développe l'activité clinique.

L'activité clinique ne consiste pas à décrire des phénomènes généraux pour alimenter le débat social, mais à travailler à un niveau beaucoup plus modeste, voire même franchement microscopique, pour tenter d'obtenir des transformations du travail.

La confusion entre ces deux niveaux, le niveau du diagnostic général et celui de l'intervention clinique, est à l'origine d'incompréhensions importantes. Il semble nécessaire de bien les distinguer car ils ne nécessitent pas les mêmes appareillages conceptuels ni méthodologiques.

Je m'en tiendrai à l'approche clinique. Notre spécificité, en tant que médecins, est en effet de partir, non pas du niveau général, mais de la plainte du salarié rencontré dans un colloque individuel. Cela implique de disposer d'un minimum de conceptions du sujet, de l'activité, de la conflictualité sociale et des enjeux de santé.

Une conception du sujet

Très généralement, l'approche spontanée de la relation entre l'individu et le social met en scène, du côté du sujet, la poussée de la vie et ses besoins de développement, et en face, les normes et les exigences de nature sociale.

Cependant, nous ne pouvons pas nous contenter de ce modèle. La construction même de l'individu passe par l'intériorisation du conflit entre son mouvement propre et la norme sociale. La constitution du vivant consiste précisément à construire une sorte de vacuole dans laquelle l'extérieur devient intérieur.

Le sujet humain se construit à travers la manière dont il incorpore les normes sociales. De la même façon, le travailleur construit son identité professionnelle en incorporant les normes de son métier. Ce mouvement d'incorporation de la norme sociale, y compris des interdits, est constitutif du sujet. Cela suppose un processus de retournement. Freud indique à cet égard que les normes et les interdits n'ont pas, par eux-mêmes, une puissance qui leur permettrait de s'opposer à la pulsion. Pour le faire, ils doivent être eux-mêmes investis par la pulsion. C'est ce que Freud signale comme *retournement de la pulsion sur elle-même*. En somme la norme n'agit que dans la mesure où elle est investie par mon propre mouvement.

Le conflit ne se situe plus seulement entre intérieur et extérieur. Il est intériorisé.

Vygotski indique, dans une perspective ici convergente, que le sujet rencontre les normes sociales, puis se prend lui-même pour objet sur la base de ces normes.

En somme, il n'y a de sujet qu'assujetti, ce sur quoi Foucault insiste en affirmant que « *le sujet est un effet du pouvoir* ».

Dans cette direction, on peut facilement développer une conception du sujet aliéné, notion diffusée aujourd'hui à travers les notions de servitude volontaire et de soumission à l'autorité. La conformité à la norme sociale se situe du côté de l'aliénation. Comme le chantent les Pink Floyd : « *We don't need no education, we don't need no thought control. All in all, it's just another brick in the wall* ».

C'est aussi la question du déterminisme. Elle pose le problème de la liberté, mais là aussi, les réflexions sont anciennes. Lucrèce, écrit, à la suite d'Épicure : « *Il est un fait que nous désirons te faire connaître : dans la chute en ligne droite qui emporte les atomes à travers le vide, en vertu de leur poids propre, ceux-ci, à un moment indéterminé, en un endroit indéterminé, s'écartent tant soit peu de la verticale, juste assez pour qu'on puisse dire que leur mouvement se trouve modifié... Sans cette déclinaison (clinamen)... jamais la nature n'eût rien créé. [...] Si l'esprit lui-même n'est pas réduit à une entière passivité, c'est l'effet de cette légère déviation des atomes en un lieu et un temps que rien ne détermine.* » (*De Natura Rerum*).

Pour saisir la manifestation de la liberté, le clinamen, il faut indéniablement regarder les choses de très près...

Notre sujet est donc animé par une conflictualité psychique. Il lutte contre lui-même et contre les normes sociales qui le constituent. Il est le résultat d'un champ de forces. Le conflit entre le besoin et la norme sociale intériorisée constitue la formule de répétition dans laquelle il court le risque de tourner en rond.

Cependant, cette tension ne se joue pas simplement à l'intérieur du sujet. Le sujet se confronte à un réel qui n'est jamais identique à lui-même. En tant que tel, le réel porte une exigence de réélaboration ou de réinterprétation de la norme comme du besoin. À travers ce processus le sujet déplace légèrement le conflit qui le constitue, il se transforme lui-même en transformant la réalité. Il est convié à un processus de renormalisation, de création que Simondon nomme « *individuation* ».

Pour en rendre compte, Simondon prend pour modèle le problème psychophysiologique de la vision. Chaque rétine apporte une image bidimensionnelle légèrement différente. Le cerveau doit tenir compte de ces deux aspects du monde dont la disparité crée une tension. Celle-ci l'oblige à déployer une troisième dimension, celle de la profondeur. En l'espèce, le sujet est obligé de surmonter le conflit en l'intégrant dans une dimension qui le porte au-delà de ce conflit.

La mémoire constitue par ailleurs une autre caractéristique fondamentale du vivant. Le social est évidemment présent à l'extérieur du sujet, mais aussi à l'intérieur à travers la mémoire d'expériences fondamentalement sociales. Or, l'intérieur et l'extérieur possèdent chacun leur propre temporalité : mémoire du passé pour l'intérieur ; potentialités présentes et avenir, pour l'extérieur. En fin de compte, le sujet se situe à la limite : il est certes acteur, mais ce sont les résonances et les discordances entre le passé intérieur et l'avenir extérieur qui sollicitent son activité et sa pensée.

Dès lors, il est possible de traiter les questions du développement, de la santé et de la négativité. La tension qui anime le sujet le conduit à un déphasage ou à un débordement que l'on retrouve en situation de travail. Il doit déplacer les bornes pour trouver une solution. Il révèle ainsi son potentiel de création. Cependant cette capacité de création n'existe pas sans potentiel de négation. Il faut tenir compte d'un potentiel d'affirmation mais aussi de négation de la vie.

Dans cette perspective, la santé sera pensée comme capacité du sujet à reprendre à son compte la situation et à lui donner un développement marqué de sa propre histoire.

Chez William James, père de la psychologie américaine, la santé correspond à la façon dont l'expérience antérieure peut s'exprimer dans l'expérience actuelle. Du côté de la psychologie soviétique, Vygotski parle de la capacité d'une activité à passer dans une autre activité. En psychologie sociale, Jacques Curie souligne aussi que la signification d'un événement dans le travail ne tient pas seulement à ce qui se passe là, mais à la façon dont l'événement résonne avec les expériences vécues dans les autres systèmes d'activité (famille, travail associatif, etc.). Autrement dit, les personnes n'opèrent pas uniquement en fonction de la situation présente. Ils y mettent toujours plus. Canguilhem, dans son ouvrage de référence « *Le normal et le pathologique* », affirme que la santé et la vie se manifestent comme capacité de dépassement.

Cependant, la possibilité de dépassement induit nécessairement la possibilité d'errance et d'égarement. Enfin, l'impasse de l'activité, le blocage du processus peut se traduire par le retournement de l'activité contre elle-même ; le sujet se prenant à nouveau pour objet mais dans un mouvement d'adaptation à une situation dégradée.

In fine, tout cela est à peu près présent dans le modèle dominant en matière de stress professionnel, celui de Karasek-Theorell. Il s'agit d'un modèle de l'aliénation dans lequel le stress est caractérisé par le fait d'être dépossédé de sa propre action. L'autonomie, à l'inverse, correspond à la capacité à trouver dans le travail un espace d'expression et de développement. Ce modèle possède également une dimension de soutien social. La possibilité de faire preuve d'autonomie comporte la possibilité de s'égarer ; le collectif est l'instance qui permet – je reprends les termes d'Yves Clot – de ne pas se perdre dans l'océan des bêtises possibles. C'est ce qui fait l'importance du soutien social.

Nous avons donc dessiné un sujet animé par les résonances et les discordances entre deux systèmes en tension : le système social tel qu'il se manifeste dans le présent et les tensions intrapsychiques liées à l'incorporation des expériences sociales passées.

Une approche de l'activité

Articulons cette conception avec l'analyse de l'activité. Travailler nécessite toujours de s'intégrer dans un dispositif préexistant constitué de normes et de consignes. On peut retrouver ici l'idée d'*aliénation*. Cela permet de définir un premier niveau de l'activité : un *but* est assigné de l'extérieur. Et lorsque l'on demande en quoi consiste le travail d'une personne, celle-ci nous répond en indiquant le but de son activité.

Toutefois, le but ne permet pas de comprendre les enjeux de santé. Pour cela, il faut saisir l'impact émotionnel de la situation et donc comprendre les besoins personnels que l'individu prétend satisfaire en travaillant. S'il y a souffrance, cela ne signifie pas que le but est attaqué, mais que le besoin que l'on prétend satisfaire dans son activité est attaqué. Au-delà du but, il y a donc les « *motifs* » ou « *mobiles* ». Le but, c'est ce que le chef me demande, et le mobile, c'est, par exemple, de toucher un salaire.

Le but est social et, en général, précisément défini ; les mobiles sont personnels, et seulement partiellement conscients.

À partir de là, il est possible de décrire la dynamique de l'activité et la façon dont elle va déborder ce cadre élémentaire. Dans le contexte d'une chaîne de travail, je constate que l'objet travaillé ne se présente pas tout à fait comme attendu. Dans un premier temps, cette variabilité se manifeste comme une forme de résistance qui fragilise ma performance et met en danger ma relation avec le chef, et potentiellement mon emploi. Ma sensibilité est donc sollicitée. Sous la pression de l'émotion, j'apprends à maîtriser les éléments de variabilité qui compromettent l'accomplissement de ma tâche. Cela me permet de repérer, au-delà, d'autres éléments de variabilité, porteurs d'enjeux non plus pour le chef, mais pour d'autres. Je découvre que ma façon de travailler a des conséquences sur le travail de mes collègues en aval sur la chaîne, sur celui du gars de la maintenance, sur le copain qui va me succéder sur le poste... J'apprends aussi à repérer les indices témoignant de perturbations dans la production de l'atelier en amont... Je repère des dysfonctionnements de l'organisation dont les conséquences seront dommageables pour le produit et au-delà pour le client. Je suis donc sensible à une variabilité, porteuse d'enjeux sociaux, et qui suscite en moi de l'émotion en raison même de ces enjeux.

Nous constatons dès lors que les salariés éprouvent le besoin de fournir des réponses à des exigences non prescrites par la hiérarchie. Le développement de leur activité les conduit à se doter de nouveaux mobiles et de nouveaux buts qui portent maintenant sur la façon de travailler. Ce processus de réappropriation du travail se traduit par le fait que le jeune salarié, qui déclarait initialement ne travailler que pour la tune, étend progressivement son champ d'action et affirme une responsabilité sur un espace qui dépasse ce que visaient les consignes de son supérieur hiérarchique.

En résumé, les hommes ne travaillent que dans un univers social. Au-delà des menaces directes pour l'intégrité physique, seuls les éléments de variabilité qui portent des enjeux sociaux suscitent la mobilisation. L'activité elle-même génère des buts qui ne sont pas prescrits à l'origine et qui ne se limitent plus à la satisfaction de besoins strictement individuels.

Tout cela engage au premier chef le corps. Damasio montre, par des expériences de neurophysiologie, que la prise de décision ne relève pas d'un calcul rationnel tel qu'il pourrait être modélisé dans une procédure formelle. Les étapes du raisonnement théoriques sont court-circuitées. Les éléments de la décision sont activés « *sous couvert des biais liés aux expériences émotionnelles antérieures* ».

Les ergonomes insistent à juste titre sur la variabilité, mais je ne répons à la variabilité que dans la mesure où elle est porteuse d'enjeux sociaux qui entrent en résonance avec mon expérience antérieure.

Damasio montre aussi que le corps réagit avant la prise de conscience. Le sujet est interpellé dans son corps, puis éventuellement, la pensée intervient, et non pas l'inverse.

La mémoire émotionnelle active les dispositions à l'action et précède la conscience. Le corps, dit Damasio, réagit aux « *objets émotionnellement compétents* », c'est-à-dire à ceux qui résonnent avec le patrimoine d'expérience et les tensions qui me constituent. En laboratoire, cette réaction peut être enregistrée dans le corps avant la prise de conscience. Mon corps peut même réagir à des situations dont je ne prends pas conscience. Une expérience classique consiste à faire défiler des images neutres et à y intégrer de façon subliminale quelques images à fort contenu émotionnel. La personne n'en prend pas conscience, mais son corps réagit. Ses mémoires émotionnelles sont activées inconsciemment.

Nous utilisons fréquemment la notion de « *développement du pouvoir d'agir* » comme synonyme de santé. C'est un terme qui vient de Spinoza. Mais le développement du pouvoir d'agir, ce n'est pas le déploiement de la force. Spinoza le précise : *c'est la capacité à être affecté d'un plus grand nombre de façons*. En somme le développement de la perception sensible, le développement de la capacité à percevoir les dynamiques, à l'extérieur et en soi.

Damasio fait un constat qui va dans le même sens : plus les personnes évoluent, plus nombreux sont les objets qui se manifestent pour elles comme « *émotionnellement compétents* ».

Cette façon dont le sujet est traversé, sollicité par des dynamiques qui lui échappent en grande partie est aussi exprimée par Nietzsche d'une façon particulièrement claire : « *Une pensée vient quand "elle" veut et non quand "je" veux, en telle sorte que c'est falsifier les faits que de dire que le sujet "je" est la détermination du verbe "pense"* »

Et effectivement, il semble souvent bien plus approprié de dire « *une pensée me vient* » plutôt que « *je pense* ».

Revenons-en aux objets. C'est en effet un point crucial : je soutiens qu'une analyse qui se limite aux relations interpersonnelles et qui ne met pas en scène les objets du travail n'est pas une analyse du travail. Cette attention que je porte aux objets est parfois critiquée et souvent incomprise. Les choses importantes seraient ailleurs dans les relations entre humains, et le rapport à l'objet serait un rapport aliéné. L'important se situerait du côté du social. Certes, mais les analyses cliniques montrent que l'objet possède trois faces. Une face tournée vers autrui qui concerne les enjeux sociaux de mon rapport à l'objet, une autre face tournée vers moi dans la mesure où ces enjeux sociaux trouvent en moi une résonance et possèdent de ce fait un contenu émotionnel, et une face qui a trait à la pesanteur propre de l'objet.

En réalité, nous n'évoluons pas dans un monde où les objets ne seraient que pure matérialité. Les objets sont traversés de part en part d'enjeux sociaux. C'est un point que reprend Berthoz dans le domaine de la neurophysiologie de l'action : nous ne sommes pas en relation avec les objets eux-mêmes, mais avec les actes effectués sur les objets, nos actes et ceux d'autrui.

Sur cette base, nous entrevoyons l'existence du potentiel de débordement indiqué précédemment. La consigne prévoit la production d'un bien ou d'un service à valeur marchande. En réalité, les personnes débordent la consigne. Leur activité noue de façon de plus en plus dense des dimensions techniques, sociales et psychiques qui ne sont pas contenues dans la prescription.

On ne peut jamais fonctionner comme une machine ; l'activité se manifeste comme travail d'humanisation. Ricœur indique que « *chaque être humain est porteur d'une proposition de monde* ». C'est ce mouvement de mise en forme du monde que nous trouvons dans le microscopique de l'activité.

Une approche de la conflictualité sociale

Le travail se déploie donc comme un processus d'appropriation et d'humanisation. Cependant, en toile de fond, il y a toujours la perspective du choc avec le rapport salarial dont la formule brute est à peu près : « *Ton activité ne t'appartient pas* ». Cette tension entre appropriation et dépossession s'est durcie au cours des dernières décennies. La pression sur le travail s'est accrue et le constat selon lequel le monde du travail a été soumis à un processus d'intensification ne fait plus débat. Nous

avons constaté une montée des exigences financières au détriment des logiques sociales mais aussi industrielles. Cette pression s'est traduite au poste de travail par la montée en puissance des indicateurs statistiques, comptables, comme mode principal d'évaluation du travail.

Partout, s'est installé un conflit plus ou moins larvé autour de deux conceptions du travail et de sa qualité. D'un côté, les exigences du métier : percevoir les dynamiques, anticiper les ruptures, adapter les réponses, prendre soin du détail, et au final, déployer un monde ; de l'autre, une intensification qui se manifeste comme pression à l'accélération et à la standardisation.

Ce conflit oppose deux points de vue très inégaux quant à leurs capacités d'affirmation. Le discours du management est fondé sur des indicateurs quantitatifs aisément exprimables. Il est construit à partir d'une structure générale de discours que l'on retrouve pratiquement identique d'une entreprise à l'autre. En face, il y a le rapport sensible à la situation, à ses contradictions et à ses dilemmes éthiques. Ce rapport est partiellement obscur, et difficile à exprimer dans la mesure où il se déploie face à des dimensions qui ne sont pas perceptibles par celui qui n'effectue pas le travail, et où il mobilise des ressources marquées par les singularités des parcours de chacun et en partie non conscientes.

Donc d'un côté, un discours en grande partie préfabriqué, appuyé sur des indicateurs de rentabilité, exprimable sous forme de courbes et de camemberts multicolores ; de l'autre un discours à élaborer à partir d'expériences singulières.

Cela donne la forme commune des conflits que l'on observe en consultation.

Les atteintes à la santé

Il faut distinguer deux modes principaux d'atteinte à la santé.

Le domaine des secteurs traditionnellement taylorisés reste particulièrement préoccupant. On n'y trouve aucune perspective d'accomplissement personnel. L'organisation du travail n'y fait pas miroiter de perspectives d'évolution. Dans ces milieux, l'activité qui ne peut pas se déployer se retourne contre elle-même. Il faut contenir son activité, limiter ses aspirations, contrôler sa subjectivité.

Les personnes exposées à ces situations sont souvent issues de familles ouvrières, elles ont souvent appris à « *prendre sur soi* », au sein même de la famille.

On observe alors une réduction de l'expression de la détresse psychique. On sait aujourd'hui que cette réduction se traduit par une diminution des réponses en cortisol. Or, le stress augmentant les phénomènes d'inflammation, la diminution de la réponse en cortisol prédispose les personnes aux pathologies inflammatoires. En conséquence, on dénombre les dépressions, mais aussi les troubles musculosquelettiques et les pathologies cardiovasculaires.

Cependant, ces personnes ne se rendent pas dans les consultations de souffrance au travail. Il s'agit d'une souffrance en grande partie muette. Les consultations recrutent plutôt les personnes issues des catégories sociales qui disposent d'un espace d'autonomie et qui sont attaquées dans leur manière de l'investir et de le développer (employés, techniciens, travailleurs sociaux, soignants, conseillers financiers, cadres, DRH, etc.). Ces personnes rendent compte en général d'un conflit, tel qu'évoqué précédemment, entre dynamique de l'activité et pressions de la direction. La crise psychopathologique est, dans ce cas, bruyante et se traduit par des manifestations anxio-dépressives.

Se pose alors la question de renouer avec la dynamique de l'activité. Face à la situation de blocage, il est nécessaire de penser le conflit. Or les patients peuvent l'évoquer de deux façons. Ils peuvent se le remémorer à la première personne, c'est-à-dire en réactivant l'impact émotionnel. Mais ils peuvent aussi se le remémorer à la troisième personne, c'est-à-dire selon un point de vue extérieur où l'impact émotionnel est réduit. En imagerie cérébrale, on constate que les zones liées à l'émotion et la proprioception sont activées dans le premier cas, pas le cas dans le second.

En général, on observe une forte tendance à exprimer les conflits selon la seconde modalité.

Plusieurs phénomènes expliquent cette tendance. Le récit développé du point de vue extérieur est une forme de défense contre la souffrance. De plus, si les personnes sont en difficulté, c'est justement parce qu'elles n'arrivent pas à penser le conflit. De ce fait, elles ont tendance à s'emparer de toutes les explications préfabriquées mises à leur disposition : harcèlement moral, financiarisation, libéralisation mondiale, etc. Nous avons connu une époque où certains patients récitaient par cœur des passages d'Irrigoyen...

Enfin, en termes biologiques, le stress chronique est à l'origine de lésions de l'hippocampe, une structure indispensable à la mémoire épisodique - cette fonction qui permet de se remémorer les événements vécus en temps et en lieu. La capacité à contextualiser le conflit s'en trouve diminuée, et par là, la capacité à reprendre la main sur la situation. Les recherches actuelles mettent l'accent sur le processus de « *surgénéralisation* », qui engage le sujet dans une spirale « *dépressogène* ». Plus le sujet tient des discours généraux (par exemple sur la méchanceté du chef), plus il se coupe des ressources de son activité.

Orientation de la prise en charge

En pareille situation, l'objectif est de lutter contre la surgénéralisation, et d'aider la personne à retrouver un discours en première personne.

Pour cela, il est nécessaire de redescendre, des interprétations générales, aux événements localisables en temps et en lieu à partir desquels elles se sont construites. Il faut revenir ensemble sur les logiques à l'œuvre, mais pas en général, à un moment précis où s'est manifesté l'affrontement. Dans la forme la plus commune, cela donne une interrogation du type « *pourquoi, à tel moment précis, alors que le chef attendait A, était-il important pour la personne de faire A' ou B ?* »

Il est en effet possible de chercher ensemble à comprendre ce qui s'est passé à une occasion précise, alors qu'il est quasiment impossible de faire avancer la réflexion en restant au niveau des interprétations générales. L'analyse remet alors en scène les objets du travail, la façon dont ils sollicitent le sujet, et les enjeux sociaux qui lui sont liés. Les lignes de force qui traversent l'organisation, le présent, le possible, le virtuel, se révèlent sous l'effet de cet examen.

Revenir ainsi au plus près des événements permet de dépasser le simple niveau de la plainte, et même celui du choc entre deux personnalités. Si ce travail d'élaboration peut être mené, il permet d'accéder aux conflits de logiques qui animent l'organisation et mobilisent les protagonistes du conflit. D'une part, le sujet reconstitue des capacités à penser, débattre et agir ; d'autre part, l'analyse permet de repérer les zones où se manifestent les contradictions de l'organisation, et donc les zones de développement potentiel.

En somme, comme professionnels de santé au travail, nous avons à décrire et à analyser les effets des conditions de travail pour alimenter les débats sociaux et politiques. C'est ce que nous nommons, en médecine du travail, *la fonction d'alerte*. Mais force est de constater que les acteurs sociaux et politiques sont assez peu en état de se servir de ces alertes. La clinique médicale du travail se déploie donc à un autre niveau plus directement orienté sur l'action, mais aussi beaucoup plus réduit. Il s'agit de repérer les endroits où le système se retourne contre lui-même. Or, les personnes que nous recevons en consultation constituent, à cet égard, des informateurs remarquables, à partir du moment où nous ne les concevons pas a priori comme des individus indépendants exprimant une pure idiosyncrasie, mais comme réagissant, de façon certes singulière, mais à des sollicitations et des contradictions bien réelles de la situation. Ces salariés souffrent parce qu'ils sont situés à un endroit et dans une position où ils éprouvent directement les contradictions de l'organisation du travail.

Lorsqu'il peut se déployer, ce travail d'analyse mené avec eux a un effet bénéfique sur leur santé, mais aussi sur la vitalité de l'organisation du travail. En effet, dans cette perspective, la transformation n'est pas attendue d'une instance extérieure. C'est le travail d'élaboration lui-même qui produit des capacités d'action du côté des sujets concernés.

En somme, la clinique ne vise pas directement l'état du monde, mais « *cette légère déviation des atomes en un lieu et un temps que rien ne détermine* » et sans laquelle rien jamais n'eut été créé.

Enfin, paradoxe de la démarche, ce que l'analyse découvre, en creusant les événements dans ce qu'ils ont de plus singulier, semble bien relever de l'universel et possède, de ce fait, un important pouvoir de ré-interrogation des structures générales...

(Des éléments complémentaires sur cette problématique peuvent être trouvés sur le site <http://philippe.davezies.free.fr>).

Le management au secours de la santé des salariés ?

Matthieu Detchessahar

(Professeur de gestion, Université de Nantes)

Je suis ravi de partager pour la première fois les résultats de mes travaux de recherche avec le réseau ANACT. J'évoquerai des résultats de recherches conduites à Nantes, qui restent cependant quelque peu décalées par rapport à votre problématique. Je n'aborderai pas la question du parcours professionnel, ni de l'usure ou de la santé au cours du temps. J'évoquerai simplement la fabrique du risque psychosocial dans les entreprises avec lesquelles nous avons collaboré.

La recherche a été menée à Nantes. Pour ma part, je suis professeur de gestion. Je ne suis pas spécialiste des questions de santé. En revanche, je m'intéresse fortement aux questions du bien-être et de la qualité de vie au travail. Je suis davantage spécialiste des questions d'organisation et de management. Dans le cadre d'une étude financée par l'Agence nationale de la Recherche, nous avons tenté de relier trois pôles : l'organisation (organisation formelle, structures, processus d'action stabilisés et scripts d'action collective), le management (l'animation collective) et la construction de la santé au travail.

Nous avons essentiellement développé des enquêtes qualitatives dans les entreprises partenaires. La majorité de ces enquêtes ont pris la forme de recherches d'intervention. Nous avons pour objectif non seulement de construire des diagnostics, mais également d'accompagner les entreprises ayant fait appel à nos services dans le cadre de plans d'action.

Nos résultats n'ont aucune ambition en termes de représentativité statistique. Nous avons collaboré avec une vingtaine d'entreprises des secteurs de l'industrie, du médico-social et des métiers de la téléphonie. L'étude est d'autant moins représentative que nous avons travaillé uniquement avec des organisations acceptant de nous accueillir. La majorité d'entre elles se trouvaient en mode dégradé. Elles ont donc fait appel à nos soins à la suite d'alertes du CHSCT, d'identification de TMS, voire de tentatives de suicide.

Cette recherche d'une durée de trois ans a permis de regrouper un collectif de chercheurs en gestion et en économie, des sociologues et un certain nombre de médecins du travail. Ces derniers nous ont apporté leur aide dans le cadre de l'intervention en entreprise et de séances de débriefing liées à des études de cas, et donc dans la construction des résultats.

En élément de contexte, la recherche a été lancée à un moment où nos organisations connaissent de très forts changements organisationnels. Ces derniers sont largement traités dans le cadre de recherches portant sur l'évolution des conditions de travail. De façon originale, cette transformation impacte aussi bien les grandes entreprises privées que le management public. Sous l'influence des thèses du « new public management » américain, on voit émerger de nouveaux outillages de gestion dans le secteur public afin d'englober les questions de coût, de qualité, de réactivité, de flexibilité et d'innovation. Le secteur hospitalier en est la parfaite illustration.

Par ailleurs, cette transformation s'accompagne de statistiques inquiétantes en matière de maladies professionnelles, dont les TMS, et un nouveau type de plaintes en matière d'impacts psychosociaux. Ces plaintes se traduisent par du stress, des dépressions, des situations de *burn-out* et des suicides. Ce contexte intervient concomitamment avec l'allongement programmé de la vie professionnelle et le vieillissement de la population active. Au-delà des dégâts sociaux, psychologiques et humains que cela laisse entrevoir, apparaissent également quelques inquiétudes quant à la performance économique des organisations.

Dès lors, pourquoi et comment ces nouvelles rationalisations gestionnaires et ces nouvelles « grappes » d'innovation de gestion des quinze dernières années altèrent-elles la santé des salariés ?

Le contexte de la recherche

Avant de détailler les résultats, je souhaite évoquer nos idées de base. Quels sont les différents équipements de gestion constituant les innovations gestionnaires ? On retrouve ici les modèles de l'excellence opérationnelle ou du « lean management » qui conduisent à la multiplication des outils de gestion dans l'entreprise, chacun instrumentant un impératif concurrentiel spécifique (coût, qualité, flexibilité, innovation). Tous ces outils puissants adressent aux salariés un message clair quant aux impératifs de compétitivité de l'entreprise désormais multiples dans le contexte « d'hypercompétition ».

Il y a quelques années, Michael Porter, professeur de stratégie d'entreprise à Harvard, distinguait en réalité deux principales stratégies gagnantes : la domination par les coûts, la domination par la différenciation et la qualité perçue. Le modèle de l'hypercompétition périmé l'analyse porterienne puisque dans ce contexte les deux stratégies doivent être conduites à la fois. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'instruments de gestion performants qui rappellent en permanence les impératifs stratégiques aux salariés.

Ces évolutions multiplient le nombre de contraintes sur le travail, mais également le nombre de paradoxes et de contradictions (faire de la meilleure qualité ou respecter les standards de sécurité s'opposent fréquemment à l'objectif de productivité, de même que la polyvalence est en tension avec la polycompétence). Dans les grandes entreprises industrielles, les salariés vivent leur travail « sous le ciel étoilé » des outils de gestion. L'expression de ces contraintes est d'autant plus intense que la conception des outils est souvent confiée à des professionnels différents dans la technostucture. Ainsi, la personne qui se charge des outils et du suivi de la polycompétence n'est pas celle qui s'occupe des standards en matière de QSE, qui n'est pas celle qui gère la tension du flux, par exemple. Par conséquent, le « tricotage » entre ces diverses instrumentations pose problème, et ces problèmes sont parfois laissés à la réflexion du salarié lui-même.

Ce constat est-il grave ? De tout temps, ces problématiques de tension ou d'injonctions contradictoires ont été posées aux salariés. Elles font partie du travail. Pour ma part, en tant qu'enseignant-chercheur, plus je m'occupe des tâches administratives et d'enseignement, moins je suis présent sur le terrain de la recherche qui fait pourtant partie de mes objectifs. Les tensions contradictoires sont aussi très présentes dans le travail de l'enseignant-chercheur. Pour autant, je pense être en bonne santé. En effet, il existe dans mon métier des lieux de gestion des tensions contradictoires. Par exemple, dans le milieu universitaire, ces contraintes sont gérées par un appareillage de normes professionnelles, mises en place dans le temps, et qui me permettent de travailler. Globalement, un compromis tacite se transmet dans le milieu universitaire : si mon travail d'enseignement ne pose pas de problème et si j'effectue le minimum requis en la matière, le point central de mon activité et de son évaluation sera la recherche. Ce compromis me permet ainsi d'anticiper mon avenir, d'effectuer des calculs stratégiques et d'allouer mon effort et mon temps de travail en conséquence.

Dans les entreprises soumises au contexte d'hypercompétition, les contraintes sont extrêmement prégnantes, et les contradictions possiblement plus fortes, ce qui suppose encore davantage de lieux de gestion des tensions et de fabrique du compromis. Ainsi, une fois l'organisation et les outils définis, il reste à effectuer un véritable travail d'organisation visant à expliciter et à résoudre les contradictions restantes ainsi qu'à établir des accords permettant aux salariés de travailler et de calculer de façon stratégique. Autrement dit, il s'agit de créer une « convention d'efforts » explicitant les bons comportements à adopter face aux différentes situations.

Ainsi donc ces nouvelles instrumentations de gestion rendent plus sensible que jamais le niveau de la régulation locale du travail, niveau auquel se rencontrent l'ensemble des prescriptions et se discutent les conditions concrètes de réalisation de la tâche. L'animation de la discussion qui vise à expliciter et à résoudre les contraintes et contradictions, ainsi qu'à trouver des compromis, prend ainsi une place tout à fait centrale.

Entre les tensions relayées par les outils et la santé au travail, il faut donc étudier la variable de l'existence ou non de ces lieux de gestion des tensions, de ces espaces de discussion des contraintes.

Sur ce terrain, nous sommes parvenus à dégager trois possibilités :

- Premièrement, il n'existe aucun espace de résolution des contradictions. Les problèmes incombent aux salariés, qui sont alors soumis à des risques pathogènes. C'est la situation la plus défavorable en termes de santé au travail.

- Deuxièmement, il existe parfois une offre institutionnelle dans l'organisation d'espaces locaux de discussion. Autrement dit, l'organisation a conçu elle-même des lieux de discussion. Pour reprendre les catégories de Gilbert de Terssac, on pourrait dire qu'elle a organisé le travail d'organisation. Dans ce cas, cela peut avoir des impacts positifs sur la santé.
- Enfin, on trouve la situation médiane : l'organisation ne propose aucun espace de discussion, mais les managers de proximité prennent sur eux de répondre aux plaintes de leurs équipes par l'organisation d'espaces de discussion informels. Dans ce cas, l'impact peut se révéler positif, mais le manager lui-même peut se retrouver en difficulté.

Pour approfondir ces différentes situations types, nous avons essentiellement procédé par recherche-intervention. La demande émane soit de la direction, soit des médecins du travail situés dans la région, soit encore de l'ARACT d'Angers. Nous avons travaillé avec des sites industriels, des plateformes téléphoniques, des services à domicile et des établissements de santé. Il s'agit donc d'une étude relativement modeste, bien que la méthodologie retenue reste très consommatrice en temps. Nous avons mobilisé vingt personnes pendant trois ans.

Les principaux résultats

Poursuivons par les principaux résultats. Premièrement, nous avons été capables de repérer des formes types de management fragilisant les individus. Un acteur essentiel dans la construction de la santé et la mise en place des organes locaux de régulation est la direction de l'entreprise elle-même. Il faut que le sommet stratégique effectue vis-à-vis de l'externe un travail de conquête de moyens et de marges de manœuvre qu'elle pourra ensuite réinjecter en interne pour donner du temps et des moyens à la discussion.

Dans les situations d'entreprises les plus dégradées, le sommet stratégique se révélait souvent démissionnaire et ne répondait pas aux contraintes. La direction ne possédait donc aucune marge de manœuvre à redistribuer en interne pour soutenir le travail d'organisation. Les contraintes externes pesaient directement sur les salariés opérationnels. Ce cas se retrouve notamment dans les sites très éloignés des centres de décision. On retrouve également ce problème au sein des jeunes équipes de direction de site manquant de légitimité interne pour négocier avec les directions d'entreprise, ou encore avec les directions « de passage ». Dans ce cadre, les contraintes apparaissent aux salariés comme hétéronomes, « inattractables » et les atteignant sans médiation.

Nous avons également identifié la situation des directions très actives en matière de travail aux frontières pour négocier les marges de manœuvre face aux contraintes du marché, des actionnaires et des clients. Ces directions investissent énormément dans la conquête de marges de manœuvre, de budgets et d'équipements nouveaux. Cependant, ces budgets sont parfois réinvestis dans la technostucture elle-même plutôt que dans la ligne managériale qui, pourtant, a vocation d'animer l'espace de discussion sur le travail. Ainsi, on obtient davantage de normalisation qu'au préalable.

En effet, certaines directions ne conçoivent l'activité managériale qu'à travers la standardisation et les procédures. Parfois, cette situation est liée aux enjeux de carrière pour les directions elles-mêmes, car la mise en place d'un grand équipement de gestion (certification, accréditation, *lean management*, *Knowledge Management*...) reste la partie visible de l'activité de la direction en matière de management. On accroît ainsi sa valeur managériale sur le marché des dirigeants. Parmi les directions ayant réinvesti dans la technostucture par déficit de compétence en termes de management, certaines se trouvaient fort impliquées et en situation de grande souffrance. Une directrice d'un centre m'indiquait ainsi que les plaintes de ses salariés continuaient tout de même après qu'elle ait réussi à obtenir de nouveaux budgets, et qu'elle était désormais totalement démunie face aux plaintes.

Nous avons également identifié des pratiques déstabilisantes qui empêchent la mise en discussion du travail au niveau local. Dans de nombreuses organisations, les directions se targuaient de mettre en place un véritable management participatif, ce qui était fréquemment le cas en réalité. Les groupes de projet ad hoc se multiplient. Pour autant, ces groupes portent sur des projets temporalisés par l'extérieur et orientés vers l'extérieur, très souvent afin de conquérir une légitimité externe, par exemple vis-à-vis de l'actionnaire, et ne concernent en rien les problèmes liés au travail concret des salariés de l'entreprise.

Dans ce cas, les espaces de discussion ne résolvent pas les contraintes. À l'inverse, les groupes de travail sont vécus comme des contraintes supplémentaires dans l'activité. Au sein de ces groupes, les

salariés dénoncent la perte de temps, l'inutilité et le caractère d'« usine à gaz » des innovations de gestion. Nous avons notamment rencontré le cas d'un projet de *Knowledge Management* mis en place par une direction pour accompagner la mondialisation d'un groupe industriel que les actionnaires jugeaient peu réaliste. La direction souhaitait par le projet de KM prouver la capacité du groupe à intégrer l'ensemble de ses usines grâce au projet tout en conservant le même niveau de savoir-faire. Pour cela, il fallait pouvoir montrer ses savoirs. Ce projet ne s'adressait donc pas véritablement aux salariés et de fait a plutôt gêné en interne le maintien et la mise à disposition de l'expertise qui était en revanche rendue plus visible pour les observateurs externes.

Descendons maintenant au niveau du management de proximité. À ce niveau, le manager apparaît fréquemment comme « happé » par la direction de l'entreprise et peut être conduit à désertir la scène du travail lorsqu'il consacre la majeure partie de son temps à entretenir les outils de gestion ou à participer à des réunions de projet externes. La question des machines de gestion est revenue de façon récurrente. Le manager devient dépendant de son instrumentation de gestion. L'essentiel de son travail quotidien consiste à alimenter en informations ces machines de gestion. À titre d'exemple, ces machines englobent les systèmes de qualité, les ERP, etc.

Enfin, nous avons rencontré des cas de managers de proximité invités à effectuer des tâches à plus forte valeur ajoutée. Le manager est ainsi invité à travailler sur l'innovation, les grands projets et l'amélioration continue. En résultat, les salariés ont le sentiment de ne jamais pouvoir rencontrer leur chef, tandis que ce dernier pense être mobilisé trop fortement dans des réunions souvent inutiles.

De façon paradoxale, dans les organisations dégradées, on note à la fois une hypertrophie de l'information, disponible en grand nombre et quasi en temps réel, et un rétrécissement des temps de communication, notamment avec son hiérarchie.

À travers nos enquêtes, il nous semble que le facteur essentiel de fragilisation des individus n'est pas l'hyperprésence du manager, mais l'absence du manager, qui de plus ne connaît plus l'activité de ses équipiers. Cela provoque un sentiment d'abandon, d'hétéronomie des contraintes, d'anomie (quelles sont les règles sociales et quel est le travail qui m'est demandé ?) et de dislocation des collectifs fragilisés.

Par ailleurs, ces résultats dressent un portrait significatif du travail des équipes de direction. Celles-ci sont parfois extrêmement sollicitées par un travail situé aux frontières de l'organisation : les clients et les actionnaires de plus en plus éloignés (sur une scène mondiale), des analystes, les tutelles dans le secteur de la santé, les « notateurs » et évaluateurs de la vie de l'entreprise. Dès lors, pour faire face aux exigences de toutes ces parties prenantes, les directions tendent à utiliser la ligne hiérarchique pour se nourrir en information et répondre aux sollicitations. Il s'agit donc d'un portrait d'organisations « extraverties ».

Face à ce contexte, les salariés appellent un retour du management dans l'activité : « Revenez à notre rencontre, connaître notre travail et reconnaître ses difficultés ». Dans certains cas, les salariés en appellent même à un retour du management, y compris dans la dimension de l'évaluation. En effet, l'absence d'évaluation reste aussi extrêmement destructrice.

Des espaces de discussion

Nous avons également identifié des organisations avec des collectifs ou des services semblant mieux se porter. Dans ces contextes précis, les dynamiques de communication au travail semblent mieux entretenues. Nous nous sommes donc interrogés sur le modèle à dégager de ces observations. Les nouvelles contraintes créent plus que jamais des enjeux forts dans la régulation locale de l'activité. On peut relier l'existence d'espaces de discussion avec une santé positive au travail.

Néanmoins, cette mise en discussion du travail au niveau local reste très problématique, car il s'agit d'agir sur le travail, de prendre la parole, de se confronter à l'autre, de révéler des informations qui parfois peuvent nuire à la personne de celui qui les énonce (surcroît de travail, par exemple) etc. Nous avons étudié les quelques cas positifs en matière de santé mentale pour identifier une « ingénierie » de ces espaces de discussion. Dans ces cas, on trouve une véritable réflexion sur la conception de la discussion.

Nous avons ainsi repéré quelques éléments positifs. Les caractéristiques restent simples. Les espaces de discussion portent sur le travail, c'est-à-dire sur le quotidien de l'activité. Par ailleurs, les équipes effectuent un travail sur l'information portant sur ces discussions, pour que l'opinion des salariés soit

éclairée. Ainsi, les systèmes d'information sur l'activité ne sont pas utilisés uniquement à des fins de reporting, mais également pour piloter la discussion.

Nous avons noté un enjeu majeur en termes de fréquence : à quelle fréquence s'effectue la mise en discussion du travail ? On constate qu'une fréquence soutenue reste importante. Lorsque la mise en discussion du travail s'effectue de façon trop épisodique, les salariés n'osent plus exprimer les « petits » problèmes du travail quotidien et l'on tend à verser dans les généralités.

On souligne également les enjeux d'animation. La discussion présente un bon fonctionnement lorsque les moments de débat sont animés par un manager du métier, qui, pour sa part, peut aborder les questions du travail quotidien et les comprendre.

Il existe également une problématique de la mémorisation. Il faut que les lieux de discussion fassent l'objet de traces écrites, pour que l'information puisse être éventuellement remontée vers la direction, qui peut alors effectuer des arbitrages et accepter des budgets d'amélioration ou des innovations.

Les espaces de discussion sont parfois formels, mais ils peuvent également être situés de façon informelle dans l'activité de travail elle-même. Cela pose l'enjeu des architectures physiques des lieux de travail. Dans le cadre de notre étude, nous avons travaillé sur deux sites d'une entreprise prévus pour effectuer la même activité, mais agencés selon deux architectures différentes. Le site possédant un bureau pour le chef de projet disposé au cœur de l'atelier présentait de bien meilleurs résultats en termes de discussion et de bien-être au travail.

Poursuivons par l'enjeu du long terme. L'entretien des dynamiques communicationnelles autour du travail ne relève pas de la magie. Ces dynamiques sont aussi difficiles à mettre en place qu'elles sont porteuses de bien-être. Dans un contexte dégradé, la réouverture de ces espaces de communication ne résoudra pas les problèmes à court et moyen termes. Nous avons réalisé un travail important sur cet aspect avec des directions qui souhaitaient globalement identifier des solutions rapides. Pour notre part, nous leur indiquons que le travail nécessite du temps. Le bon fonctionnement de la discussion sur le travail ne s'obtient que si la dynamique de confiance est (ré)établie, ce qui est souvent long.

En synthèse, cette démarche de mise en discussion du travail permet une réhabilitation de l'interlocution managériale. En effet, il s'agit bien de replacer les managers au cœur de l'activité et de recréer une dynamique communicationnelle à leur niveau.

Débat

De la salle

Quel rôle ces discussions sur le travail confèrent-elles aux instances existantes, comme le CE et le CHSCT ?

Matthieu Detchessahar

Les entreprises que nous avons observées présentaient un dialogue social relativement dégradé. L'initiative provient fréquemment du management et fait peu intervenir les partenaires sociaux. Il s'agit d'entreprises ayant dépassé la vision classique de la communication au sein de l'organisation. Dans le cas présent, les discussions sont animées non pas en lien avec les IRP, mais par le management de proximité. Cela dit, en tant qu'intervenants externes, nous avons pu travailler avec les CHSCT, car les situations étaient pacifiées.

De la salle

Je souhaite émettre deux remarques. Premièrement, en termes de typologie des dirigeants et de réaction aux nouvelles contraintes opérationnelles, vous indiquez que certains d'entre eux ne redistribuent pas les marges de manœuvre en interne, mais réintroduisent des procédures. Ce cas se rencontre dans le secteur médico-social. Les directions y sont fréquemment mandatées par les conseils d'administration pour redresser financièrement les structures et donc rechercher des marges de

manœuvre. Parallèlement, ce secteur connaît de nombreuses réformes réglementaires sources de nouvelles procédures. Dès lors, quelle est la véritable marge de manœuvre de ces directeurs ?

Deuxièmement, vous indiquez la nécessité de faire conduire les espaces de discussion par des personnes possédant une légitimité fonctionnelle et professionnelle. Or, cette légitimité requiert une certaine ancienneté dans le métier. Dans le cadre de certaines activités, la compétence est fortement impactée par les nouvelles technologies. En conséquence, l'ancienneté ne suffit plus à construire une compétence reconnue face à des équipes plus jeunes.

Matthieu Detchessahar

Je partage votre analyse. Deux exemples nous donnent matière à rester positifs pour l'avenir. Nous sommes intervenus sur les Chantiers de l'Atlantique il y a dizaine d'années. En l'occurrence, l'augmentation de l'autonomie des salariés s'est accompagnée d'une absence plus marquée des managers. Certains sites industriels ont réalisé que ce fonctionnement n'était pas viable. À l'inverse, il faut réinjecter du management de proximité, notamment dans l'accompagnement des dispositifs d'équipes autonomes.

Concernant le secteur médico-social, la difficulté réside dans l'agenda des directions. Henri Mintzberg a travaillé sur cette question au début des années 1970. Depuis lors, on travaille énormément sur l'agenda décisionnel des agendas des dirigeants. Très souvent, on constate que le dirigeant n'est plus présent. La part de son travail à l'externe a augmenté. Le domaine des relations sociales n'est plus inscrit à son agenda. On aboutit alors à des situations de distorsion communicationnelle. On met en place des managers HSE ou des managers qualité, qui semblent être de prime abord des solutions positives.

En tant que formateurs au management, nous devons nous poser des questions sur la manière dont on forme le management soit aux outils de management, soit à la problématique complexe en lien avec l'organisation.

De la salle

Lorsque l'on est constamment confronté aux questions des lieux de régulation et que l'on essaie de convaincre les directions de les replacer au cœur du système, celles-ci nous répondent que les nouvelles contraintes les empêchent de le faire.

D'un autre côté, lorsque l'on essaie de dispenser de la pédagogie non pas sur le management, mais sur les conditions nécessaires à l'établissement de la régulation de la discussion, on obtient en retour les remarques suivantes : « Je fais de la communication, mais les salariés ne s'expriment pas ou ne jouent pas le jeu ».

Comment expliquez-vous cette difficulté à faire comprendre aux managers les freins à la mise en discussion du travail en termes de confiance ? Ces lieux de régulation doivent-ils se mettre en place comme auparavant ? Les managers ne saisissent-ils pas les enjeux ou feignent-ils de ne pas comprendre ?

Matthieu Detchessahar

La réponse se trouve dans la cause du problème. La régulation locale du travail ne doit pas être animée par le dirigeant, mais par des personnes du métier. Les solutions avancées par les DRH en matière de management de proximité ne conviennent pas. Il s'agit souvent de mieux recruter, former et payer le management de proximité. En réalité, il faut retravailler sur l'agenda et partager des tâches. Il s'agit donc d'engager une nouvelle ingénierie de la fiche de poste du manager de proximité pour étudier les tâches qui peuvent éventuellement être retirées.

Les dirigeants ne comprennent pas les enjeux car ils se trouvent de plus en plus éloignés des problèmes liés aux microréalisations du travail opérationnel. En outre, se pose la question de la formation. Très souvent, la communication est enseignée aux futurs dirigeants sous la forme du monologue et du canal pertinent pour impacter les salariés. Dès lors, il faut travailler sur la communication sous forme de dialogue. Autrement dit, il faut expliquer que le dialogue reste délicat à mettre en œuvre et doit s'accompagner d'une certaine ingénierie. En la matière, les sciences de la communication ne se sont jamais préoccupées de l'ingénierie de la discussion. Il faut donc rechercher les solutions dans la psychologie clinique. Au vu de nos résultats, il apparaît que le management doit jouer un rôle dans cette ingénierie, car ce rôle est souhaité par les salariés.

De la salle

Les questions de régulation de la discussion peuvent être mises en lien avec les aspects de prévention. Quels sont les liens existants avec les questions de construction de la santé ?

Matthieu Detchessahar

Demain, les intervenants seront plus habilités que moi pour vous répondre. La mise en discussion du travail revient à agir sur l'environnement de travail, et donc sur le travail. Il ne s'agit pas d'abandonner le pouvoir d'action. C'est la prise de parole qui me permet d'être acteur de mon environnement de travail.

Synthèse et débat

Valérie Pueyo-Venezia

(Chercheuse au CREAPT,
Maître de conférences en ergonomie à l'IETL Lyon 2)

Ce matin, l'enjeu majeur pour le réseau ANACT a été rappelé à plusieurs reprises : dans quel monde professionnel le réseau souhaite-t-il s'inscrire ? C'est la question que vous vous posez. Il faut passer du paradigme de la prévention à celui de la promotion de la santé. Pascal Beguin propose de considérer le « monde professionnel » comme un ensemble d'arrière-plans conceptuels, axiologiques, de pratiques et d'outils utilisés par les professionnels pour réformer et maîtriser la situation de travail.

Mais un monde professionnel peut accepter différentes versions. Et d'ailleurs, la vivacité du monde professionnel dépend de la possibilité de la mise en discussion des pratiques professionnelles et de ses différentes versions.

Joël Maline a posé la question de la nature des paradigmes de la prévention à mettre en débat. Comment utiliser votre héritage en matière de risques professionnels ? Comment se positionner dans des projets en partenariat au sein des entreprises, qu'il s'agisse de partenaires sociaux ou d'acteurs internes, à la fois en tant qu'héritiers d'une expérience issue des travaux de l'ANACT et promoteurs d'un futur projet ?

Il vous est donc proposé de débattre sur le monde que vous souhaitez bâtir à partir de vos pratiques, et sur les valeurs sous-jacentes. En termes de prévention, la question de la santé permet d'appréhender des démarches, des positionnements, des actions et des points de vue différents.

Ce matin, Serge Volkoff vous incitait à « donner à voir » et à « expliciter », plutôt qu'à « mettre sous couvert », les demandes des entreprises à partir desquelles vous travaillez. Il apparaît crucial de s'atteler à cette question, ainsi qu'à celle de la prospective.

Ce préambule étant posé, je dirais que deux points forts et quelques questions en suspens se dégagent de votre monde professionnel à propos de la santé. Avant de détailler ces éléments, je rappelle ma profession d'ergonome, de sorte que je vous « vendrais » sans doute au passage mon monde professionnel.

Points forts partagés autour de la santé

Premièrement, vous appréhendez les questions de santé avec le travail pour objet central. Ce point de vue n'est pas anodin dans notre société actuelle. Le rôle de mise en visibilité du travail et de ses désordres constitue un point d'accroche pour le paradigme de la santé, sa prévention et sa promotion. Le point central est donc le travail, voire, comme le propose Joël Maline, la conception du travail et la réflexion autour d'un travail qui n'engendre pas de situations de travail délétères.

Le deuxième point fort est que la santé doit être appréhendée comme un processus dynamique. Au sein du CREAPT, nous étudions la question de la santé. Dans ce cadre, nous voyons le processus comme une évolution dont on ne peut prévoir le sens. Selon les différents intervenants de la journée, ces deux dimensions sont étroitement liées. Quoi qu'il en soit, dire que la santé est un processus dynamique signifie qu'elle n'est jamais acquise : elle se joue continuellement tout au long de la vie professionnelle et de la rencontre avec le travail.

Cela conduit à appréhender le travail, les situations de travail et les parcours de travail de façon diachronique. Il ne s'agit pas uniquement d'une projection vers l'avenir, mais également d'un retour au passé professionnel et d'un regard vers les possibles réalisations futures.

En matière d'intervention, cela renvoie à la question de la présence et de l'accompagnement sur le long terme. Il s'agit aussi de savoir comment avoir accès à des informations sur le passé. Chez les jeunes générations, par exemple, les parcours professionnels seront probablement de plus en plus chaotiques. Comment, dès lors, appréhender cette dimension diachronique ?

Pour conserver un regard pertinent et demeurer un interlocuteur d'accompagnement, il faut également se doter d'éléments de temporalité du point de vue des individus sur des générations, des évolutions sociétales, des évolutions des systèmes de production et des outils de pilotage.

Puisque la santé est un processus dynamique, elle induit la nécessité de s'outiller pour appréhender la diachronie et le mouvement du sujet en termes de conformation à la situation de travail. Ce point de vue reste peu évident. Il faut rappeler que les individus sont véritablement actifs dans les entreprises. Or certains préventeurs conservent une vision très déterministe des relations de travail. Le regard sur la santé se retrouve centré sur l'altération et non sur la manière dont elle évolue à travers l'activité.

Cette vision centrée sur la part active du sujet conduit à se poser des questions sur les éléments relatifs à la subjectivité. Cela renvoie notamment aux mouvements de renormalisation qu'évoquait Philippe Davezies. C'est la question de savoir comment les individus intègrent les normes en créant de nouvelles normes, ce mouvement participant à la construction de la santé au travail et dans la vie en général.

Par conséquent, vous avez abordé la question de la nécessaire articulation entre les dimensions individuelles et collectives. Nous devons lutter contre les mouvements d'individualisation de la santé au travail. Il faut rendre compte de cette nécessaire articulation entre les normes sociales dans les collectifs de travail, lorsqu'ils subsistent, et les régulations « chaudes » ou « froides » proposées ou non dans le cadre des entreprises. Cette articulation entre les niveaux individuels et collectifs semble être un élément que vous partagez.

Autre élément partagé : ce mouvement dialogique en matière de santé n'est pas inné ni naturel. La réflexion du sujet vis-à-vis de ses propres pratiques, mais aussi l'échange avec les pairs, les partenaires sociaux ou des acteurs externes comme les chargés de mission de l'ARACT, supposent des espaces de discussion et une certaine ingénierie pour orchestrer les différents de point de vue sur le travail.

Questions en suspens

Serge Volkoff a indiqué que la santé constitue un processus dynamique. Pour autant, il existe réellement différents niveaux ou formes d'atteinte à la santé, plus ou moins relayés par le truchement de l'activité. Dans le cadre de notre débat et du dialogue avec les acteurs de l'entreprise, il faut se saisir de la question de l'atteinte à la santé ou de celle des facteurs conduisant à l'atteinte à la santé. Ce point reste encore en débat.

Il en va de même à propos de l'éclairage de Pierre Falzon en matière d'altération de dégradation : devons-nous nous interroger sur les altérations laissant des traces ou sur les altérations potentielles ? Il ne s'agit pas de la même démarche ni du même paradigme de prévention.

Vous avez également évoqué des indices et des symptômes qui forment notre base de travail. À ce titre, la démarche sera différente selon que l'on s'appuie sur les altérations visibles ou les altérations potentielles.

À présent, je souhaite vous poser une question : quel statut cela nous confère-t-il dans le cadre d'un accompagnement ? En tant qu'enseignante-chercheuse, je note que les étudiants sont fortement sollicités pour élaborer des critères de notation de la pénibilité.

Par ailleurs, comment tenons-nous compte de la question de la diversité au sens large du terme. Les différentes formes d'atteinte à la santé ne se manifestent pas identiquement selon les catégories sociales et les secteurs d'activité. En termes de santé et de pénibilité, les ressentis des personnes varient selon les secteurs. Certains secteurs mettent en mots la pénibilité lorsque d'autres demeurent dans le silence, le déni, voire la naturalisation de la pénibilité. Par exemple, dans le secteur agricole, le rapport au corps est spécifique et l'on y dit peu ou pas les douleurs ou la sollicitation physique qui sont pensées comme faisant partie du métier. Et pensées comme inéluctables.

Et puis, comment intègre-t-on la question de la taille de l'entreprise ? Dans certaines grandes entreprises, on met en place des structures de projets, d'espaces de travail et de discussion. Dans les

petites entreprises, le mode projet n'existe pas et les questions relatives à l'encadrement de proximité ne se posent pas de la même façon. Les effectifs salariés sont petits et les encadrants rares, mais proches du terrain. Le dialogue n'est donc pas outillé de la même façon.

En tant chercheuse du CREAPT, je travaille fréquemment sur la question du vieillissement. Comment tenons-nous compte des variations de la construction de la santé selon les différentes générations ? Les parcours professionnels des jeunes générations diffèrent largement de ceux des plus anciennes générations. Les questions de stabilité, d'expérience et de rapport au monde professionnel varient. Comment le réseau peut-il rendre compte de cette diversité ?

Enfin, il semble que la proposition de Joël Maline reste en suspens : dans le cadre de votre démarche, peut-on affirmer que le travail est le point d'appui sur lequel il faut travailler ? Autrement dit, êtes-vous concepteurs du travail en tant que socle de la santé tout au long de la vie professionnelle ? Ce point reste en débat. Quel type de projet peut être mis en œuvre selon le statut interne ou externe de l'intervenant ?

Partie 2

Se doter de nouveaux concepts et outils ?

Introduction

Daniel Depoisier

(Chargé de mission, ANACT)

Frédérique Bédier

(Chargée de mission, ARVISE)

Daniel Depoisier

La construction de la santé nécessite-t-elle de nouveaux outils ou concepts pour pouvoir répondre aux demandes en la matière ? Dressons rapidement quelques éléments développés dans le cadre du groupe U3P et revenons sur les leviers d'action dégagés hier.

Premièrement, en termes d'usure professionnelle et de construction de la santé, il faut s'interroger sur l'amélioration globale des conditions de travail. Hier, les présentations ont été suffisamment explicites et nous ont renvoyés aux démarches habituelles d'intervention. Nous avons également abordé la question des pratiques de ressources humaines en intégrant les questions des compétences, le lien avec la santé et le lien inévitable avec les parcours professionnels. Ce dernier sera détaillé au cours de l'après-midi.

Pourquoi aurions-nous besoin de nouveaux outils ou concepts ? Nous abordons la question de la santé selon deux dynamiques : celle de la construction et celle de l'altération. Au sein du groupe, nous avons posé la question de l'appareillage relatif à la question de la construction. Nous possédons un certain nombre d'outils, de points de repère et de leviers d'action en matière de prévention de l'usure professionnelle. En revanche, nous en manquons en matière de construction. Quels indices ou indicateurs pouvons-nous utiliser ? Comment les identifier ?

Par ailleurs, le séminaire porte-t-il globalement sur la prévention de l'usure ou la construction de la santé ? Quel lien peut-on dégager entre ces deux approches ? Peut-on considérer que l'action de prévention participe à une certaine dynamique de construction ? À l'inverse, s'interroger sur les questions de construction de la santé permet-il d'agir en prévention de l'usure professionnelle ? Cette question semble peu évidente à objectiver.

Un second questionnement découle des questions posées précédemment : possédons-nous la même idée de « construction » ? Quels éléments peuvent-ils participer à cette dynamique ? Enfin, ces interrogations nous conduisent à un constat global : il est sans doute nécessaire de recueillir des données spécifiques à la construction de la santé. Les données collectées dans le cadre des actions portent davantage sur la prévention.

Frédérique Bédier

Comment opérationnaliser de nouveaux outils et repérer les processus à l'œuvre ? Quels sont les événements marquants et les grandes étapes ? Les travaux du groupe U3P portent notamment sur les questions de cumuls et de combinaisons. Comment peut-on les reconstruire dès lors que les salaires changent d'entreprise au cours de leur carrière ?

Par ailleurs, on peut appliquer le même raisonnement à un groupe d'individus. Selon le point de vue d'étude, nous agissons différemment selon l'expérience de l'individu et ses choix professionnels. Il s'agit ensuite de coupler ce raisonnement à une problématique collective. Très souvent, ce type de questions pose problème aux DRH en termes d'investigation.

Nous avons également évoqué les différentes approches diachroniques pour les opérateurs. Cependant, il faut aussi remettre cette question en lien avec la vie de l'entreprise. Par surcroît, il faut

également tenir compte des possibilités existantes au niveau du territoire. La question cruciale reste celle de la méthode. Enfin, la question de l'opérationnalité diffère selon la taille de l'entreprise.

Dans ce contexte, nous avons constaté un changement d'intention : on doit passer de la prévention à la construction, ou d'« éviter les dégâts » à « construire du progrès dans l'organisation pour améliorer la santé ». En l'occurrence, ne posons-nous pas l'hypothèse de l'existence d'une organisation idéale ? En réalité, l'organisation idéale est irréaliste. De plus, tous les acteurs ne possèdent pas la même perception de l'organisation idéale. À cet égard, les acteurs ne sont pas uniquement les salariés et les membres de l'entreprise, mais également les acteurs territoriaux.

Quels outils pour des connaissances sur la santé ?

Dr Michel Niezborala

(Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre, Toulouse)

Étant praticien, j'évoquerai davantage des notions d'outils que des concepts. J'exerce le métier de médecin du travail. J'ai suivi une formation en épidémiologie. J'aborderai le positionnement du médecin du travail, puis l'intérêt éventuel de l'approche quantitative dans le domaine des outils.

La présentation se déroulera en trois parties. La première portera sur le positionnement du médecin du travail et la situation des services de santé au travail. La deuxième portera sur l'apport des connaissances liées aux outils quantitatifs. Enfin, nous décrirons quelques outils pour l'action.

Le positionnement du médecin du travail : de la gestion de l'usure à la prévention de la pénibilité

Depuis 1946, la conception de la santé au travail en France repose sur la médecine d'aptitude, et je crains que cela ne soit également la base de notre avenir. Cette approche nous conduit à repérer les salariés « trop » usés pour tenir leurs postes. Dans le cadre de l'enquête SVP 50 (Santé et vie professionnelle) menée auprès de services interentreprises et portant sur un grand nombre de salariés, on demandait au médecin si, selon lui, un salarié de plus de cinquante ans devrait cesser de travailler. Le médecin de travail a répondu affirmativement dans 11 % des cas. Le nombre d'inaptitudes réellement prononcées par les médecins du travail est bien entendu largement inférieur. La raison de cet écart tient à la volonté de préserver l'emploi de ces salariés.

En effet, les aménagements de postes et les reclassements sont fréquents dans les grandes entreprises mais beaucoup plus rares dans les petites organisations. Dans ces structures, si l'on déclare le salarié inapte, il finit souvent par être licencié. Nous avons alors le choix entre laisser le salarié s'user à son poste jusqu'à la retraite ou à un statut d'inaptitude pris en charge par le chômage et le déclarer inapte en prenant le risque de le voir aboutir au statut de RMIste.

Réfléchir en termes d'aptitude ou d'inaptitude n'impacte en rien les conditions de travail. Dès lors, nous sommes conduits à déclarer des inaptitudes à répétition pour des postes difficiles et à constater que ces postes se pérennisent. Il nous faut inventer de nouvelles pratiques pour faire une prévention efficace ; c'est-à-dire, agir sur ces postes.

Pour cela, nous possédons quelques atouts majeurs. Notre pratique originale nous permet d'accompagner l'entreprise et les salariés dans la durée. Parfois, il advient que plusieurs générations d'une même famille soient suivies. Nous connaissons relativement bien les personnes que nous suivons en consultation. En tant que médecins d'entreprise, nous sommes parfois les seules personnes qui connaissent l'ensemble des salariés et des postes de travail.

Par ailleurs, nous avons la possibilité de mettre en lien les entretiens cliniques, qui restent protégés par le secret médical, avec l'action en milieu de travail. Cela nous permet d'articuler l'objectivité et la subjectivité, tant en termes de santé perçue et de santé objective qu'en termes de travail perçue et de travail objectif. De plus, nous pouvons conjointement une approche individuelle avec une approche collective.

Les évolutions de la réglementation ont permis l'émergence d'un principe de prévention primaire, qui nécessite de dépasser le cadre de la pathologie pour englober la notion de risque et davantage de prévention. En outre, la pluridisciplinarité est maintenant inscrite dans les textes et elle est indispensable à la prévention primaire.

Néanmoins, notre action présente quelques limites. Premièrement, nous manquons de connaissances sur la question des concepts, notamment en matière de pénibilité et d'usure ressenties. Le rapport de Gérard Lasfargues identifie des facteurs objectifs d'usure, comme le travail à la chaîne et le travail de nuit, par exemple. En revanche, nous manquons de connaissances sur les relations entre la pénibilité perçue, la santé et le parcours professionnel.

Par ailleurs, la pluridisciplinarité n'est pas totalement effective dans les services de santé au travail en France. Autre limite : notre action est impactée par le poids des visites médicales et particulièrement des visites périodiques. La charge de ces visites est telle qu'elle occupe l'essentiel du temps des médecins et qu'elle est un obstacle à la conception puis la réalisation de projets ciblés de prévention.

Par ailleurs, notre culture de base reste centrée sur la recherche de maladies. Or, si nous voulons faire de la prévention primaire, nous devons agir en amont. Nous devons nous intéresser au vécu du travail et aux petits symptômes précoces. La clinique médicale nous apporte une aide précieuse à cet égard, mais nous manquons de cadre. Par exemple, il existe des classifications claires des maladies qui peuvent être utilisées dans les dossiers médicaux informatisés. En revanche, nous ne disposons d'aucun thésaurus des données sur le ressenti ou le vécu au travail. L'exploitation de ces données de façon collective n'est donc pas possible.

Enfin, notre formation de médecins conduit certains d'entre nous à privilégier la relation interindividuelle au détriment de la dimension collective de notre activité. Or, la prévention primaire impose d'avoir cette vision collective et, sur ce point précis, les approches quantitatives ont un intérêt véritable.

Mieux comprendre la pénibilité perçue

Prenons le cas des recueils de VISAT (Vieillesse Santé Travail). Cette étude, construite à la suite d'ESTEV, avait pour objectif de déterminer en quoi le travail influe en bien ou en mal sur la santé à long terme des salariés. Par exemple, des travaux ont été menés sur la richesse cognitive comme facteur de préservation des fonctions cognitives sur le long terme.

Le programme s'est déroulé dans trois régions du sud de la France : Midi-Pyrénées, Aquitaine et Languedoc-Roussillon. En 1996, 3 300 personnes ont été interrogées par cent médecins du travail. Les résultats présentés portent sur les recueils de 1996 et 2001, c'est-à-dire les deux premières phases du suivi qui s'est terminé en 2006. Nos analyses concernent les salariés actifs entre 1996 et 2001, âgés de 32, 42 ou 52 ans en 1996. Le recueil a été effectué lors des visites périodiques chez le médecin du travail.

L'exemple porte sur 807 salariés ayant répondu « oui » en 1996 à l'item suivant : « Faire des efforts importants, rester longtemps debout ou prendre des postures inconfortables ». Suite à cette réponse, ils devaient dire si, de leur point de vue, ces contraintes physiques étaient particulièrement difficiles ou pénibles.

Poursuivons par quelques résultats bruts. En 1996, l'exposition physique était largement perçue comme pénible (62 % des salariés). En 2001, un tiers des salariés ne se déclaraient plus exposés à ces contraintes. D'un autre côté, parmi ceux qui étaient restés exposés, on constate une disparition du sentiment de pénibilité chez un quart des salariés concernés en 1996 et une apparition chez la moitié de ceux qui ne l'étaient pas en 1996. Le sentiment de pénibilité n'est donc pas obligatoirement fixe dans le temps. Selon moi et contrairement à ce qui a été indiqué précédemment, la pénibilité ressentie n'est pas un état mais plutôt le résultat de processus évolutifs touchant à la fois le travail et la santé.

Dans cette recherche, il s'agissait d'identifier les éléments enregistrés en 1996 qui pouvaient prédire ces différents changements de ressenti notés en 2001. Je ne détaillerai pas les modèles utilisés. En un mot, ils tiennent compte de la présence des autres variables comme l'âge, le genre et la CSP, par exemple.

L'*odds-ratio* exprime le risque de voir varier le sentiment de pénibilité. Pour ce qui a trait au travail répétitif sous contrainte de temps, on constate que les personnes qui se sont déclarées exposées en 1996 présentent un risque trois fois plus important d'avoir vu apparaître le sentiment de pénibilité en 2001 que les salariés qui n'ont jamais été exposés à cette contrainte dans leur carrière.

L'intervalle de confiance mathématique donne la précision de l'estimation du risque et la signification statistique du test. Un intervalle qui ne recouvre pas « 1 » veut dire que le risque estimé est différent de « 1 » et donc, que le risque estimé est significativement différent de celui du groupe

de référence. Le travail répétitif sous contrainte de temps apparaît comme un facteur favorisant l'apparition du sentiment de pénibilité. On retrouve également le poids des parcours professionnels : la pénibilité se manifeste deux fois plus fréquemment chez les salariés ayant déjà été exposés à ce type de contrainte par le passé, même s'ils ne l'étaient plus en 1996. Autre résultat attendu : le manque de marge de manœuvre se révèle comme un autre facteur favorisant l'émergence de la pénibilité.

Un résultat semble surprenant : le fait de ne pas avoir mal au dos en 1996 prédit l'apparition du sentiment de pénibilité. Les salariés sur lesquels porte cette analyse étaient déjà exposés en 1996 sans ressentir de pénibilité, ils avaient un parcours professionnel déjà assez long puisqu'ils avaient 32, 42 ou 52 ans, et ils constituaient seulement le tiers des salariés exposés. Mon interprétation ira donc a contrario. L'absence de mal au dos en 1996 était probablement une des conditions pour que l'exposition soit bien supportée. Je ferai l'hypothèse que la dégradation de la santé vertébrale entre 1996 et 2001 pourrait expliquer l'apparition du vécu de pénibilité. Dans ce cas, l'altération de la santé précéderait dans le temps l'apparition d'un vécu pénible et non l'inverse comme le sens commun pourrait nous l'indiquer.

On peut appliquer le même raisonnement pour l'activité sportive : pour pouvoir trouver l'exposition non pénible en 1996, il faut avoir le sentiment que son travail ne constitue pas une gêne dans ses activités de loisir. Une des conditions d'apparition d'un vécu de pénibilité pourrait être une modification dans la relation entre le salarié et son travail (apparition de douleurs physiques ou d'un état de fatigue, par exemple) qui impacte négativement les activités en dehors du travail. Bien entendu, il s'agit d'hypothèses pouvant faire l'objet de débats.

L'échelle NHP (Nottingham Health Profile) permet de mesurer la qualité de vie. Une perception dégradée de la qualité de vie en 1996 sur l'échelle « réactions émotionnelles » constitue un facteur prédictif de l'apparition de pénibilité. L'item « Quand je fais des projets, je suis presque certain de ne pas les mener à bien » constitue un autre facteur d'apparition de la pénibilité. Cela renvoie à la nécessité pour le salarié de développer des stratégies actives pour arriver à réguler une situation de travail vécue négativement. Les travaux de Robert Karasek montrent que le sentiment d'impuissance que traduit cet item peut être favorisé par une situation de tension au travail (forte demande psychologique et faible d'autonomie). Les salariés « tendus » ont tendance à développer des comportements passifs, y compris dans la gestion de leur santé. Le travail répétitif sous contrainte de temps pourrait donc à la fois favoriser le sentiment de pénibilité, comme nous l'avons vu dans cette analyse, mais aussi pousser le salarié à penser qu'il ne peut pas agir sur cette situation.

Poursuivons par les facteurs liés à la disparition du sentiment de pénibilité. Les postures pénibles ou fatigantes réduisent d'un facteur deux la probabilité de disparition de la pénibilité. On retrouve également l'item « Ne pas pouvoir choisir la façon de procéder ». L'item « Être souvent interrompu » favorise lui la disparition de la pénibilité. Cet item est caractéristique du statut cadre ou profession intermédiaire, et il pourrait être le marqueur d'une exposition objectivement moins intense.

L'item « Avoir des difficultés à obtenir de l'aide » est également lié à une moindre disparition de la pénibilité. L'entraide est souvent primordiale pour que les salariés vieillissants puissent effectuer les tâches les plus difficiles physiquement dans leur activité de travail. Lors des consultations, ils nous expliquent qu'ils ont du mal avec un nombre limité d'activités qui représentent peu de temps dans leur journée de travail. S'ils peuvent être aidés à ce moment-là, tout se passe bien pour eux.

D'autre part, avoir eu au moins un jour d'arrêt maladie en 1996 prédit une moindre disparition du sentiment de pénibilité. Autrement dit, une atteinte à la santé, même mineure, peut constituer un facteur d'entretien du sentiment de pénibilité.

L'item « Ne pas être en CDI en 2001 » présente un intervalle de confiance de l'*odd ratio* de 1,74 à 69,2 ; ce qui est considérable. Du point de vue statistique, ce résultat n'est pas fiable. En revanche, je présente ce résultat car il renvoie à un constat clinique que je fais souvent. Pour échapper à la pénibilité, les salariés doivent souvent changer d'entreprise. Or, 70 % des embauches s'effectuent en CDD et souvent après une période d'intérim, c'est-à-dire que pour échapper à la pénibilité, les salariés doivent accepter le risque d'un contrat précaire. Cela peut constituer un frein fort qui pousse à conserver un travail vécu comme pénible et usant. Si l'on excepte l'item précédent, « Avoir changé d'emploi entre 1996 et 2001 » est le principal facteur expliquant la disparition du sentiment de pénibilité. Cela confirme que la solution se trouve plus souvent dans un départ vers un nouvel emploi que dans un aménagement du poste occupé.

Poursuivons par les facteurs liés à l'arrêt de l'exposition aux contraintes physiques. On constate que le fait d'être une femme diminue la possibilité d'arrêt à cette exposition. Cela pourrait s'expliquer par le constat que la mobilité professionnelle est plus souvent horizontale chez les femmes et verticale chez les hommes. Par ailleurs, l'âge ne joue aucun rôle significatif : les contraintes exercent leur pression sur le salarié dès l'embauche. Le moment où le salarié « bascule » dépend de ses caractéristiques individuelles, de sa trajectoire de santé ou d'événements particuliers (accident du travail ou de la vie...). À mon sens, cela traduit que cette exposition peut être dangereuse même pour les plus jeunes plutôt que l'absence d'impact du vieillissement.

D'un autre côté, on observe que les populations les plus formées sortent plus aisément des situations d'exposition aux contraintes physiques. On retrouve le même résultat pour les personnes ayant commencé à travailler après 18 ans.

À présent, poursuivons par les personnes ayant changé de PCS (classification des professions établie par l'INSEE). Pour sortir des situations d'exposition aux contraintes et de pénibilité, il faut globalement changer d'emploi, voire de profession. De plus, « Penser ne plus pouvoir progresser dans sa carrière » constitue un facteur de moindre sortie de l'exposition.

À l'inverse, « Ne pas faire profiter de son expérience aux plus jeunes » est associé à une sortie d'exposition plus importante. Cela rejoint des travaux pilotés par le CREAPT dans des cuisines situées au Brésil. Dans cette thèse d'ergonomie, la doctorante a démontré que les jeunes salariés n'acceptent d'aider les plus vieux que si le savoir des plus anciens leur est utile.

Autre facteur : « Avoir travaillé au rendement dans sa carrière ». Une étude de Nicole Vézina sur les couturières au Québec a montré que le taux de handicap chute après cinquante ans chez ces salariées rémunérées à la pièce. Le travail au rendement est l'exemple typique des conditions de travail excluant sur l'âge. De nombreux salariés se retrouvent dans l'impossibilité de « tenir » dans la durée et doivent se réorienter à un certain moment de leur parcours.

On retrouve également les items « Avoir des postures pénibles ou fatigantes à la longue » et « Porter des charges lourdes ». Les résultats montrent que les personnes occupant les postes les plus contraignants ont le moins de chances de sortir de l'exposition aux contraintes.

L'item « Avoir eu au moins un jour un arrêt maladie en 1996 » constitue un facteur prédictif de moindre sortie. Les salariés usés essaient probablement davantage de tenir leur poste que de prendre le risque des contrats précaires, même lorsque leur santé se dégrade. En consultation, on constate que les travailleurs peu qualifiés et à travail physique souhaitent éviter le statut de restriction ou d'inaptitude. Ils préfèrent essayer de continuer à tenir leur poste car ils ne s'imaginent pas capables d'en trouver un autre moins pénible.

« Avoir un problème du membre inférieur » nous apporte un autre élément associé à de moindres sorties d'exposition et renforce le constat précédent. L'item « Être obèse », quant à lui, est associé à une plus grande sortie. Certains états physiologiques fragilisent l'organisme et pourraient limiter la possibilité de tenir le poste dans la durée. Autre hypothèse : l'obésité favorise des pathologies qui peuvent être acceptées en invalidité et cela pourrait faciliter l'accès à des mesures favorisant le reclassement.

Il me semble, suite à ces analyses, que le travail perçu comme pénible est celui qui ne permet pas au salarié de l'adapter à son état physiologique du moment ; y compris dans le cadre d'un état de fatigue passager. Cette impossibilité peut provenir de l'intensité des contraintes physiques ou temporelles, d'un manque de marges de manœuvre, d'entraide, de formations ou de valeur de l'expérience acquise.

Ces résultats montrent aussi l'importance du rôle du passé professionnel dans cette affaire et ils posent la question du sens des relations entre pénibilité perçue et santé. Il semble que, dans un certain nombre de cas au moins, l'atteinte à la santé précède le sentiment de pénibilité. On note par ailleurs le rôle joué par la peur de la précarité comme frein à la recherche d'un travail soutenable à long terme. Nous prenons en charge des populations de salariés qui s'usent et vivent le travail comme pénible, mais qui décident de rester dans cette situation pathogène car ils n'envisagent pas pouvoir trouver un emploi meilleur.

L'étude montre l'intérêt de ce type d'outils dans la production de connaissances par sa capacité à prendre en compte de multiples facteurs. Les modèles finaux présentés ici permettent d'émettre des hypothèses qui doivent ensuite être débattues et qui doivent être confrontées aux résultats d'études plus qualitatives pour être validées. Ils peuvent aussi confirmer des hypothèses issues de travaux qualitatifs portant sur un petit nombre de salariés.

Elles permettent aussi une approche diachronique qui est indispensable pour déterminer le sens des relations entre santé et pénibilité. L'altération de la santé peut être une condition de l'apparition de la pénibilité. Un travail pénible peut être source de la dégradation de la santé. Ce sont les enquêtes longitudinales qui permettent de déterminer quel élément précède l'autre.

Pour un médecin du travail sur le terrain, mettre en œuvre une enquête longitudinale représente une charge de travail considérable, qui reste cependant indispensable.

Intégrer des indicateurs collectifs à la pratique clinique pour l'action

Le projet EVREST, dont l'ANACT est partenaire, est un observatoire pluriannuel qui repose sur un court questionnaire dont l'objet est l'étude dynamique des différents aspects du travail et de la santé des salariés. Le constat qui a conduit des médecins du travail à créer EVREST est que leurs dossiers médicaux papier ou informatisés ne sont pas bien adaptés à la production de données collectives. EVREST permet d'obtenir un recueil systématisé d'un certain nombre d'informations recueillies de façon habituelle à l'occasion des visites médicales, de les restituer collectivement, et ainsi de les verser dans le débat social de l'entreprise.

De façon pratique, on demande aux médecins du travail d'interroger au moins un salarié sur 24 (les salariés nés en octobre des années paires). Ces salariés alimentent un échantillon régional, puis national de référence, permettant de produire des données annuelles. Au-delà de cet objectif d'intérêt général, le médecin a la possibilité d'interroger tout salarié qu'il lui semble pertinent. Il peut, par exemple, en fonction de ses objectifs propres, interroger tous les salariés d'une entreprise ou d'une branche professionnelle. Dans ce cas, « l'organisation » EVREST lui fournit un support pour recueillir et héberger ses données et aussi une assistance pour les traiter et les interpréter.

EVREST constitue un observatoire longitudinal. Toutefois, il ne s'agit pas d'une enquête prospective, car EVREST possède des sujets entrants ou sortants. On ne demande pas au médecin de suivre à tout prix les salariés déjà rencontrés. Cela présente l'avantage de ne pas surcharger les médecins, mais néanmoins cela peut être un handicap, si l'objectif est de suivre des salariés précaires.

EVREST n'est pas une enquête non plus, car il n'existe pas d'objectif « ciblé ». Les objectifs découlent des problématiques identifiées au préalable dans l'entreprise. Les médecins du travail peuvent ensuite interroger la base EVREST pour chercher à confirmer leurs premières impressions. Le système reste centré sur le vécu du travail et les « petits » indices précoces comme l'irritabilité et certaines douleurs. Il est donc davantage porté sur la prévention primaire ou secondaire précoce plutôt que sur l'identification de pathologies.

Du fait de sa brièveté, EVREST ne permet pas non plus une interrogation approfondie (le questionnaire tient sur une feuille au format A4). Ce choix délibéré a pour objectif de ne pas surcharger les médecins afin qu'ils intègrent EVREST à leur pratique systématique. Cette « légèreté » n'est pas un problème eu égard à la finalité de l'observatoire. En effet, il a davantage pour but d'*alerter* ou d'*interroger* les partenaires de l'entreprise plutôt que de *démontrer*. EVREST peut servir de point d'appui à des enquêtes spécifiques à élaborer en fonction de la problématique identifiée ou pour d'autres voies d'investigation cliniques ou qualitatives. Cet observatoire a pour finalité de s'intégrer aux autres pratiques habituelles des médecins et à s'articuler avec elles et non pas de s'y substituer.

De plus, EVREST repose sur des boucles de temps relativement courtes pour permettre une réappropriation rapide des résultats par les praticiens et leurs interlocuteurs. Par exemple, dans le cadre de mon travail pour EADS, je reçois les données à la fin du mois de janvier et dois avoir restitué les résultats avant le mois d'avril afin que les médecins les intègrent dans leur rapport annuel.

Selon moi, l'intérêt du dispositif EVREST est de permettre un passage du niveau individuel au niveau collectif des données recueillies, en sachant que ce passage implique de la perte d'information. Le système permet ainsi de mesurer la fréquence des problèmes, d'identifier des groupes à risque dans une structure, de comparer des collectifs de travail à d'autres et de dégager une vision dynamique des relations entre santé et travail.

Par contre, EVREST ne permet pas une analyse fine des déterminants de la relation entre santé et travail, ni l'élaboration d'un plan de prévention à partir des seules données qu'il est capable de produire. Les questionnaires ne prennent de sens qu'à partir des données qualitatives et particulièrement l'éclairage clinique fourni par le médecin. Cela correspond à l'approche défendue fermement par l'équipe EVREST.

Pour illustrer mes propos, poursuivons par une présentation du travail mené en collaboration avec le CREAPT et les médecins d'EADS. La question posée était la suivante : quels sont les causes et les effets de l'intensification du travail ? Les données bibliographiques montrent que l'intensification s'accompagne en général, mais pas systématiquement, d'une dégradation de la santé. Comment prendre en charge ce problème de façon collective et comment en atténuer les effets sur la santé ? La réponse suppose de pouvoir suivre simultanément des indicateurs de pression et de santé.

L'observatoire EVREST est né au sein du groupe EADS et, dans ce groupe, il permet de disposer de données depuis 2002. Les résultats quantitatifs que je vais vous présenter reposent d'abord sur une échelle visuelle analogique qui permet de coter les difficultés en lien avec le rythme de travail (cadences, délais). Les salariés évaluent cette difficulté de zéro et dix. Les réponses à l'item : « Devez-vous traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins ? » ont également été prises en compte. L'exploitation concerne 1 450 salariés interrogés en 2002 et revus en 2006.

Les indicateurs montrent que le travail s'est intensifié et, parallèlement, que la santé s'est dégradée. L'analyse distingue les salariés opérateurs (ateliers) des non-opérateurs (bureaux), ainsi que les personnes de plus ou moins 45 ans. L'intensification a essentiellement impacté les plus jeunes. Chez les opérateurs les plus jeunes, on constate un passage de 40 % à plus de 50 % des scores supérieurs à 5 sur l'échelle visuelle analogique. On observe par ailleurs que les opérateurs les plus âgés ont été relativement à l'abri de l'intensification.

Sur le plan de la santé, on constate une augmentation des plaintes de fatigue et des douleurs des membres supérieurs chez les salariés les plus âgés, et notamment chez les opérateurs.

Pour essayer de comprendre ces évolutions, nous avons mené une investigation clinique cadrée par une grille d'entretien à questions ouvertes. En pratique, elles étaient proches de celles utilisées par les médecins lors des visites médicales habituelles. Notre base de données ayant permis d'identifier les salariés ayant subi une forte intensification du travail, les médecins les ont invités à des entretiens spécifiques.

Au total, 24 entretiens ont été menés, essentiellement avec des hommes travaillant à la production. Les verbatim récoltés montrent les différentes modalités de l'intensification et la diversité des causes de cette intensification. Par exemple, au sujet de la complexification du travail : « Au travail habituel s'ajoutent des enquêtes, des tâches annexes », « Progressivement une accumulation de procédures... il faut faire vite et bien... un boulot que j'ai choisi, que j'aime... c'est devenu impossible ». Sur la question de la perte de compétences : « Je suis un vieux nouveau » ou encore « Mon savoir accumulé ne me sert plus à rien ». On retrouve également la question du manque de formation : « Sur SAP, je ne comprends pas certaines choses », mais aussi la pression accrue du client « Les clients sont de plus en plus exigeants et pressés, il faut les satisfaire » et encore, la question de l'entraide : « Mon secteur a beaucoup embauché ces derniers temps, mais les nouveaux ne nous aident pas vraiment ». L'investigation clinique permet ainsi de mettre en évidence les voies multiples par lesquelles le travail s'intensifie, condition indispensable à l'élaboration d'un plan de prévention.

Une fois mises en évidence les voies de l'intensification, nous nous sommes posé la question des effets dans le temps de cette pression accrue et particulièrement quand les salariés cumulent cette pression avec un manque de marges de manœuvre. Pour cela, nous sommes retournés vers le quantitatif. En plus de l'échelle de pression, nous avons utilisé l'item « Pouvez-vous choisir la façon de procéder pour faire votre travail ? ». Le cumul d'une forte pression et d'une impossibilité de choisir a été recherché en 2002 et en 2006. Nous avons exploré, dans nos analyses, les relations entre la persistance du cumul de ces deux expositions dans le temps et l'apparition dans la même période de troubles de la santé. Nos résultats montrent en particulier que les salariés cumulant les deux expositions dans la durée ont vu apparaître 3,5 fois plus souvent une douleur au niveau des membres supérieurs que ceux ne les cumulant ni en 2002, ni en 2006.

En conclusion, nos résultats confirment l'augmentation de la fréquence du sentiment d'être pressé au travail entre 2002 et 2006. En objectivant cette évolution négative et son lien avec certains aspects de la santé, l'observatoire EVREST a permis aux médecins d'alerter l'entreprise. Grâce aux entretiens cliniques, les médecins ont pu donner du sens à ces chiffres et révéler la complexité et la diversité des situations qu'ils sous-tendent. Cette expérience innovante combinant les approches quantitative et qualitative semble intéressante pour répondre aux besoins d'une meilleure maîtrise collective de la pression temporelle au travail, afin d'atténuer ses effets néfastes et de construire de véritables politiques de prévention primaire.

Débat

Jack Bernon (ANACT)

EVREST est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt scientifique (GIS) de même nature que le CREAPT. L'ANACT, en tant que membre de ce GIS, siège au comité de direction et apporte une contribution financière. Initialement, EVREST a été porté au sein d'EADS. Le GIS n'a été véritablement constitué qu'au 1^{er} janvier 2009. Comment choisissez-vous les analyses collectives en service interentreprises ? Votre choix porte-t-il sur de petites entreprises artisanales ou du commerce ? Si oui, auprès de qui délivrez-vous vos analyses ?

Dr Michel Niezborala

Ce n'est pas l'équipe-projet nationale qui prend des initiatives dans ce contexte. Il s'agit davantage de fournir un support aux initiatives locales des médecins du travail. Dans le Nord – Pas-de-Calais, une étude est menée sur l'hôtellerie. EVREST constitue davantage un support méthodologique et une aide mise à la disposition du médecin de travail de terrain.

Jack Bernon

Dans votre cas, avez-vous choisi un secteur particulier hormis EADS ?

Dr Michel Niezborala

Hélas, en Midi-Pyrénées, il existe quelques réticences à l'encontre d'EVREST. C'est la raison pour laquelle j'ai présenté les résultats d'expériences d'autres régions.

Pierre Falzon

Je souhaite revenir à la question de la résistance au changement chez les travailleurs âgés. Une étude en la matière a posé les questions suivantes : combien de temps êtes-vous resté à votre poste actuel et quel est votre degré d'autonomie ? On constate que plus les personnes sont restées longtemps au même poste et moins elles possèdent d'autonomie, moins elles possèdent l'influx nécessaire pour en changer. La résistance n'est donc pas acquise selon l'âge, mais selon la construction du parcours professionnel.

Par ailleurs, l'enquête sur l'accident du Mont Sainte-Odile a montré que le commandant de bord avait consacré une grande partie de sa carrière à l'avion Caravelle, c'est-à-dire une technologie relativement ancienne, d'où une certaine réticence à passer au pilotage des Airbus A320. Cela a contribué à son sentiment de non-maîtrise qu'il a déclaré le jour même du crash, en interaction avec son copilote.

De la salle

Dans le dernier paragraphe, on observe qu'il est intéressant de disposer d'outils pour présenter des données compilées. Quel effet cette présentation a-t-elle dans les entreprises ? Le médecin du travail peut apporter une vision des tendances en matière de santé au travail dans l'entreprise. Quels interlocuteurs tiennent compte de cette vision et contribuent ainsi à une meilleure maîtrise collective de la pression ?

Dr Michel Niezborala

Dans le cadre d'EADS, l'apport indiscutable du dispositif EVREST a été d'augmenter la crédibilité des médecins du travail vis-à-vis des décideurs. Les DRH se sont emparés des résultats plus rapidement que les représentants du personnel. Mais aujourd'hui certaines revendications des élus s'appuient sur des données EVREST.

Ce gain de crédibilité a permis aux médecins du travail d'être consultés lors des négociations sur les accords seniors et risques psychosociaux, et certains indicateurs issus d'EVREST ont été inclus, par les partenaires sociaux, dans les indicateurs qui permettront de suivre ces accords. Par ailleurs, dans le traitement des questions comme le risque psychosocial, des ergonomes et des psychologues interviennent en articulant les aspects quantitatifs et qualitatifs. Par exemple, un établissement a

embauché un ergonome suite au constat fait par EVREST que les douleurs du membre supérieur y étaient plus fréquentes que dans d'autres sites du groupe. Dans son intervention, l'ergonome effectue l'analyse de l'activité et s'interroge sur le nombre d'apparitions des TMS dans l'entreprise. De fait, EVREST lui apporte une aide, y compris au niveau micro.

Dans un autre établissement, on retrouve des actions sectorielles sur le risque psychosocial. Les médecins pilotent les interventions avec l'aide de psychologues et s'appuient sur les résultats d'EVREST, en particulier pour en débattre lors d'entretiens collectifs avec les salariés. Un travail de fond considérable a ainsi été effectué au cours des dix dernières années en veillant à ne pas occulter les aspects qualitatifs. On peut dire que les résultats d'EVREST n'ont pas abouti directement à des plans d'actions mais qu'EVREST est devenu un outil utilisé régulièrement par la plupart des acteurs de la prévention.

De la salle

Ma question porte sur la pression temporelle croisée avec l'indicateur de santé. Pourquoi tenir compte de la pression temporelle ? On pourrait parfaitement croiser l'indicateur de santé avec d'autres éléments, comme la polyvalence ou le fait de manquer d'initiative. Dès lors, quel a été le point de départ de cet outil et de l'ensemble de la recherche que vous avez présentée ?

Dr Michel Niezborala

Les médecins observaient un nombre croissant de plaintes relatives au rythme de travail et aux contraintes temporelles. De plus, EVREST confirmait ce constat. Enfin, la littérature montre que le travail s'intensifie. L'indice combiné que vous citez correspond quelque peu à une vision « Karasequienne » de la question. La littérature basée sur ce modèle montre que les effets sur la santé de la demande psychologique sont encore plus importants si les salariés manquent de latitude décisionnelle.

Hélène Cadeac-Birman (DRTEFP Midi-Pyrénées)

Il existe d'autres types d'enquêtes, comme l'enquête SUMER nationale, par exemple. Elles nous permettent d'alimenter le diagnostic local pour élaborer le plan régional Santé Travail et ses actions. À Toulouse, nous avons croisé les résultats sur les maladies à caractère professionnel avec ceux relatifs aux maladies professionnelles pour obtenir une meilleure vision de l'impact du travail sur la santé. En résumé, ces enquêtes doivent rester utiles dans la pratique.

À propos des environnements capacitants : pour une ergonomie constructive

Pierre Falzon

(Professeur en ergonomie et neurosciences du travail, CNAM)

J'ai exercé de 2003 à 2006 la fonction de président de l'association internationale d'ergonomie, organisme qui fédère les sociétés d'ergonomie nationales. À la fin de mon mandat, au congrès, j'ai pu présenter ma vision de la discipline sous l'intitulé suivant : « Pour une ergonomie constructive ». Je reprendrai largement ce propos aujourd'hui. Ce discours a été prononcé en 2006 lors des cinquante ans de l'IEA (International Ergonomics Association). Ce fut l'occasion de faire le point sur les évolutions de la discipline et les textes fondamentaux de l'association.

L'IEA est née en 1957 à la suite du séminaire intitulé « Fitting the job to the worker ». Un texte a alors été produit. Je citerai le dernier paragraphe : « Les demandes changeantes de l'industrie moderne, l'application croissante de la mécanisation et de l'automatisation, et le concept de médecine constructive, visant non seulement à la prévention des maladies et des accidents, mais aussi à la réalisation de la santé, tout ceci focalise l'attention sur l'homme comme objet central d'intérêt dans l'étude de la performance industrielle ».

En 1957, on évoque déjà l'idée de médecine constructive. Deuxièmement, on se focalise sur l'étude de la performance industrielle. Depuis le début de ce séminaire, il est dit que nous défendons une vision de la santé comme processus de construction, processus sensible aux conditions de travail, et conduisant à des stratégies de compensation et d'adaptation. L'ergonomie constructive renvoie au fait que les personnes ne sont pas seulement objets de l'action de travail, mais en sont également acteurs.

Ma vision de la santé n'est pas seulement axée sur la santé physique. Elle inclut également la santé cognitive. En 1993, Maurice de Montmollin indique que la santé cognitive, c'est « disposer de compétences qui permettent de progresser, de réussir, d'être embauché. L'ignorance, les connaissances rapprochées ou en mosaïque peuvent conduire à une misère cognitive, source éventuellement de misère sociale ».

Pour rappel, en ergonomie, il faut toujours se méfier du modèle implicite du hamac, souvent relayé par les médias, selon lequel toute source de travail est plus ou moins nocive, l'objectif étant alors de limiter la charge physique et mentale et d'éliminer les sources de difficultés. Ce modèle conduit à considérer l'opérateur idéal comme un opérateur au repos. Cette vision ne convient bien sûr pas. La charge n'équivaut pas à la surcharge. Il n'existe pas d'activité sans charge, hormis le sommeil peut-être. D'autre part, une tâche sans enjeu ne présente aucun intérêt. Enfin, le travail peut être source de plaisir et de développement.

En conséquence, Maurice de Montmollin pose l'objectif de l'ergonomie comme visant à mettre en place « une organisation du travail qui permet aux opérateurs le maximum d'efficacité, c'est-à-dire la pleine mise en œuvre de leurs compétences ». Par conséquent, l'objectif n'est pas de supprimer toutes les difficultés, mais de proposer des difficultés *traitables et intéressantes*. Une difficulté traitable implique que l'on dispose de ressources en soi, par le collectif ou par des aides comme la documentation. Les tâches doivent donc présenter un niveau d'exigence acceptable. Par ailleurs, les difficultés doivent être intéressantes (et toutes les difficultés ne le sont pas). Une difficulté intéressante est celle qui permet un apprentissage.

Cela nous conduit à une vision développementale de la santé cognitive. Comment concevoir un système de travail permettant un exercice fructueux de la pensée et favorisant le développement des compétences ?

Un mot sur la notion de « travail bien fait ». En règle générale, on entend par là un critère de qualité pour la personne effectuant le travail. Ce critère ne correspond pas nécessairement à ceux de l'entreprise. Il existe cependant une autre acception : le travail bien fait *du point de vue du concepteur du travail*, c'est-à-dire un travail bien conçu. Qu'est-ce qu'un travail bien conçu ? Comment concevoir un travail favorisant le développement des compétences ?

Deux modèles peuvent être utiles à notre raisonnement : celui du *capital humain* et celui de la *capabilité* et du *développement humain*.

Le modèle du capital humain et de l'organisation apprenante a été introduit en 1964 par Gary Becker, Prix Nobel d'économie en 1992. Selon ce modèle, chaque individu dispose d'un stock de connaissances, d'expériences et de savoir-faire qui constituent un capital personnel qu'il peut développer ou non. Ce type de capital peut être plus ou moins remplacé via le recrutement, mais non directement transféré (à la différence d'un capital physique).

Autre caractéristique : le capital humain est extensible et autogénéré au cours de l'usage. L'expérience permet à chacun d'accroître son capital humain. On passe donc d'une économie de la rareté à une économie autogénérée. Par ailleurs, le capital humain est nomade et partageable, dans la mesure où il est enseignable sans perte pour soi.

La notion de capital humain a ensuite été reprise dans les modèles des organisations apprenantes (Chris Argyris et Donald Schon, 1978). L'organisation apprenante est une organisation qui vise à développer constamment son capital humain en tirant parti de ses expériences et en partageant les connaissances en son sein et avec d'autres organisations. De nombreux travaux dont des travaux français traitent de cette question.

Poursuivons par le modèle des capacités, proposé par Amartya SEN, Prix Nobel d'économie en 1998. Il s'agit d'une théorie du choix social et d'une certaine idée de la liberté. Certains considèrent qu'Amartya Sen constitue aujourd'hui la conscience des économistes. Les capacités correspondent à l'ensemble des fonctionnements réellement possibles pour un individu, qu'il en fasse usage ou non. Il s'agit d'une possibilité véritablement réelle et non fantasmagique. Ainsi, être libre revient à disposer d'un maximum d'options réelles.

Un exemple fréquemment utilisé est celui du droit de vote. Selon Amartya Sen, le droit de vote n'a pas de sens en soi. Ce qui a du sens, c'est la capacité de voter, qui présuppose l'accès à l'éducation, l'existence de partis politiques, la liberté de parole et de presse, une organisation efficace (transports) et équitable des élections. En un mot, la capacité est un ensemble de faits dans l'environnement amenant à une option réelle.

Ce modèle n'est pas réservé uniquement aux pays en voie de développement. Il s'agit bien d'un modèle général. Il permet de comprendre les compromis effectués par un individu. Les arbitrages d'un individu s'effectuent selon des choix, aux critères multiples. Par exemple, nous avons évoqué les notions de mobilité horizontale ou verticale. Comment la pondération entre vie personnelle et vie professionnelle s'établit-elle selon les hommes et les femmes ? Un métier permettant d'être certain de quitter le travail à heure fixe est plus confortable lorsque l'on a des enfants. Toutefois, cela peut nuire au développement de la carrière. Le compromis dépend également de l'organisation sociale. Puis-je trouver une crèche dans mon environnement ? Il dépend enfin des choix possibles dans la cellule familiale.

Salais et Villeneuve, économistes français, ont édité un livre en 2005 sur l'application du modèle de Sen à l'économie européenne. Dans l'introduction, on peut lire le propos suivant : « Les principes politiques fondés sur les capacités sont bien adaptés à la transformation du travail qui accompagnent l'émergence d'une économie européenne fondée sur la connaissance. Pour être compétitifs et innovants, les standards d'emploi demandent la responsabilité, l'initiative, l'autonomie et les capacités relationnelles. Le développement de ces qualités demande que les travailleurs disposent d'initiative et de liberté réflexive d'action qui n'a pas de substitut technologique ». Le modèle de Sen est donc applicable à une économie développée et pose le lien entre capacité et autonomie.

Introduisons maintenant quelques distinctions et comparaisons avec des concepts parents : capacité et pouvoir d'agir.

La capacité correspond au fait de savoir faire quelque chose. La capabilité, quant à elle, est le fait d'être réellement en mesure de faire quelque chose. Autrement dit, la capabilité suppose la capacité et une possibilité réelle. L'activité empêchée équivaut donc à une capacité sans capabilité.

Le pouvoir d'agir équivaut à la possibilité effective de mettre en œuvre une capacité donnée. Il lie le sujet à son environnement. Il y a donc une forte parenté entre pouvoir d'agir et capabilité.

À présent, comparons les notions de capital humain et de capabilité. En 1997, Amartya Sen indique que « le capital humain renvoie à la capacité d'individus, à travers leurs compétences, leurs connaissances et leurs efforts, d'augmenter les possibilités de production ». En revanche, la capabilité se définit comme « la capacité d'individus à mener la vie qu'ils ont des raisons de valoriser ». Le modèle de Becker porte davantage sur les organisations et leur performance que sur la réussite des individus.

Jane Bryson et Kiri Merritt ont également écrit sur la question. Pourquoi les deux modèles nous intéressent-ils dans le domaine de l'ergonomie ? Becker indique que le capital humain est souvent perçu en termes de contributions à la productivité de l'organisation, tandis que la capabilité est considérée comme une contribution plus large permettant aux individus d'améliorer leur vie de manière générale.

En matière d'ergonomie, on constate que l'activité de travail est génératrice de compétences et de savoirs. D'autre part, les potentialités individuelles supposent un environnement favorable pour s'exercer.

Quelles conséquences découlent de ces modèles ? On peut décrire toute organisation comme offrant un potentiel capacitant plus ou moins important. Les entreprises ne considèrent pas nécessairement la problématique de cette façon. On observe de nombreuses situations dans lesquelles on entrave ces possibilités. Les procédures en sont parfois l'illustration. Par ailleurs, il advient que des actions soient développées clandestinement au sein de l'organisation et combattues à tort par celle-ci. Ainsi, le premier objectif consiste à développer le potentiel capacitant des organisations de façon à améliorer le bien-être et les compétences des salariés, ainsi que la performance.

Précisons la notion d'environnement capacitant. Mahhub Ul Haq, économiste et banquier pakistanais, adepte du modèle de Sen, évoque la notion d'environnement capacitant au niveau sociétal et non au niveau de l'organisation. Essayons de transférer cette notion au niveau de l'organisation.

Dans ce cadre, on peut dégager trois points de vue : l'environnement capacitant préventif, universel et développemental.

L'environnement capacitant préventif est non agressif et préserve les capacités futures d'action. Il s'agit donc de l'action classique de l'ergonome : détecter et prévenir les risques de sécurité, etc.

L'environnement capacitant universel vise à proposer un environnement de travail aussi accueillant que possible. Il promeut la tolérance envers les différences individuelles, compense les déficiences liées à l'âge, aux maladies, aux incapacités et prévient les exclusions et la perte d'emploi.

Enfin, l'environnement capacitant développemental permet d'être efficace, de réussir et d'élargir ses capacités d'action, son degré d'autonomie, tout en développant de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences.

Pour conclure, reprenons l'intitulé du séminaire. Nous n'opposons pas la prévention à la construction. Ne faudrait-il pas davantage penser la construction du travail ? Raisonons sous forme d'axiomes basiques. Le premier axiome indique que le travail change l'homme avec des effets positifs et négatifs. Toutefois, l'homme change aussi le travail. Aujourd'hui, le débat en termes d'usage professionnelle se focalise davantage sur le fait que le travail change l'homme, notamment d'un point de vue négatif, en négligeant le second aspect.

En 1948, Bernard Weiner affirme : « C'est dégrader un être humain que de l'enchaîner à un aviron et l'employer comme source d'énergie ». Mais c'est une déchéance presque égale que de lui assigner des tâches purement répétitives qui exigent moins d'un millionième de son intelligence. Toutefois, organiser une usine ou un bureau qui utilisent des êtres humains comme une fraction insignifiante de leur valeur est plus simple que de fournir un monde dans lequel ils peuvent grandir jusqu'à leur pleine stature. »

Revenons à l'idée de performance et de réussite. Selon moi, il faut développer une vision individuelle de la performance, alors que celle-ci reste trop souvent proposée comme un objectif de la seule organisation. Or, personne ne souhaite être mauvais. Chacun aspire à effectuer un travail de la meilleure qualité possible. Pour preuve, l'empêchement de produire un travail de qualité conduit à l'insatisfaction, est une source de pénibilité.

L'un des arguments de l'ergonomie réside dans le fait que l'amélioration du bien-être des salariés les rend meilleurs. Cependant, l'inverse existe également : on se sent mieux lorsque l'on est

meilleur. Il faut donc réintégrer la question de la réussite comme une articulation entre la performance, l'organisation et la santé.

Dès lors, on peut avancer que la santé est une condition à la réussite et la réussite une condition de la santé.

Jan Dul est un ergonomiste ayant effectué une première partie de carrière dans l'ergonomie classique, puis qui est devenu professeur en école de management. Il a été conduit à argumenter sa posture d'ergonomiste dans ce contexte. Il a dégagé les recommandations suivantes : « Il faut traduire les buts et les stratégies de l'organisation en termes ergonomiques et, réciproquement, traduire les buts de l'ergonomie en stratégies de l'organisation ». De ce point de vue, l'aspiration à la réussite confère un levier à l'organisation. L'ergonomie doit être perçue comme un besoin et non comme une obligation. La législation en matière de sécurité au travail reste certes bénéfique, mais l'ergonomiste ne peut pas se cantonner à un rôle d'inspecteur.

En résumé, la question est la suivante : faut-il chercher à préserver les ressources ou à assurer leur développement constant ? Comment penser l'environnement de travail comme espace de développement continu ? C'est le propos de l'ergonomie constructive.

Débat

Rita Di Giovanni (MIDACT)

Vous indiquez que la réussite est une condition de la santé et réciproquement. Cela me conduit à rappeler que le groupe France Télécom ne présente actuellement aucun problème économique. Je ne connais pas précisément les résultats des plateformes téléphoniques et des centres d'appel, mais je crois savoir que leur santé économique est relativement satisfaisante. Votre formule semble séduisante. Pour autant, elle ne me paraît pas réelle.

Pierre Falzon

C'est la raison pour laquelle j'ai évoqué le terme de réussite et non de performance. Je partage votre point de vue. La performance d'une entreprise ne signifie pas nécessairement que de bonnes conditions de travail sont mises en place. J'ai évoqué la notion de performance uniquement au niveau individuel.

De la salle

Votre exposé montre que le potentiel capacitant reste peu connu, reconnu et exploité. Parfois, il est même entravé. Dans son dernier ouvrage, Norbert Alter démontre que certaines actions des personnes permettent le fonctionnement de l'organisation sans pour autant respecter des logiques économiques. Il existe véritablement un problème de non visibilité sur ce point. De plus, les nouvelles règles organisationnelles entravent cet aspect. Tout se passe comme si le management stratégique se déployait dans un univers où il ne perçoit que certaines dimensions.

Pierre Falzon

J'apporte un élément de réponse. Selon moi, la mise en visibilité de ce qui est construit dans le travail constitue un outil puissant pour l'ergonomiste. Cependant, cela ne conduit pas nécessairement l'entreprise à y adhérer. Nous avons travaillé avec une grande entreprise fabricante d'avions à Toulouse en menant une étude sur les techniciens de piste. Ces derniers sont conduits à vérifier certains équipements selon des contraintes de temps. Il s'agit de techniciens hautement qualifiés.

La chercheuse qui menait cette étude a constaté que tous les techniciens utilisent un carnet de notes. Elle propose alors à l'entreprise d'étudier précisément cet outil. Elle observe ensuite que les notes portent sur les opérations à effectuer et des données techniques. Lorsque le carnet est plein, un nouveau carnet est utilisé où l'on recopie les données qui restent encore valables. Les techniciens créent ainsi un archivage important dans le cadre d'une activité experte. Celle-ci reste très utile au quotidien.

Or, il s'agit d'une activité interdite. L'entreprise indique qu'il s'agit d'une documentation non maîtrisée, donc dangereuse (risque d'erreur ou d'obsolescence). Pour autant, il n'existe pas d'interdiction formelle. Le carnet est toléré, car il est perçu comme un facteur d'efficacité. La mise en évidence de cette contradiction ne doit pas nécessairement être suivie d'une proposition. Les arbitrages doivent être effectués consciemment par le management et être suivis d'explications.

Françoise Verdier

Pierre Falzon indique dans son exposé qu'il a le sentiment d'enfoncer des portes ouvertes. Une fois de plus, nous revenons aux fondamentaux de notre discipline sur les liens entre les différentes caractéristiques pour que les arbitrages s'effectuent de façon pleinement consciente.

Nous avons également mené une étude chez un constructeur aéronautique sur le métier de maintenance. On y trouve de nombreuses procédures. Nous sommes intervenus sur la question des TMS. Les salariés interrogés indiquent globalement qu'ils évoluent dans un environnement extrêmement procédurier. Pour autant, 86 % d'entre eux affirment qu'ils ont le sentiment de pouvoir apprendre et de posséder de grandes marges de manœuvre. 82 % des salariés indiquent ne pas comprendre les procédures. Je ne sais pas comment traiter ce problème. Peut-être est-ce lié au fait que ces procédures sont rédigées en anglais et que 82 % des salariés ne comprennent pas cette langue. Pour mener à bien cette étude, nous serons obligés de recourir à nos outils habituels. En résumé, revenir aux fondamentaux ne revient pas à « enfoncer des portes ouvertes ».

Pierre Falzon

Prenons un exemple de procédures sur une usine d'assemblage de missiles. Les missiles étant très coûteux, ils doivent fonctionner au premier coup. Pour cela, le travail reste très encadré par des procédures. L'assemblage s'effectue à 3. Un salarié se charge de l'assemblage, un autre édicte la procédure à suivre et un troisième vérifie que le premier exécute la procédure lue par le second. Or, dans la pratique, l'opérateur travaille plus rapidement que le lecteur de procédures !

D'autre part, nous travaillons depuis plusieurs années sur la question de la sécurité médicale, notamment en cancérologie du sein dans différents hôpitaux. Nous nous sommes intéressés aux réunions de décision thérapeutique où sont présentés les cas dépassant les référentiels qui encadrent les cas habituels. Nous constatons que ces réunions possèdent deux fonctions : outre leur rôle de proposition de solutions, ces réunions ont pour fonction dissimulée de construire un consensus sur ce qui peut ou ne peut pas être effectué.

Cela s'apparente à une délimitation des pratiques admissibles par le collectif de travail. Cela dit, cet usage n'est jamais exprimé comme tel. À la suite d'un changement des règles provenant du ministère de la Santé, tous les cas doivent passer devant le comité de concertation pour garantir un traitement équitable. Dans ce cas précis, la « procéduralisation » va à l'encontre de la construction de règles collectives de sécurité. Le travail peut être conçu dans l'usage. Il faut permettre une certaine malléabilité au travail pour que les collectifs puissent véritablement construire le travail.

De la salle

Quelles sont les marges de liberté dans la construction des environnements capacitants pour favoriser l'exercice libre de procédés ? Notre risque est de rester bloqués dans des logiques adaptatives. Si nous passons d'une logique adaptative à une logique développementale, nous dépassons les besoins immédiats des entreprises, des managers et des opérateurs.

Dès lors, comment intégrer ce double modèle dans une intervention limitée dans le temps ? Comment convaincre une direction d'entreprise qu'il est utile de dépasser les évolutions simplement nécessaires pour atteindre ses propres objectifs ? L'ergonome peut apporter une certaine aide dans le cadre de cette réflexion pour dépasser la simple logique adaptative de l'ergonomie.

Pierre Falzon

En réalité, certains arbitrages doivent également être effectués par l'ergonome. Celui-ci doit tenir compte des situations de négociations de l'entreprise. Reprenons l'exemple des comités de concertation thérapeutique. L'interlocuteur principal est le ministère, et non l'hôpital. Nous avons également observé que les comités de concertation ne prévoyaient pas suffisamment de temps, d'où parfois certains problèmes dans l'ordonnancement des cas à traiter.

Le directeur de l'hôpital répond que le problème de la médecine réside dans le fait que l'activité intellectuelle n'y est pas rémunérée. Autrement dit, le fait de réfléchir à ce que l'on réalise n'équivaut pas à un acte médical. Selon moi, les réponses à ce problème sont multiples. Ce sont les marges apportées par les situations ou les personnes qui déterminent cet espace de réflexion.

Synthèse et débat

Valérie Pueyo-Venezia

(Chercheuse au CREAPT,
Maître de conférences en ergonomie à l'IETL LYON 2)

J'ai tenté une nouvelle fois de regrouper les différents thèmes des interventions de ce matin et de dégager les points communs ou divergents. Je m'appesantirai davantage sur l'intervention de Pierre Falzon qui répond à des interrogations en termes de marges de manœuvre et sur notre positionnement en matière de conception du travail.

Points communs

Le premier point commun réside dans la question de la temporalité. Pour appréhender un environnement capacitant, il faut recueillir des données sur les processus d'élaboration des compétences et de la santé. Il faut également porter son regard non pas sur des états, mais sur des processus dynamiques.

Cela nécessite de mettre en place des outils dans les entreprises et de pouvoir y accéder. Or, nous accédons parfois difficilement aux données de l'entreprise. De plus, en tant qu'ergonomes, nous ne possédons pas nécessairement tous les outils conceptuels et méthodologiques qui reposent sur des pratiques professionnelles spécifiques.

L'exposé sur le dispositif EVREST montre la nécessité de se focaliser sur les aspects dynamiques pour démontrer des évolutions et questionner les entreprises, bien que cela induise de posséder des hypothèses préalables à ces évolutions. D'autre part, l'intervention présuppose une installation dans le temps, ce qui nous pose problème. Que mettons-nous en place pour installer et pérenniser notre réflexion, au-delà de la simple intervention ?

Par ailleurs, sommes-nous contraints de choisir entre l'appréhension de l'altération et celle de la construction ? Les deux intervenants de la matinée nous répondent que les deux formes d'appréhension peuvent être conduites simultanément. Selon moi, la construction et l'altération restent continuellement combinées.

Dans le cadre des enquêtes comme EVREST, on constate qu'une partie des salariés sont soumis à des efforts physiques intenses et à des situations présentant peu de marge de manœuvre. Cela nous permet de poser conjointement les questions de l'altération et de la construction.

Pierre Falzon nous a indiqué trois types d'environnements capacitants (préventif, universel et développemental) qui ne sont pas incompatibles les uns par rapport aux autres. Cela rejoint l'enquête de Michel Gollac sur le bonheur au travail. Celle-ci montre comment l'on peut basculer rapidement d'une situation de bonheur au travail à une situation de malheur au travail.

Le troisième point transversal des deux interventions réside dans la nécessité d'articuler les différents points de focalisation : les points relatifs aux individus (clinique de l'activité) et les points relatifs aux collectifs, qui permettent de ne pas dédouaner les entreprises de leur responsabilité en matière de construction du travail. Ces deux réflexions ou propositions nous conduisent à considérer qu'il faut multiplier les focales de pensée et d'investigation en allant du niveau individuel au niveau collectif. À cet égard, certaines questions ont porté sur le niveau territorial.

D'autre part, pour un ergonome, la question-clé reste la suivante : en quoi ces outils ou approches posent-ils la question des marges de manœuvre du point de vue de l'individu comme de celui de l'organisation ? Un outil comme le dispositif EVREST permet d'apporter des connaissances, de

comprendre et de mettre en évidence les effets délétères du manque de marge de manœuvre chez les salariés. Il permet également d'observer l'évolution de la relation entre la marge de manœuvre (autonomie et espace de créativité) et la santé dans les entreprises. Cette évolution peut être mise en lien avec l'évolution des projets d'entreprise.

EVREST pose également la question suivante : quelles sont les marges de manœuvre « organisationnelles » ? Olivier Gonon a apporté un exemple de régulation des phénomènes de vieillissement par la recomposition d'équipes dans un hôpital.

L'enquête SVP 50, quant à elle, pose une question supplémentaire : de quelles marges de manœuvre en termes d'organisation du travail l'entreprise se dote-t-elle pour tenter de permettre de réaffecter des salariés à d'autres postes et de proposer des parcours professionnels lorsque les salariés se retrouvent en difficulté ?

De plus, SVP 50 effectue le distinguo entre « trouble » et « gêne ». Un trouble de santé ne se solde pas nécessairement par une gêne dans la réalisation du travail. Il ne faut donc pas basculer vers une approche mécanique consistant à rechercher des indices et symptômes, pour ensuite compter le nombre d'occurrences des troubles et en conclure que les salariés ne peuvent pas tenir leurs postes.

Environnements capacitants

Les environnements capacitants, notion encore nouvelle à ce jour, peuvent nous apporter une aide précieuse. La santé comme processus présente plusieurs dimensions : biologique, physique, psychique et cognitive. Nous devons pouvoir établir le lien entre la santé et les compétences. Lorsque les entreprises nous demandent comment relier des enjeux de santé, de production et de parcours professionnel, nous devons faire état du caractère multidimensionnel de la santé, sans quoi nous rencontrerons certaines difficultés pour mener à bien certains projets de conception ou de réflexion.

Quelques questions ont porté sur le thème de la performance. La notion d'environnement capacitant pose davantage la question de l'efficacité. Comment garantir collectivement une efficacité de production et le coût que représente l'atteinte d'un certain niveau de performance. Quelles réflexions cela induit-il de notre part sur les outils et le pilotage du système de production pour mesurer non plus la performance mais l'efficacité ?

Nous avons également évoqué l'intérêt des environnements capacitants selon le concept de capacité. Cet aspect permet de revenir à des problématiques de santé : la santé d'un individu équivaut à sa possibilité de conformer le milieu, d'y affirmer ses normes et d'y trouver un projet de vie. Les capacités posent la question des propositions effectuées par l'entreprise pour permettre aux personnes de réaliser des actions. Autrement dit, cet aspect ne concerne pas uniquement le niveau individuel, mais renvoie à la rencontre entre les individus et les propositions de l'entreprise.

Selon moi, cela renvoie à la question de la conception du travail évoquée hier par Joël Maline. Les deux exposés de la matinée nous renseignent et nous interrogent sur les marges de manœuvre. Deux options se dégagent.

La première est celle de la plasticité : l'objectif est de concevoir des systèmes de travail suffisamment souples pour conférer des degrés de liberté aux salariés pour leur permettre de répondre aux objectifs de production et pour pouvoir tolérer la diversité individuelle et la variabilité intra-individuelle. Cette option semble moins ambitieuse dans la mesure où elle s'apparente à une forme d'adaptation : que conçoit-on pour pouvoir tolérer la diversité ?

La seconde option est davantage développementale. Durant la conception du travail, il s'agit de prévoir que l'action sera accompagnée du développement des individus et de leur activité. Il reste encore un travail considérable sur ce point. Jusqu'à présent, les interventions en ergonomie portent davantage sur la plasticité évoquée précédemment. J'attends donc avec impatience les travaux à venir.

Partie 3

Se doter d'une approche dynamique : faire le lien entre santé et parcours ?

Introduction

Barbara Guerniou

(Chargée de mission, ARACT Auvergne)

Caroline Ragazzi

(Chargée de mission, ARACT Aquitaine)

Barbara Guerniou

Nous allons vous parler plus précisément des parcours professionnels, évoqués à plusieurs reprises au cours du séminaire. Serge Volkoff a notamment posé la question des termes que nous avons utilisés dans la note. Nous n'avons pas forcément de réponses à toutes ses questions. À ce stade, nous souhaitons vous présenter nos avancées sur les différents thèmes que nous abordons autour des parcours.

La première question que nous nous sommes posée est la suivante : en quoi le fait d'aborder le lien entre parcours, santé et usure est-il une nouveauté ? Et en quoi est-ce pertinent ? Deuxièmement, quels postulats cela suppose-t-il en termes de définition ?

Pour rappel, l'usure est un processus de construction et d'altération de la santé. Cela a déjà été affirmé au cours du séminaire. Plus en détail, il s'agit d'observer comment l'activité des individus associe à la fois des périodes d'altération de la santé inscrites dans un processus d'usure et, en même temps, des stratégies de préservation de la santé, avec des compétences permettant d'enrayer le processus d'usure.

Cela nous conduit à la question de savoir en quoi le parcours professionnel est lié à des questions de santé et de compétences. La réponse est double. Premièrement, les compétences et la santé des individus dépendent du parcours : à un instant T, l'état de santé et les compétences découlent du parcours antérieur. Deuxièmement, les choix professionnels, ou d'ailleurs les non-choix, dépendent des compétences et de la santé à un instant T, tout ceci étant en lien avec les possibilités offertes par l'entreprise, avec la question des possibles dans le parcours.

C'est à partir de là que nous avons construit trois définitions. Ces définitions ont l'avantage d'avoir été discutées et validées par le groupe U3P. Elles constituent des postulats qui nous permettent d'avancer dans notre réflexion, tout en sachant qu'il existe d'autres termes et définitions possibles.

Le premier terme que nous définissons est l'« itinéraire ». C'est plutôt un regard orienté vers le passé, c'est-à-dire vers l'histoire professionnelle et personnelle de l'individu. Naturellement, cette histoire impacte l'état de l'individu à l'instant T. Cela pose aussi la question du niveau individuel et du niveau de population : nous parlons d'itinéraire à un niveau individuel, mais nous faisons aussi des généralités sur des populations ayant tel ou tel type d'itinéraire.

Le deuxième terme que nous définissons est la « trajectoire ». C'est l'ensemble des possibles offerts pendant toute la vie professionnelle. C'est à la fois ce qui est réellement arrivé et les transformations que cela a opérées, mais aussi ce qui pourrait se produire et ce qui ne s'est pas passé, ainsi que ce qui aurait pu ou dû se produire.

Enfin, le troisième terme que nous définissons est le « parcours professionnel ». Celui-ci regroupe les notions précédentes. C'est la rencontre entre l'itinéraire suivi et la trajectoire potentielle que l'on va pouvoir suivre à l'avenir. Ainsi, le « parcours professionnel » est un terme générique nous permettant d'englober l'ensemble des notions. Pour leur part, l'« itinéraire » et la « trajectoire » sont plutôt des objets de travail, l'un portant sur le passé et l'autre sur les possibles.

Je vous projette un schéma du travail sur les parcours. Il représente à la fois le passé, c'est-à-dire l'itinéraire, le futur, c'est-à-dire les trajectoires, mais aussi les possibles, qui sont aussi des trajectoires. Au total, le parcours se considère à la fois dans les itinéraires réels, dans les trajectoires possibles

non empruntées et dans les ruptures. Ainsi, au moment de l'intervention, nous regardons à la fois vers le passé et vers les possibles. Nous cherchons aussi à comprendre le passé pour envisager des possibles.

À partir de cette compréhension, nous passons à l'action. Le fait d'envisager le parcours vise deux objectifs. Premièrement, c'est un moyen de comprendre et d'analyser le processus d'usure professionnelle. Deuxièmement, c'est un levier d'action à plusieurs niveaux. C'est un levier d'action pour l'entreprise, dans la mesure où nous construisons des trajectoires possibles, par exemple pour une population exposée à tel ou tel élément identifié. C'est aussi un levier d'action pour l'individu qui se construit ses propres possibles. C'est en outre un outil de dialogue pour l'entreprise, puisque les trajectoires proposées par l'entreprise et les possibles du salarié ne sont pas forcément les mêmes. Enfin, c'est un moyen pour l'intervenant de reconstruire pour comprendre et proposer des pistes d'action.

Notre objectif est de créer des conditions favorables pour des parcours prenant en compte la santé. Autrement dit, nous suivons les trajectoires qui sont réellement possibles pour les individus. Cela renvoie alors à plusieurs questionnements.

Caroline Ragazzi

Je vais vous présenter ces questionnements et ouvertures à la fois pour vous les soumettre et pour introduire les deux communications suivantes. Par ailleurs, je signale qu'il s'agit d'un point de vue collectif du groupe U3P sur les questionnements que nous partageons au niveau de l'intervention. Nos questions portent sur trois principaux registres : l'intervention-investigation, le « avec qui » et la question de savoir comment pérenniser les démarches et actions.

Concernant l'intervention, la question est de savoir *comment investiguer* les parcours. Ce sont des questionnements d'ordre purement méthodologique. Il s'agit notamment de savoir comment passer d'un recueil de données individuelles à du collectif. Il s'agit aussi de savoir ce que nous allons en retirer pour nous situer dans une analyse des populations. La question est également de déterminer comment nous investiguons par rapport à la demande initiale qui nous est adressée, laquelle peut porter sur le volet des symptômes et de l'identification de seuils de pénibilité. Pour notre part, nous allons réintroduire le processus. Il s'agit donc de savoir comment nous réinterrogeons nos pratiques et notre analyse de la demande.

Une autre question est de savoir *jusqu'où investiguer*. Nous considérons que nous avons à comprendre les processus d'usure, ainsi qu'à agir et développer des leviers d'action. Cependant, jusqu'où devons-nous aller dans la finesse de l'analyse et dans le recueil des données ? De même, jusqu'où allons-nous dans l'exploitation du croisement entre santé et compétences par rapport aux parcours des individus et des populations ? Derrière cette question du « jusqu'où », deux autres questions se posent : celle du format de nos interventions et celle du type de restitution que nous pouvons faire en entreprise de cette compréhension et de ces analyses.

Ces éléments de restitution nous renvoient encore à une autre question : *avec qui investiguer* ? Auprès de qui recueillons-nous les données ? Le faisons-nous pour eux ou avec eux ? Par ailleurs, jusqu'où les amenons-nous à mettre leurs données et les analyses au « pot commun » de l'entreprise ? L'autre enjeu du « avec qui investiguer » est pour nous de pérenniser cette approche. Il s'agit de pouvoir transférer cette démarche afin que l'entreprise poursuive, dans le temps, cette approche santé/parcours.

Enfin, le groupe s'est posé d'importantes questions pour savoir s'il n'était pas en train d'hyper responsabiliser l'entreprise. Quels sont réellement les leviers de l'entreprise en termes d'amélioration des conditions de travail ? Quelle est aussi sa volonté ? Jusqu'où veut-elle aller et quels sont ses possibles ? Derrière les limites identifiables au niveau de l'entreprise et notamment de la TPE, nous avons à réfléchir sur le territoire et les branches professionnelles : comment créer des marges de manœuvre à ces deux niveaux ?

Pour enrichir ces questionnements, nous vous proposons deux communications. En premier lieu, Corinne Rouxel, de la DARES, va nous apporter des enseignements sur les liens entre l'état de santé et l'itinéraire passé des individus. Elle mettra également à notre disposition des éléments pour mieux appréhender l'approche collective, avec une typologie de parcours. Dans un deuxième temps, nous écouterons une interview filmée. Ce sera une monographie d'entreprise bien spécifique sur les parcours professionnels, avec l'enjeu de fidéliser les plus jeunes et de répondre à l'absentéisme élevé des plus anciens.

Parcours Professionnels et État de Santé

Corinne Rouxel
(Statisticienne, DARES)¹

Je vais vous présenter une étude menée conjointement par la DREES au ministère de la Santé et par la DARES au ministère du Travail. Cette étude a été réalisée à partir de l'enquête « Santé et itinéraires professionnels 2007 » (SIP 2007).

L'objectif de notre étude a été d'élaborer, dans un premier temps, une typologie des parcours professionnels, puis de présenter dans un second temps les principales caractéristiques de santé des individus dont nous avons classé les itinéraires professionnels dans chaque grande classe de parcours.

La spécificité de notre démarche est d'avoir fondé la typologie sur une accumulation d'expériences professionnelles. Cela signifie que nous avons retenu à la fois des éléments sur la stabilité et l'instabilité de l'emploi dans chaque parcours, mais aussi des éléments sur la sécurité de la relation à l'emploi, ainsi que des éléments sur le sens de la trajectoire et sur les conditions de travail tout au long du parcours. Nous avons fait cela pour une population ayant déjà accompli un parcours professionnel significatif, c'est-à-dire un parcours professionnel d'au moins dix ans.

Pour pouvoir classer les parcours professionnels, nous avons dû les caractériser. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur tous les éléments disponibles dans l'enquête SIP 2007. Cette enquête porte sur des parcours d'individus âgés de vingt à 74 ans. Ce sont à la fois des itinéraires d'individus qui n'ont pas amorcé leur parcours professionnel (étudiants ayant ou non occupé un emploi) et des parcours professionnels d'actifs ou d'inactifs en milieu de parcours, en début de parcours ou en fin de parcours, ou encore qui sont déjà parvenus à la retraite. Ainsi, l'enquête SIP 2007 porte sur des individus situés à des stades très différents de leur parcours professionnel.

L'enquête SIP 2007 contient tout d'abord des éléments sur le nombre et le temps passé en emploi stable. Elle fournit également des éléments sur le nombre et le temps passé en emploi de courte durée, c'est-à-dire les périodes d'emploi instables ou précaires. Nous avons également des informations sur les périodes de chômage de longue durée, d'inactivité de longue durée et de retraite. Nous disposons en outre des professions occupées dans les périodes d'emploi, ainsi que de la description des conditions de travail, et ce pour chaque période d'emploi, que celle-ci soit longue ou courte.

Autrement dit, l'enquête SIP 2007 a notamment permis de reconstituer rétrospectivement l'ensemble des itinéraires professionnels des individus. Fin 2006 début 2007, les personnes ont donc été interrogées sur l'ensemble de leur parcours professionnel passé. On leur a demandé de reconstituer leur itinéraire professionnel chronologiquement en les interrogeant sur l'ensemble des éléments présentés ci-dessus. La nature de l'information y est cependant « condensée », car les personnes n'ont pas décrit leur situation mois après mois. Elles l'ont décrite année après année.

Ce caractère « condensé » nous a conduits à élaborer des indicateurs synthétiques pour décrire les parcours professionnels.

Nous avons choisi de retenir quatre dimensions, ou quatre axes d'analyse, pour caractériser nos itinéraires. C'est ainsi que nous avons construit quatre groupes d'indicateurs statistiques.

1 - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

Ces groupes d'indicateurs statistiques vont traduire la stabilité de l'emploi (a-t-on changé fréquemment d'emploi), la sécurité de la relation à l'emploi (a-t-on connu des interruptions longues de parcours), les mobilités ascendantes et descendantes (également appelées trajectoires) et le lien à l'activité de travail (contenu et conditions de travail). Par ailleurs, nous savons que tous ces indicateurs sont corrélés à l'état de santé des personnes.

Pour notre premier et notre deuxième axe analyse, nous avons retenu l'approche du CERC, le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale. Celui-ci apprécie un parcours professionnel sécurisé au regard de trois critères : la stabilité de l'emploi, la sécurité de l'emploi (capacité de la personne à retrouver un emploi ou à s'y maintenir) et la sécurité des revenus professionnels. Avec SIP 2007, nous avons la possibilité d'évaluer les deux premiers facteurs que sont la stabilité et la sécurité.

Commençons par l'indicateur de stabilité et d'instabilité. Il recense le nombre d'emplois différents, hors période de retraite, en moyenne décennale. C'est en quelque sorte un indicateur traduisant la fréquence des changements d'emploi. Un taux de stabilité ou d'instabilité de l'emploi égal à deux signifie que la personne a occupé, en moyenne, deux emplois différents dans chaque décennie pendant son parcours. Un nombre moyen d'emplois inférieur au premier quartile indique un itinéraire stable. Entre le premier et le deuxième quartile, l'itinéraire est considéré comme plutôt stable. Entre le deuxième et le troisième quartile, il est considéré comme instable. Enfin, au-delà du troisième, l'itinéraire est dit très instable. De mémoire, cela correspond à en moyenne plus de trois changements d'emploi tous les dix ans. Autrement dit, ce sont des personnes dont la durée moyenne en emploi n'a jamais dépassé trois ans.

Venons-en au deuxième axe : la sécurité et la continuité des parcours. Nous l'avons approché au moyen de trois indicateurs. Le premier est la présence ou non dans le parcours d'une période de chômage de courte durée. Le deuxième est la présence ou non dans le parcours d'une période de chômage de longue durée. Le troisième est la présence ou non dans le parcours d'une période d'inactivité longue. Au total, ces trois indicateurs nous permettent de repérer si l'itinéraire des personnes contient des interruptions.

Le troisième axe regroupe des indicateurs de trajectoire. Il s'agit de comparer la première et la dernière profession indiquées dans l'enquête SIP. À partir de là, nous obtenons cinq types de trajectoires : des trajectoires stationnaires hautes (premier et dernier emploi occupés qualifiés), des trajectoires stationnaires basses (premier et dernier emploi occupés peu ou pas qualifiés), des trajectoires ascendantes (progression des qualifications), des trajectoires descendantes (perte de qualification) et des trajectoires stationnaires d'indépendants (statut d'indépendant dans le premier et le dernier emploi occupés).

Le quatrième axe rend compte de la qualité du travail, c'est-à-dire de l'acquisition d'expériences et d'expositions différentes aux risques professionnels, facteurs d'usure et de risques d'accidents, mais aussi d'exclusion de la vie active et de sortie prématurée du marché du travail, ainsi que de déclassement professionnel. En l'espèce, nous avons retenu toutes les questions de l'enquête SIP 2007 portant sur les conditions de travail dans chaque période d'emploi. En effet, cette enquête a posé aux individus onze questions sur leurs conditions de travail tout au long de leur itinéraire professionnel. Ces questions portent, par exemple, sur le travail de nuit, sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, ou encore sur la possibilité d'utiliser pleinement ses compétences. Les réponses sont codées de 1 à 4 pour « toujours », « souvent », « parfois » et « jamais ».

À partir de là, nous avons établi un score pondéré par le degré d'exposition à la contrainte. Il s'agit d'un score annuel moyen. Au final, tout individu présentant un score supérieur à la médiane à une contrainte est considéré comme plutôt exposé à cette contrainte pendant son parcours professionnel.

Nous avons réalisé une typologie à partir d'une analyse factorielle multiple qui prend en compte les quatre dimensions d'analyse des parcours professionnels que je viens d'évoquer. Nous avons ainsi obtenu huit classes, ces classes regroupant les individus dont les parcours ont des caractéristiques proches.

1 - Dans la première classe, les parcours sont stables et très qualifiés. Cette classe rassemble 15 % des effectifs. Elle se caractérise par des trajectoires stationnaires à un haut niveau de qualification, mais aussi par une stabilité de l'emploi et par un travail sous pression et des tensions vécues avec le public. Plus des deux tiers des personnes de cette classe sont titulaires d'un niveau d'études égal ou supérieur à bac +2. Les professions les plus représentées ici sont les enseignants, les instituteurs et les professeurs, mais aussi les infirmières et les cadres du privé et du public.

2 - Dans la deuxième classe, les parcours sont ascendants continus. Cette classe rassemble 17 % des effectifs. Elle se caractérise par des trajectoires ascendantes, par une stabilité de l'emploi et par des tensions vécues avec le public. Cette classe compte 60 % d'hommes. Ces personnes sont plutôt en fin de carrière. Le niveau d'études de cette classe est légèrement inférieur à celui de la classe précédente. On y trouve des artisans, des cadres et des professions intermédiaires. Au total, c'est une classe avec des métiers diversifiés.

3 - Dans la troisième classe, les parcours sont des parcours stables d'indépendants. Cette classe ne rassemble que 3,5 % des effectifs. Elle se caractérise par une grande stabilité de l'emploi, par un travail physiquement exigeant et par une exposition aux produits nocifs. Cette classe est majoritairement composée d'hommes plutôt âgés et peu diplômés. Elle est essentiellement composée d'agriculteurs ou d'artisans-commerçants.

4 - Dans la quatrième classe, les parcours sont durablement peu qualifiés avec peu de changements d'emploi. Cette classe rassemble 22 % des effectifs. Ici, la première et la dernière profession sont peu qualifiées. Il n'y a pas de progression de qualification au fil du parcours dans près de 50 % des cas. Cette classe se caractérise par des changements d'emploi assez rares, et peu de ruptures de parcours. Le travail y est physiquement exigeant, avec des expositions à des produits nocifs. En revanche, le travail sous pression et les mauvaises relations avec les collègues sont moins souvent cités ici qu'en moyenne. Cette classe compte davantage de personnes âgées de cinquante ans ou plus, et les métiers exercés sont souvent des métiers de secrétaire, d'employé de bureau, d'assistant maternel ou d'aide-soignant.

5 - La cinquième classe se caractérise par une présence plus probable de parcours stationnaires peu qualifiés et de parcours ascendants. Ici, les changements d'emploi sont fréquents et les conditions de travail sont plus dégradées qu'ailleurs, avec une utilisation insuffisante des compétences, du travail de nuit, du travail répétitif et de mauvaises relations avec les collègues. Cette classe se caractérise aussi par une présence plus probable de chômage de longue durée, lequel va plutôt se situer en deuxième partie de parcours. 55 % des personnes de cette classe sont des femmes, et les individus y sont plus jeunes que la moyenne. Enfin, les métiers exercés relèvent des services aux particuliers, mais ce sont aussi des métiers d'ouvrier, notamment du bâtiment.

6 - Dans la sixième classe, les parcours sont pénibles et hachés. Cette classe rassemble 12 % de l'effectif. Elle se caractérise par une présence plus probable de trajectoires stationnaires peu qualifiées ou ascendantes, avec des changements d'emploi fréquents et des épisodes de chômage de courte durée. Ce sont ces deux caractéristiques qui confèrent à cette classe son caractère haché. Par ailleurs, les conditions de travail sont souvent moins favorables qu'en moyenne, avec un travail physique moins exigeant et répétitif, un manque de reconnaissance, une utilisation insuffisante des compétences et de mauvaises relations avec les collègues. Dans cette classe, les personnes âgées de moins de 40 ans sont plus nombreuses qu'en moyenne.

7 - La septième classe regroupe des parcours descendants. Elle rassemble 8 % de la population et présente la spécificité de rassembler les trajectoires descendantes. Dans cette classe, la dernière profession occupée est moins qualifiée que celle du début carrière. Les changements d'emploi sont plus fréquents que la moyenne. Les périodes de chômage de courte ou longue durée le sont aussi. Par ailleurs, les expositions au travail de nuit et au travail répétitif, ainsi que les tensions avec le public et les mauvaises relations avec les collègues sont plus probables que dans les autres classes. Cette classe est majoritairement féminine et se compose notamment de titulaires d'un BEPC ou d'un baccalauréat technique ou général.

8 - Enfin, la huitième classe regroupe des parcours pénibles et précaires. Elle rassemble 10 % des effectifs. Elle se caractérise par une présence plus probable de trajectoires peu qualifiées et parfois ascendantes. Par ailleurs, l'instabilité de l'emploi y est forte. Les périodes de chômage ou d'inactivité de plus d'un an y surviennent plus précocement dans l'itinéraire professionnel, puisque 61 % des individus de cette classe âgés de 30 à 39 ans ont déjà connu au moins une période de chômage de longue durée. Les conditions de travail y sont dégradées avec un travail de nuit, un travail sous pression et répétitif, une faible utilisation des compétences, une faible reconnaissance et de mauvaises relations avec les collègues. Dans cette classe, le dernier métier occupé relève souvent des services directs aux particuliers (15 à 20 % des personnes). Les métiers d'ouvrier dans l'industrie sont également bien représentés.

Après avoir dressé cette typologie, nous avons examiné l'état de santé des individus de chaque classe. La DREES a réalisé ici un indicateur de santé moyenne ou mauvaise. La question posée aux personnes porte sur leur perception de leur santé. Les répondants ont la possibilité de déclarer qu'ils

se perçoivent en « très bonne santé », « bonne santé », « santé moyenne », « santé mauvaise » ou « santé très mauvaise ». En l'occurrence, l'indicateur a donc retenu les santés déclarées comme moyennes, mauvaises et très mauvaises.

Dans la classe des itinéraires stables très qualifiés ou ascendants continus, la proportion de personnes déclarant leur santé dégradée est inférieure à la moyenne. Pour les itinéraires stables d'indépendants, cette proportion est assez proche de la moyenne. Près d'un tiers des personnes se déclarant en mauvaise santé figurent dans la classe des parcours peu qualifiés ou celle des parcours interrompus. La proportion est à peu près identique pour les parcours pénibles et hachés et pour les parcours descendants (égale à 34 %). La proportion s'établit à 42 % dans la classe des parcours pénibles et précaires, c'est-à-dire bien au-dessus de la moyenne.

Observons à présent le risque relatif en santé pour ces huit parcours. Commençons par les quatre premiers types de parcours qui présentent des profils pas trop éloignés du point de vue de la santé. Nous constatons ici que le risque de se déclarer en mauvaise santé est soit non significatif soit très contenu. En d'autres termes, il y a peu de sur-risques de mauvaise santé pour les parcours stables très qualifiés, stables indépendants, ascendants continus et durablement peu qualifiés.

En revanche, le risque d'être en mauvaise santé est plus important dans les quatre autres classes de parcours. Le risque de connaître un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête est plus important pour les personnes inscrites dans des trajectoires descendantes. Par ailleurs, le risque d'avoir un problème de santé, quel qu'il soit (mauvaise santé, limitation d'activité, troubles de sommeil majeurs), est plus important dans la classe des parcours pénibles et précaires.

L'état de santé au moment de l'enquête nous apparaît donc fortement lié au type de parcours vécu. Le déclassement social, fréquemment vécu par les femmes, est plus souvent lié à une santé dégradée. Les trajectoires plutôt ascendantes ne sont pas toujours associées à une bonne santé, parce qu'elles sont parfois émaillées d'interruptions subies (chômage de longue durée) et parce qu'elles incluent des changements d'emploi fréquents avec des pénibilités. Nous notons aussi un lien entre le chômage et la santé dégradée dans les parcours interrompus, ainsi que dans les parcours pénibles et précaires.

En conclusion, la dynamique du lien entre santé et construction de parcours ou accumulation d'expériences dans le parcours professionnel est plus positive pour les travailleurs qualifiés et pour les hommes. Les femmes s'inscrivent davantage dans des parcours stationnaires ou descendants, avec des emplois moins qualifiés et moins d'interactions positives entre leur travail et leur santé.

Nous avons essentiellement décrit des liens, mais nous n'avons pas fait de recherches de causalités. Ces résultats pourraient également être approfondis. Il s'agirait notamment d'analyser les différents aspects de la pénibilité au travail, c'est-à-dire, par exemple, de différencier la pénibilité physique des autres pénibilités. Il pourrait aussi s'agir de prendre en compte les événements de la vie familiale ou encore la temporalité entre les événements, à savoir par exemple le temps séparant l'exposition de la date d'apparition des problèmes de santé.

Débat

De la salle

Ma question va tenter de lier cette présentation de la DARES à l'introduction des collègues du groupe U3P. Le groupe U3P présente les « trajectoires » comme relevant de potentialités. Ce sont en quelque sorte les pistes cyclables proposées par l'environnement. On pourrait faire l'hypothèse que plus les pistes cyclables proposées sont nombreuses, plus les individus se sentent « bien dans leur peau ». Avez-vous examiné l'aspect projet ? Un individu de trente ans porteur de projets serait par hypothèse en meilleure santé, parce qu'il verrait l'avenir de manière optimiste. Cet aspect est difficile à traiter avec le dispositif que vous proposez.

J'en viens à ma deuxième question, qui est aussi une proposition pour l'équipe-projet. Si je n'ai rien contre les définitions de l'itinéraire et des trajectoires, je voudrais revenir sur la notion de parcours de vie. Ceux-ci diffèrent d'un âge à l'autre : à vingt ans, on est célibataire et sans enfants ; à trente

ans, on veut s'acheter une voiture et une maison ; à quarante ans, on a deux enfants ; à cinquante ans, on est en préretraite. Autrement dit, les choix professionnels dépendent beaucoup du parcours de vie. Par conséquent, il s'agit de tisser des liens entre la carrière dans l'entreprise, la trajectoire hors de l'entreprise et le parcours de vie.

Corinne Rouxel

Pour répondre à la première question sur les projets, nous constatons effectivement que les personnes en situation de déclassement et donc privées de choix sont en plus mauvaise santé. À l'inverse, les personnes ayant eu des trajectoires qualifiées hautes ou ascendantes sont en bien meilleure santé. Par ailleurs, SIP 2007 contient des questions portant sur la satisfaction de l'itinéraire : « Avez-vous choisi votre itinéraire ? » et « Êtes-vous satisfait des choix que vous avez faits ? ». Ces éléments pourraient effectivement être rapprochés de notre travail. En outre, l'arrivée d'une deuxième vague de l'enquête SIP, baptisée SIP 2010, va nous permettre de suivre les mêmes personnes et leur état de santé. Nous espérons donc en tirer des informations complémentaires.

S'agissant de la question sur le parcours de vie, je dirais que nous avons élaboré dans SIP une grille biographique pour permettre la remémoration de l'itinéraire professionnel. Cette grille contient des questions touchant à la vie des personnes : vie de couple, naissance des enfants, déménagements, périodes de précarité avec les temps d'hébergement précaire, etc. Ce sont indiscutablement d'autres dimensions pouvant certainement aider à l'interprétation des trajectoires.

De la salle

Vous avez parlé du début et de la fin de la carrière pour décrire les trajectoires ascendantes et descendantes. Avez-vous examiné l'entre-deux ? Avez-vous pu observer des hauts et des bas entre les débuts et les fins de carrières ?

Par ailleurs, vous avez établi des liens entre le sens des trajectoires et une mauvaise santé. Vous avez précisé qu'il s'agissait bien de corrélations et pas de causalités. Néanmoins, la question des causes peut se poser : est-ce la dégradation de la santé qui a précipité la descente ou, à l'inverse, la préservation de la santé qui a permis l'ascension ? L'enquête SIP fournit-elle des éléments pour répondre à cette question ?

Corinne Rouxel

Sur la question de l'entre-deux, nous avons effectivement fait le choix de ne retenir que le premier et le dernier emploi occupés. Nous aurions pu choisir d'autres indicateurs, mais nous ne l'avons pas fait. Ce choix visait à pouvoir être assez rapidement opérationnels.

Concernant la relation entre itinéraire et santé, nous savons bien qu'elle est à double sens : le parcours professionnel agit sur la santé et la santé agit sur le parcours professionnel. Nous avons notamment abordé ce point à travers l'examen des personnes de la huitième catégorie de parcours, c'est-à-dire les parcours pénibles et précaires. Ces personnes étant en mauvaise santé, nous avons contrôlé les modèles en fonction de la santé avant 18 ans. Et, même en contrôlant ce facteur, nous avons constaté que les personnes étaient en plus mauvaise santé. Par ailleurs, concernant les phénomènes de préservation de la santé, SIP demande précisément aux personnes si elles ont décidé à un moment de changer d'emploi pour préserver leur santé. Cela pourrait effectivement faire l'objet d'une exploitation complémentaire.

De la salle

Comment évalue-t-on la santé perçue ?

Corinne Rouxel

La santé perçue est évaluée à travers la réponse à la question posée sur ce point.

De la salle

Si l'on ne se base que sur cette réponse, quelle est la validité de cette notion par rapport à une objectivation de la santé par les médecins ?

De la salle

Je peux répondre. Il s'agit d'une question courante dans le corps médical et notamment en médecine du travail. Elle a été posée pour la première fois à l'INSERM par l'équipe de Kaminski et Saurel qui avaient trouvé cet indicateur. La santé perçue peut être considérée comme valable, car elle a été contrôlée dans une enquête spécifique sur l'absentéisme et la prise de médicament. Cela a également été validé au Québec. Ce ressenti de mauvaise santé est même prédictif de la mortalité. La DREES travaille également sur ce sujet. Toutes les enquêtes en santé publique et en santé au travail admettent la validité de cet indicateur.

De la salle

Obtiendrons-nous les mêmes réponses si nous posons nous-mêmes la question ?

De la salle

Cette question fait partie d'un questionnaire « protocolé », comme dans SIP.

De la salle

Le croisement avec l'étude DARES SUMER 2003 a-t-il été fait ou peut-il être fait ? Je pense à la catégorisation faite par Dominique Walstipgerger en cinq familles de population selon les contraintes liées au travail. Cet éclairage pourrait être intéressant.

Corinne Rouxel

L'étude SUMER a été réalisée par Dominique Walstipgerger à partir de l'enquête sur l'exposition aux risques professionnels. Dominique Walstipgerger a effectivement réalisé une typologie. Mais nous n'avons pas retenu les mêmes indicateurs. En effet, SUMER comporte un grand nombre d'informations détaillées sur les expositions aux risques professionnels, à la date de l'enquête. À l'inverse, en ce qui nous concerne, avec SIP, nous avons souhaité réaliser une typologie essayant de mettre en évidence les facteurs d'accumulation durant le parcours en lien avec la santé.

De la salle

Ma remarque porte sur les définitions des collègues du groupe U3P. Je souscris à la définition selon laquelle l'itinéraire est une relecture à un moment donné. Il est donc bien tourné vers le passé. La trajectoire regroupe l'ensemble des possibles. J'en suis également d'accord. En revanche, il me semble que le parcours relèverait d'un autre registre, qui est plutôt celui de l'action. Cela permet de présenter le parcours comme ce qui doit être outillé ou, en tout cas, réfléchi. Je ferai un parallèle avec le parcours santé, avec des stations et des caps permettant de repérer comment atteindre une destination à partir du choix de telle ou telle trajectoire. Le parcours peut donc être un outil de travail réunissant différents acteurs, car cela peut être à la fois le travail de l'individu, celui de l'entreprise et celui des acteurs de territoire ou autres.

Céline Roux

Cette question des trajectoires ou des possibles qui n'ont pas été empruntés par les individus peut-elle être abordée à travers l'enquête SIP ? Cela permettrait de faire le lien avec la santé, au-delà de l'angle des parcours interrompus.

Corinne Rouxel

Nous pourrions le faire avec SIP 2010.

De la salle

Des post-enquêtes ont été menées sur SIP 2006. En Pays de la Loire, une équipe a notamment réinterrogé les salariés à partir des questionnaires sur presque toutes les interrogations que vous avez posées. Ce travail a été mené sur 70 salariés, c'est-à-dire un échantillon non négligeable. Il a évoqué les coupures et les projets, y compris les projets qui n'ont pas pu être menés à bien par rapport à la santé. Cette enquête est d'ailleurs publiée sur le site de la DREES.

Corinne Rouxel

Cette remarque est tout à fait précieuse. Marie-Pierre Guiho-Bailly a effectivement mis en évidence les « itinéraires empêchés ». C'est ce qui a notamment participé au débat par la suite pour SIP 2010, militant pour l'introduction de questions de ce type dans la prochaine enquête.

De la salle

Comment tient-on compte du contexte économique et social dans ce type d'enquête ? Par exemple, retrouverait-on les mêmes catégories de population ou les mêmes tranches d'âge dans les mêmes catégories de parcours il y a dix ou quinze ans ? Par ailleurs, en termes d'âge, le vieillissement va-t-il conduire les populations à passer dans une autre catégorie de parcours ?

Corinne Rouxel

C'est effectivement dépendant du contexte économique. La grande difficulté de cette typologie était de classer des itinéraires de longueurs différentes, avec à la fois de jeunes entrants sur le marché du travail et actifs en fin de carrière. Néanmoins, nous avons voulu traiter l'ensemble de la population. Pour avoir davantage d'informations sur le contexte économique, il faudrait réaliser un travail par cohorte. Il s'agirait, par exemple, de se centrer sur la population des 30-35 ans et de réaliser une typologie pour elle. À partir de là, nous pourrions faire un lien avec le contexte économique, puisque tous les individus de cette classe auraient vécu les mêmes événements économiques. Quant à savoir ce que deviendront les classes d'âge dans dix ou quinze ans, cela dépendra justement de l'évolution économique. Je n'ai pas la réponse.

De la salle

Y a-t-il un moyen de mieux comprendre les liens entre santé et itinéraire professionnel à partir de cette enquête ? En l'occurrence, on constate, par exemple, que la précarité et la pénibilité qui caractérisent la dernière catégorie sont liées au sentiment de mauvaise santé. Peut-on aller plus loin pour comprendre ce qui fait que cela dégrade la santé entre pénibilité et précarité ? Faut-il simplement invoquer l'exposition aux charges ? Ne peut-on pas aussi tenir du mode de vie, du mode d'accès aux soins, à la nourriture ou à une hygiène de vie ? Bref, peut-on parvenir par un travail qualitatif à une explication plus précise, à partir de cette enquête, du type d'effets sur la santé ?

Corinne Rouxel

La huitième classe renvoie effectivement à l'exposition à des pénibilités, mais aussi à l'insécurité économique. Cette dernière peut favoriser l'émergence de risques psychosociaux. En outre, c'est souvent associé à moins de revenus, de formation, etc. Il est donc tout à fait possible de réaliser d'autres travaux de modélisation pour voir ce qui explique le plus la dégradation de la santé.

De la salle

Allez-vous le faire ?

Corinne Rouxel

Non, ce n'est pas prévu avec cette étude.

De la salle

Quelque chose m'atterre : cette enquête est excellente, mais il n'y a pas les moyens humains pour aller au bout des choses. C'est terrible.

Corinne Rouxel

C'est en cours. Il y a notamment sept équipes de recherche qui, depuis un an, travaillent actuellement sur SIP. Elles restitueront leurs travaux dans un an. Leurs travaux portent soit sur le lien entre parcours professionnel et santé, soit sur les causalités et les corrélations. C'est donc en cours.

De la salle

La démarche est extrêmement utile pour nous aider à réfléchir. Cela dit, le résultat n'est guère surprenant : les individus en emploi précaire ont de mauvaises conditions de travail. On se doutait un peu que les aides à domicile étaient moins gâtées que les cadres des multinationales. À cet égard, il me semble qu'une question reste en suspens : qu'est-ce qui permet de sortir d'un itinéraire qui s'annonce comme descendant ? Qu'est-ce qui fait qu'un individu parvient à bifurquer vers quelque chose de plus intéressant ? Quels sont ces facteurs dans l'environnement et chez l'individu ?

Corinne Rouxel

Il est vrai que nous avons confirmé des résultats que nous attendions. Cela dit, nous avons aussi eu des surprises. Je pense en particulier aux problèmes dépressifs pour les individus déclassés ou aux positions moins stables des femmes dans leurs parcours professionnels ou leurs liens à la santé.

Quant à savoir comment bifurquer, je répondrai qu'il existe un faisceau de facteurs : l'entreprise, la branche, l'individu, le contexte économique, les politiques économiques, etc. Tous ces éléments peuvent, à un moment donné, offrir des moyens de rebondir. Je pense notamment aux travaux de Bernard Gazier portant sur les marchés transitionnels de travail qui proposent que les personnes en emploi, à temps partiel ou autre, puissent consacrer notamment du temps à la formation. Bernard Gazier suggère que cela s'organise au niveau des territoires – ce qui pourrait, d'ailleurs, s'envisager à des niveaux divers, comme à celui de la branche –, afin que les personnes concernées disposent d'outils pour passer avec plus de fluidité de l'emploi à la formation, puis de la formation à l'emploi.

Gestion de la dynamique des parcours en entreprise

Hervé Valérian-Bessac

(Directeur des ressources humaines,
Centre de cancérologie Léon Bérard, Lyon)

Interview de Monsieur Hervé Valérian-Bessac

Question : Monsieur Valérian-Bessac, DRH du Centre Léon Bérard, pouvez-vous nous présenter en quelques mots votre établissement ?

Hervé Valérian-Bessac : Le Centre Léon Bérard est un centre régional spécialisé en cancérologie. Il a trois dimensions : le soin, l'enseignement et la recherche. Nous sommes implantés à Lyon et couvrons la région Rhône-Alpes. Nous sommes l'un des vingt établissements en France chargés de cette mission par l'ordonnance du Général De Gaulle de 1945. En termes de statut, nous sommes ex-PSPH, mais la nomenclature a un peu changé avec la loi HPST. Nous sommes à but non lucratif, chargés d'une mission de service public. Sur Lyon, le Centre Léon Bérard compte 1 200 salariés.

Question : Les évolutions démographiques et économiques des dernières années ont entraîné une profonde mutation des métiers de l'hôpital. Pouvez-vous nous citer celles qui ont particulièrement marqué l'activité de votre centre ?

Hervé Valérian-Bessac : Il est vrai que les mutations s'entrechoquent et se suivent à vitesse grand V. Nous avons le défi démographique qui a démarré voilà déjà quelques années. Nous savons qu'il va falloir beaucoup anticiper pour pouvoir conserver les professionnels et adapter les organisations de l'hôpital au marché de l'emploi. Nous avons aussi l'allongement des carrières professionnelles, qui est une vraie problématique à l'hôpital, puisque nos métiers exposent les personnes à un certain nombre de risques, et notamment le burn-out, surtout dans un secteur monopathologique comme le nôtre, avec peu de possibilités d'organiser des mobilités sur des postes différenciés. Enfin, nous sommes confrontés comme les autres hôpitaux à la jeune génération, que l'on appelle la génération Y. C'est une génération qui vient pour apprendre et qui surfe sur la vague des nouvelles technologies, disposant ainsi d'une capacité d'adaptation très rapide. Cependant, cette jeune génération est assez peu fidèle, puisqu'elle a aussi été formée à utiliser l'entreprise comme un moyen de formation complémentaire et de progression dans la gestion de carrière. Nous avons donc ces trois défis à gérer en même temps. Ils ne sont pas nouveaux. Nous les pressentons depuis quelques années. Mais nous devons nous adapter.

Question : Cela se traduit-il, en termes d'indicateurs, par des pourcentages d'absentéisme ?

Hervé Valérian-Bessac : Cela se traduit sur les deux parties de la pyramide des âges. Sur les populations de cinquante ans et plus, la prévention porte sur le risque d'absentéisme et de désengagement du travail, pour des problématiques de santé et d'usure professionnelle, mais aussi parfois pour des problématiques d'adaptation des compétences, notamment vis-à-vis de l'environnement technologique qui change vite. Sur les jeunes générations, c'est du turn-over, et c'est donc le défi de la fidélité : comment rester attractif, de façon très rythmée et soutenue ? Dans ce cadre, nous ne raisonnons plus sur des projets de carrière à vingt ans, mais plutôt sur des étapes à trois ou quatre ans.

Question : Qu'a fait le Centre Léon Bérard dans le cadre de son projet social 2003-2008 pour répondre à cette nouvelle situation ?

Hervé Valérian-Bessac : Nous nous sommes inspirés du travail qui avait été initié par notre Fédération nationale des centres de lutte contre les cancers autour de la gestion des carrières par les compétences. Il s'agit de mettre en place des dispositifs de bilan de carrière. Ce sont des bilans annuels

dans le cadre des entretiens annuels, mais aussi des bilans périodiques dans le cadre de la validation des acquis professionnels. Ce sont des rendez-vous carrière où nous allons pouvoir faire le point, avec le salarié, sur ses acquis et finalement ses projets. L'idée est de soutenir un rythme régulier dans la mobilisation des collaborateurs, et d'accompagner cela par une politique salariale. Il s'agit d'un dispositif modeste, car nous sommes dans un établissement à but non lucratif. Nous utilisons de l'argent public et dégageons nous-mêmes nos marges de manœuvre sur les économies que nous pouvons réaliser, plutôt que sur la richesse du chiffre d'affaires. Il n'en reste pas moins que ces marges sont réelles, puisqu'elles nous permettent d'envoyer des signes positifs pour le développement et la fidélisation. Voilà pour l'accompagnement des professionnels dans les premières parties de carrière. L'autre défi que nous avons dû relever est l'absentéisme et le désengagement professionnel. Sur ce point, nous avons déployé un dispositif un peu similaire qui accompagne le parcours. Ce travail est fait sur mesure pour permettre de corriger des trajectoires qui auraient pu s'enliser. Ce sont les groupes Santé/Travail. Il s'agit d'instances associant les professionnels de l'hôpital concernés par la santé et les conditions de travail des collaborateurs au Centre. Cette instance étudie les situations en échec ou en absence pour proposer, après un diagnostic partagé avec le collaborateur, un programme personnalisé de retour ou de maintien dans l'emploi.

Question : Comment le groupe Santé/Travail fonctionne-t-il concrètement ? Qui le compose ? A quelle fréquence se réunit-il ? Qui le sollicite ? Comment les informations remontent-elles ?

Hervé Valérian-Bessac : Le groupe Santé/Travail se compose d'acteurs chargés de la santé au travail et de la gestion des contrats des personnels. Il y a le médecin du travail, le directeur des ressources humaines, l'assistante sociale du personnel, la responsable de la gestion administrative et la responsable de la gestion des carrières. C'est donc un groupe relativement fermé. Il se réunit tous les mois, alternativement en séance de diagnostic et en séance de suivi. Chaque dossier évoqué et retenu est suivi par l'un des membres du groupe en fonction de la problématique posée. Par ailleurs, le groupe publie chaque année un bilan qui est communiqué aux représentants du personnel et transmis à la direction générale. Ce bilan dresse l'état des réalisations de façon anonymisée. En termes de saisine, au départ, le groupe s'autosaisissait à partir des critères d'absentéisme. Un salarié absent plus de trente jours était automatiquement intégré. Depuis lors, les modalités ont beaucoup changé. Le médecin du travail propose au groupe de travail des introductions, après avoir proposé et expliqué au salarié, dans le dialogue singulier de son cabinet, la possibilité de bénéficier de l'assistance de la médecine du travail. Nous pouvons aussi avoir un regard particulier à la demande de la hiérarchie lorsqu'il y a eu conflictualité, tension ou difficulté dans un service, bref l'identification d'un problème qui pourrait relever de la compétence du groupe Santé/Travail. Enfin, nous avons les entretiens annuels d'appréciation (EAA) qui nous apportent des éléments sur les difficultés et font qu'à un moment donné, le groupe se rapproche d'un collaborateur et de sa hiérarchie, et évalue l'intérêt qu'il pourrait y avoir à intégrer la personne et à l'accompagner.

Question : Le fait que des managers d'équipe fassent remonter des situations est une preuve de succès, n'est-ce pas ?

Hervé Valérian-Bessac : Oui, car nous n'avons pas fait de publicité sur le groupe Santé/Travail. Nous travaillons par définition dans la confidentialité et le secret. Il nous est effectivement arrivé d'avoir à expliquer à des managers que nous accompagnions leurs collaborateurs, ne serait-ce que quand le projet avait abouti et que le collaborateur allait les quitter. Il est vrai que le bouche-à-oreille a très bien fonctionné, puisque la voie hiérarchique nous alerte aujourd'hui très en amont des difficultés. C'est devenu une instance de régulation des trajectoires individuelles qui est tout à fait intéressante. Pour autant, le groupe Santé/Travail ne sait pas tout faire. Mais il parvient à accompagner un maximum de projets personnels.

Question : Combien avez-vous traité de situations depuis la mise en place du groupe en 2003 ?

Hervé Valérian-Bessac : Nous avons traité environ 200 situations avec un taux de réussite de 92 %. Autrement dit, 92 % des personnes qui étaient en situation d'échec ou d'absence sont revenues dans le travail. À noter que la situation de chaque personne était originale. Il n'y avait pas de modèle type. Seule la méthode a été prédéterminée. Sur cette base, nous faisons ensuite du sur-mesure en fonction des outils RH.

Question : Ces personnes ont-elles été reclassées au sein même de l'entreprise, ou certaines d'entre elles sont-elles parties à l'extérieur ?

Hervé Valérian-Bessac : Le taux de 92 % renvoie aux personnes reclassées à l'intérieur de l'entreprise. Les 8 % restants ont donc été accompagnés en dehors de l'entreprise. Nous n'avons plus de

visibilité sur ces personnes. Quoi qu'il en soit, nous avons accompagné soit un projet soit un départ dans des conditions toujours respectueuses des personnes.

Question : Avez-vous un ou deux exemples de parcours de salariés ayant bénéficié de ce dispositif de groupe Santé/Travail ?

Hervé Valérian-Bessac : Sur 192 personnes, il y a autant de situations que d'individus. Il est difficile de définir un profil type. Disons que nous avons vu des vocations tardives se révéler. Par exemple, nous avons vu des gens en difficulté professionnelle autour de 45 ans dans un emploi de comptable. Par l'accompagnement mis en place par le groupe, ces gens ont retrouvé une nouvelle vocation professionnelle après un bilan de compétences et se sont réorientés vers des métiers de soin. Dans le cas auquel je pense, nous avons pris en charge financièrement la formation qui a duré plusieurs années. Aujourd'hui, la personne s'épanouit dans une nouvelle dimension professionnelle et une nouvelle vocation, qui plus est sur un cœur de métier de l'hôpital. En l'occurrence, tout le monde a donc gagné : le salarié, l'hôpital et les équipes, car cela crée de la transversalité. Sur les accompagnements à l'extérieur, c'est beaucoup plus difficile. Dans la majorité des cas, nous avons accompagné des personnes qui avaient pour projet de travailler à leur compte. Nous avons donc plutôt fait du conseil sur les dispositifs ou de la mise en relation avec des pépinières d'entreprises.

Question : Après six ans de fonctionnement, vers quoi allez-vous faire évoluer le groupe en 2010, puisqu'il existe depuis 2003 ?

Hervé Valérian-Bessac : Le bilan est plutôt positif. Nous constatons qu'au fil du temps, une fois que nous avons réglé les situations les plus difficiles, avec un désengagement complet et très ancien, nous avons désormais affaire à une évolution dans la prise en charge. D'abord, nous intervenons beaucoup plus tôt. Il arrive même que nous soyons alertés avant même qu'il n'y ait des difficultés majeures. Cela fait que nous sommes plus efficaces, car la personne est encore en état de co-construire un projet. Ainsi, nous n'agglomérons pas les difficultés caractérisant très souvent le désengagement au travail, c'est-à-dire les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les problèmes de compétences. Nous sommes donc plus efficaces et la durée de prise en charge est moins longue. Nous créons aussi une dynamique de bilans de carrière périodiques, sachant que tout le monde a le droit d'être essoufflé à un moment ou à un autre de sa carrière. Cela nous inspire aussi une autre démarche plus collective, pour laquelle nous nous faisons aider par l'ARACT, et notamment par l'agence régionale ARAVIS. Cette démarche vise à identifier en mode de diagnostic ce qui pourrait révéler, dans les situations individuelles à risque, un problème plus global au niveau de l'équipe ou du service. En effet, dans les situations individuelles que nous avons prises en charge, nous avons constaté qu'il nous arrivait, sur une durée de deux ou trois ans, de prendre en charge plusieurs personnes de la même équipe ou du même service, comme s'il y avait des facteurs aggravants nés du collectif de travail, sans que l'on puisse jeter l'opprobre sur qui que ce soit. De fait, des équipes semblent plus exposées que d'autres. En 2009, deux expériences nous ont montré qu'à côté des prises en charge individuelles, il fallait accompagner l'ensemble du service concerné. Nous avons donc demandé à ARAVIS de nous aider à détecter, dans notre méthode de diagnostic individuel, ce qui pourrait éventuellement devenir du collectif. L'idée serait, à partir de là, de travailler avec le CHSCT sur des indicateurs prévalidés, afin d'essayer de mettre en place des plans de prévention collectifs.

Question : Avez-vous mis en œuvre d'autres dispositifs qui ont porté leurs fruits pour répondre à cette situation nouvelle dans l'hôpital ? Vous avez parlé de l'aménagement des fins de carrières. Pouvez-vous développer ?

Hervé Valérian-Bessac : Nous sommes en train d'étudier un projet global de bilan de troisième partie de carrière, ce bilan s'adressant à des populations seniors dans le cadre de « l'Accord seniors » que nous avons signé et qui était obligatoire au 1er janvier 2010. L'idée est de faire un check-up complet, autour de cinquante ans, à la fois du parcours professionnel, mais aussi autour de la santé, ainsi que des perspectives professionnelles et de retraite, avec une expertise des droits à la retraite. Cela permet aux salariés de se projeter vers un délai de départ de l'entreprise. Quant à nous, cela nous permet de prévoir l'organisation de la transmission des compétences. Ce travail est en cours d'élaboration avec l'aide de psychologues du travail, pour essayer de mettre en place un « kit senior » qui nous permettrait d'aborder très simplement les personnes entrant dans cette étape. Nous avons fait la même chose avec les jeunes quand nous avons mis en place le passeport professionnel pour nos infirmières. Ce passeport n'est ni plus ni moins que le balisage des étapes de formation et de mobilité qu'elles doivent avoir suivi sur leurs cinq premières années. Ce balisage est très segmenté afin de les sécuriser dans leur démarche de jeunes professionnelles. Enfin, il s'agit aussi de rythmer leur intégration dans l'entreprise pour lutter contre le turn-over naturel de la profession.

Question : Pour conclure, si vous deviez conseiller la mise en œuvre d'un groupe Santé/Travail dans une autre entreprise, quels seraient les critères de réussite et les points de vigilance que vous mettriez en avant ?

Hervé Valérian-Bessac : Ce genre d'expérience est difficile à transposer, car tout repose sur la confiance des acteurs réunis autour de la table. Or, cette confiance ne se décrète pas. Chaque professionnel, du DRH au médecin du travail en passant par l'assistante sociale et le responsable de l'administration du personnel, a sa déontologie, ses habitudes, ses règles et ses objectifs de performance. La difficulté est de réussir à trouver un socle commun sur lequel fédérer ces divergences professionnelles, au service de l'entreprise et de l'utilisateur du groupe Santé/Travail. Cela dépend donc beaucoup de la maturité des acteurs. Cela dépend de leur envie de ne plus se contenter d'avis d'inaptitudes partielles au travail envoyées au DRH par le médecin, ou d'approches réglementaires de la santé au travail avec de simples constats d'inaptitudes. Il s'agit de vouloir passer à une étape où l'on va co-construire le diagnostic et approcher le salarié sans le victimiser. Ensuite, il s'agit de fédérer les énergies pour construire des parcours qui soient à la fois conformes aux règles de l'entreprise et personnalisables. Il est donc très difficile de définir un algorithme qui pourrait être transposable. C'est une question de philosophie. Cela dit, nous accueillerons bien volontiers toute personne souhaitant venir voir, de l'intérieur, comment nous travaillons.

Loes Mercier (ARAVIS)

J'ai rencontré le Centre Léon Bérard dans le cadre de l'étude de la DGEFP confiée à l'ANACT. Il s'agissait de repérer des pratiques permettant le maintien en activité professionnelle des seniors, ce qu'avait justement fait le Centre Léon Bérard.

L'intervention de Monsieur Valérian-Bessac m'a paru très intéressante. Pour ma part, je présenterai une approche historique. En fait, le groupe Santé/Travail a démarré à l'arrivée de Monsieur Valérian-Bessac, nouveau DRH, dans un contexte en pleine mutation. Dans ce cadre, le médecin du travail avait demandé à Monsieur Valérian-Bessac ses propositions face à l'absentéisme et aux inaptitudes au sein du Centre. Monsieur Valérian-Bessac a accepté d'y travailler, mais à condition de le faire en commun.

À ce propos, je dirai que les groupes Santé/Travail consistent en un espace de confidentialité respectant le secret professionnel du médecin et les règles déontologiques des autres métiers. Ces professionnels ont travaillé en confiance. J'ai pu constater une réelle complicité entre ces acteurs lorsque je me suis rendue au Centre Léon Bérard. Pour respecter la confidentialité, ils ont construit des codes et trouvé leur propre manière de faire, ceci s'étant vraiment réalisé dans le temps.

Par ailleurs, lors de la mise en place du groupe Santé/Travail, les acteurs ont commencé par un diagnostic. Il s'est agi d'identifier les collaborateurs en absences longues ou répétées. C'est ainsi que le profil suivant a été repéré : des personnes de plus de quarante ans, avec une forte ancienneté dans l'entreprise et ayant effectué toute leur carrière au Centre. C'étaient en quelque sorte des personnes que le Centre avait oubliées. À ce titre, je les qualifierai, en écho à la présentation de Corinne Rouxel, comme un groupe de personnes peu qualifiées ayant un parcours stable. Quoi qu'il en soit, c'est à partir de ce constat que les membres du groupe ont progressivement réussi à intéresser les managers et d'autres collaborateurs à la démarche. C'est ainsi que la démarche initialement très curative est devenue au fil du temps plus collective. Mais il a fallu sept ans pour cela, avec une implication et des moyens.

À ce propos et de manière plus générale, je pense qu'il faut vraiment prendre en compte plus explicitement le facteur temps dans toutes les questions. Si nous devons travailler avec beaucoup d'acteurs changeants, nous ne pouvons pas le faire en trois semaines. Il y a des pratiques à faire bouger, ce qui suppose beaucoup de temps, notamment pour la discussion.

Fabienne Caser (ANACT)

S'agissant de l'étude commandée par la DGEFP et la DGT, nous sommes allés voir quarante entreprises ayant agi soit sur le maintien dans l'emploi soit sur le retour à l'emploi des salariés âgés. Il s'est agi d'une étude d'ARAVIS, de l'ARACT Nord – Pas-de-Calais et du cabinet Maturescence, avec l'ANACT. Dans ce cadre, nous avons essayé d'analyser les démarches autour de trois éléments d'employabilité des seniors : la santé, les compétences et l'engagement. Je précise que nous devons encore travailler sur la notion d'engagement. Si ma mémoire est bonne, nous avons classé la démarche du Centre Léon

Bérard en santé. Pour autant, le discours de Monsieur Valérian-Bessac va plus loin : il parle d'« absentéisme de désengagement », ce qui peut être lié aussi bien à des problèmes de santé qu'à des problèmes de compétences. Par ailleurs, l'étude essaie aussi de faire des liens avec les questions d'environnement en posant le constat suivant : les questions de santé, d'engagement et de compétences sont le résultat d'une interaction entre l'individu (son état de santé, ses potentialités et ses souhaits) et ce que peut proposer l'entreprise. Dans le cas du Centre Léon Bérard, on voit que l'environnement a pu être en mesure de proposer des choses à des salariés à un moment donné. Pour conclure, sachez que l'étude dont je rends compte est disponible sur le site de l'ANACT.

Débat

De la salle

Que disent les 190 personnes qui sont passées entre les mains du groupe Santé/Travail ? Ces personnes sont-elles satisfaites, au-delà de la satisfaction de l'entreprise ?

Loes Mercier

J'ai posé la même question. Sachez en tout cas que nous avons essayé, dans l'étude, de rencontrer aussi bien la direction que les IRP et les salariés bénéficiaires d'actions. La direction n'était pas très favorable à ce que je rencontre les IRP et les salariés bénéficiaires tout de suite. Cela dit, elle avait ses raisons : Monsieur Valérian-Bessac ne souhaitait pas que cela interfère avec les autres débats avec les IRP, dans le contexte de changement qui était celui du Centre. Pour le DRH, il fallait d'abord « muscler » l'action. Par ailleurs, la direction souhaitait préserver la confidentialité, précieuse pour les personnes elles-mêmes et créer les conditions de l'efficacité de la démarche. En effet, en allant rencontrer des personnes en difficulté, nous aurions risqué de leur rappeler cette période passée. En tout cas, on peut dire que la direction du Centre Léon Bérard semble vouloir maîtriser la communication. Elle garantit la confidentialité des cas individuels, mais produit un rapport d'activité annuel qui est soumis au débat avec les IRP. En même temps, Monsieur Valérian-Bessac accepte de témoigner, aussi bien ici qu'à la radio. Quoi qu'il en soit, dans le travail final qui s'engage avec ARAVIS, le lien avec ARAVIS est clairement posé. Se sont-ils assez « musclés » pour y aller ? Probablement.

De la salle

Il y a des accords sur le maintien dans l'emploi des seniors, populations que l'on considère comme étant en difficulté. Mais s'il n'y a aucune visibilité sur le succès des actions hormis le maintien dans l'emploi, c'est tout de même problématique.

Didier Bisson (ARAVIS)

Je vais poser la question provocante : puisque les salariés sont dotés de la capacité d'élaborer des stratégies, ne sont-ils pas incités à s'absenter une trentaine de jours s'ils ont le désir de bifurquer ou d'évoluer ? Cela pose la question suivante : ne fait-on pas peser sur la santé une défaillance de la politique de gestion des ressources humaines ?

Loes Mercier

Cette démarche s'inscrit dans un projet RH plus large, avec un changement complet de politique RH. Monsieur Valérian-Bessac y a fait allusion, soulignant que la gestion des ressources humaines à l'hôpital était auparavant très administrative.

De la salle

Je voudrais rapprocher le débat de la question de la prévention ou de la construction. Dans le cas présent, j'ai l'impression que l'on est dans les deux. On est dans la prévention d'une usure encore plus forte de personnes qui sont déjà atteintes. Du coup, la solution est de reconstruire leur santé. Par ailleurs, je souhaiterais savoir si le Centre Léon Bérard a tiré parti de sa démarche pour essayer de définir des typologies de parcours à risque, en vue d'agir en prévention à l'avenir ?

Loes Mercier

Je réponds, mais je rappelle que je ne suis pas la VRP du Centre Léon Bérard ! Je vous dis simplement ce que je sais. Ayant vu plusieurs bilans, je peux vous dire que la démarche a été très progressive. Au départ, le groupe a travaillé avec des personnes « cassées » qui n'en pouvaient plus. Par la suite, en analysant et en construisant des parcours, il a réussi à reconverter un certain nombre de personnes. Dès lors, d'autres acteurs ont attiré leur attention sur d'autres personnes. Autrement dit, le groupe remonte progressivement du curatif au préventif. Aujourd'hui, le groupe reconnaît qu'il doit aller voir du côté de services plus exposés que d'autres. Mais il est vrai que cela a pris longtemps. Les membres du groupe ont clairement appris ensemble.

De la salle

Sait-on décrire des cheminements vers l'inaptitude ? Par exemple, les médecins sont-ils en capacité de décrire ce qui serait pour eux un cheminement vers l'inaptitude ?

Dr Michel Niezborala

Ce n'est pas possible individuellement, et c'est toute la difficulté. Pour les emplois peu qualifiés à contraintes physiques fortes, nous voyons que des salariés prennent de mauvaises pentes. Nous constatons donc bien ce parcours déclinant de la santé, où le travail devient de plus en plus difficile à supporter. Nous avons peu de leviers sur ces personnes, car elles sont dans une sorte de déni de la situation : elles n'imaginent pas pouvoir en changer. Ce sont donc des cas souvent difficiles à traiter. En outre, ils sont difficiles à anticiper, bien que l'on puisse prédire le déclin. Tout cela dépend beaucoup des catégories d'emploi. Prenons le cas d'un commercial sans formation qui a progressé et se retrouve licencié à cinquante ans. En l'occurrence, nous savons dire certaines choses à l'avance. Cependant, ces considérations sont collectives. Plus en détail, il y a toujours des individus qui s'échappent de la trajectoire prédéfinie. Dès lors, il nous est difficile, en tant que médecins du travail, de leur imposer des mesures.

De la salle

Nous avons produit un article sur ce sujet avec Fabienne Bardot, à la demande du CREAPT. Il s'agissait d'observer comment le médecin du travail est amené à prononcer des inaptitudes. Il en ressort que ce sont souvent des compris entre l'invalidité et l'inaptitude, par exemple. Nous avons affaire davantage à un processus social qu'à un processus médical. C'est du cas par cas, car le statut et la durée de la carrière, par exemple, vont conduire le médecin du travail à prendre des décisions différentes.

De la salle

Le médecin du travail n'est pas le seul impliqué en l'occurrence. D'autres acteurs de l'entreprise peuvent intervenir. D'où la question de savoir comment sortir de la logique médicale pour que cette question plus collective de la descente vers l'inaptitude soit traitée plus collectivement.

Dr Michel Niezborala

Il faut tenir compte du secret médical dans ces questions : si le salarié ne souhaite pas que le médecin du travail divulgue son cas, le médecin du travail ne peut pas en parler à d'autres acteurs de l'entreprise.

Françoise Verdier

Nous avons tout de même des éléments pour décrire des parcours qui conduisent à une inaptitude. Nous pouvons les décrire très physiquement. Je pense à deux entreprises de l'agroalimentaire sur lesquelles j'ai travaillé. Dans ces deux cas, nous pouvons dire dans quel état sont les salariés et vers quoi ils vont selon les ateliers par lesquels ils sont passés. J'ajoute que nous savons très bien que nous n'avons plus de solution lorsqu'ils arrivent dans l'atelier terminal. C'est alors que l'on nous appelle.

Pour revenir au cas du Centre Léon Bérard, nous notons qu'il a fallu du temps et une confiance initiale. Par rapport à notre projet, je me demande si cela aurait du sens de réfléchir à la façon de faire monter l'entreprise en compétences sur cette gestion ? L'entreprise ne peut pas être interpellée que par un dysfonctionnement qui existe ou par la peur d'un dysfonctionnement. Cela vaudrait-il le coup

de réfléchir à une démarche qui ferait monter l'entreprise sur cette compétence, de la même façon que nous essayons de l'inscrire dans une démarche de prévention durable ? Ce que vous avez fait peut-il être un outil ?

Loes Mercier

Aujourd'hui, nous en sommes à nous demander comment mieux travailler ensemble. Finalement, quand on pense qu'il n'y a pas de solution, on n'ose pas s'attaquer aux problèmes. En l'occurrence, le fait d'avoir montré que l'on pouvait trouver des solutions permet peut-être à d'autres de dire qu'ils sont en difficulté. Sans cela, les salariés continueront à dire qu'ils n'ont pas de souci, parce qu'ils veulent continuer. En ce sens, la démarche présentée est une voie intéressante, mais il faut l'inscrire dans une progression : c'est un moyen et non une fin. C'est un moyen d'attaquer cette question en se tournant vers les possibilités d'action des acteurs. En l'occurrence, ce sont les professionnels de la GRH et de la santé au travail qui progressent, tandis qu'il y a des freins du côté des salariés. Peut-être faudrait-il mettre ces questions en débat pour accélérer le mouvement et avoir l'ensemble des points de vue.

Synthèse et débat

Valérie Pueyo-Venezia

(Chercheuse au CREAPT,
Maître de conférences en ergonomie à l'IETL LYON 2)

Je ne vous présenterai pas la synthèse des synthèses. Je vais simplement synthétiser les questions de parcours, de trajectoires et d'itinéraires. Dans un premier temps, je vais revenir aux définitions du Littré pour les mots « itinéraire », « parcours » et « trajectoire ». Dans un deuxième temps, je reviendrai sur le parcours professionnel comme outil de compréhension et d'action, avec les questions méthodologiques que cela pose. Dans un troisième temps, je poserai la question de ce qu'il se passe en termes de parcours professionnel selon les diverses générations. Je ferai notamment référence à un travail d'Ariane PAILHE sur ce point. Enfin, je terminerai sur une interrogation : que s'est-il passé dans les grandes entreprises qui ont été tentées de mettre en place la gestion des parcours professionnels avec de la GPEC ? Que peut-on dire ? Quelles leçons en tirer ? Et quels chantiers à ouvrir encore ?

Définitions du Littré

Les définitions du Littré ne sont pas les mêmes que les vôtres, et cela pose des questions. Commençons par l'« itinéraire ». Selon le Littré, c'est ce qui a trait à la route et au chemin. C'est l'indication d'un chemin d'un lieu à un autre, avec l'idée que l'on sait d'où l'on part et vers où l'on va. Autrement dit, la destination est connue. Or, dans les situations de travail actuelles, il y a beaucoup d'incertitudes sur la destination, notamment pour les nouvelles générations. La situation n'est plus celle des années 1970, avec ses parcours traditionnels dans le compagnonnage ou le monde ouvrier.

Passons à la « trajectoire », que le Littré définit comme un ensemble possible de familles de courbes. Cela renvoie à la notion de champ de possibles évoquée dans le texte. C'est une idée très intéressante que je vous conseille de garder : dans l'investigation des parcours, il faut bel et bien continuer à travailler sur des champs de possibles sur des bifurcations.

S'agissant des « parcours », le Littré les définit en référence au verbe « parcourir » : c'est aller d'un bout à l'autre d'un lieu et l'arpenter de ci de là. Ainsi, le parcours peut aller jusqu'à l'errance ou la promenade. Cette idée me semble devoir être présente à notre esprit. N'oublions pas ce parcours erratique, ni le parcours de découverte où l'on peut apprendre, construire sa santé et avoir un cheminement. Ce ne sont pas les mêmes choses qui s'y jouent en relation avec la santé et le travail.

Le parcours professionnel comme outil de compréhension

Les parcours professionnels sont des outils de compréhension et d'action. L'enquête SIP est incroyablement riche à cet égard. Elle est aussi un formidable outil de réflexion pour nous. Elle met en évidence des liens. À nous ensuite d'interroger les causalités. Quoi qu'il en soit, c'est un excellent outil de compréhension.

Les parcours professionnels sont aussi des outils d'action. Étant au CREAPT, nous avons beaucoup travaillé sur ces questions. Pour notre part, nous y entrons à la fois par des entretiens avec des salariés et par la mise en place de repères démographiques. Entrer ainsi dans les parcours par l'analyse des populations est à la fois très intéressant et très compliqué. En effet, les données n'existent pas : elles sont à construire par l'intervenant. En tout cas, cette approche est un bon outil à investir par les entreprises pour construire l'action et le changement.

L'entrée démographique est également intéressante en ce qu'elle permet souvent de poser des questions à l'entreprise sur son projet. Ainsi, elle permet de réarticuler l'individuel à des dimensions collectives et d'évolution de l'entreprise. Cela permet de poser la question du travail et de ses évolutions, sans individualiser excessivement, dans la perspective d'actions de transformation collectives.

Néanmoins, nous constatons qu'il est éminemment complexe de travailler sur les parcours et ces entrées démographiques. Cela s'explique par le fait que nous n'avons pas les données. Je citerai un exemple de cette difficulté : un travail mené en collaboration avec l'ANACT sur les parcours professionnels des ripeurs. L'hypothèse de l'entreprise était qu'un parcours permettant de se reclasser consistait à passer de ripeur à chauffeur. Dans ce cadre, Anne-Françoise Molinié et moi-même avons repéré les ripeurs restés ripeurs, les ripeurs passés chauffeurs, les personnes sorties de l'entreprise et les ripeurs passés chauffeurs.

Le premier constat fut de repérer que les places disponibles de chauffeurs étaient bien moins nombreuses que celles de ripeurs. Par ailleurs, passer chauffeur supposait d'être titulaire du permis de conduire, ce qui impliquait de savoir lire et écrire. Enfin, une difficulté technique fut repérée : les entreprises rachetaient le personnel en cas de gain de contrat à l'issue d'un appel d'offres. Ainsi, les salariés pouvaient rester dans le métier tout en changeant d'entreprise, d'où l'impossibilité d'un suivi : seule la fédération permettait d'avoir accès à ce type de données.

D'un point de vue méthodologique, votre document s'interroge sur la reconstitution des parcours professionnels. Deux chercheurs m'ont aidée sur ces questions : le sociologue Éric Godelier et l'historien Nicolas Hatzfeld. L'apport du premier est de dire que la question de l'histoire ouvrière n'a de sens qu'en travaillant plusieurs niveaux simultanément, de l'individu au bassin d'emploi en passant par l'entreprise, voire la nation elle-même.

Pour sa part, Nicolas Hatzfeld constate que le travail sur les parcours rationalise l'histoire a posteriori en imaginant des parcours linéaires. L'historien suggère de lutter contre cela, mais aussi de lutter contre la tendance à regarder le passé à l'aune du présent. Par ailleurs, Nicolas Hatzfeld souligne que ce qui peut apparaître au salarié comme un événement anodin à l'instant T peut devenir signifiant au vu de son parcours ultérieurement. A contrario, des événements vécus comme marquants par le salarié peuvent apparaître anodins a posteriori.

Les parcours selon les générations

Trois temporalités doivent être examinées en permanence : les temporalités des individus, celles des entreprises et celles de la société. En l'occurrence, je me réfère à un travail d'Ariane Pailhe, de l'INED. Ce travail examine l'exposition aux conditions de travail selon les diverses générations, avec une focale sur la charge physique. Ariane Pailhe en tire deux constats.

Premier constat : au fil du temps, les conditions de travail se dégradent pour chaque génération. Toutes les générations sont exposées à cette dégradation, y compris les jeunes qui arrivent sur le marché du travail, contrairement à ce que l'on a pu dire. Or, lorsque nous travaillons sur les conditions de travail, les entreprises cherchent souvent à nous conduire vers les fins de parcours et les seniors. Dans ces conditions, il est de notre responsabilité de dire que les nouvelles générations sont encore plus exposées à de mauvaises conditions de travail.

Deuxième constat : les personnes en fin de carrière découvrent par exemple la pression temporelle, alors que n'était pas du tout le cas au début de leur carrière. Ces mutations nécessitent de se demander si la signification est la même selon que l'on rencontre la pression professionnelle tout au début de sa vie dans l'entreprise ou sur le tard ? Cette rencontre se joue-t-elle différemment ? Les nouvelles générations vont-elles aussi devoir gérer de la même manière que les anciennes les parcours qui leur sont souvent imposés ? Personnellement, je fais l'hypothèse que non. Cela renvoie à des considérations sur les environnements capacitants évoqués par Pierre Falzon.

Bilan des actions d'entreprises

Des entreprises ont mené des actions sur la gestion des parcours professionnels. Je citerai une expérience ici. Une grande entreprise sidérurgique nationale, privatisée depuis, avait mis en place de grands accords pour proposer des parcours qualifiants aux salariés. Dans les faits, la gestion propo-

sée était individuelle. Or, ce qui sous-tend le monde professionnel, le développement des compétences et le fait d'être en santé se fait de manière collective. De ce fait, la réflexion sur la gestion des parcours percutait voire atomisait les solidarités. Par ailleurs, lors de la mise en place de ces accords, les médecins du travail n'avaient pas été conviés aux réflexions.

Lorsque je suis revenue dans cette entreprise quelques années plus tard, j'ai constaté que l'on imposait aux salariés vieillissants de faire de la mobilité inter métiers pour sauver des emplois. Et cette mobilité n'était pas du tout pensée en termes de santé ni de cohérences dans les parcours professionnels, ce qui aboutissait à une guerre entre les générations.

Voilà ce qui s'est fait dans de grandes entreprises, mais quid des petites entreprises ? Comment réfléchir à des questions de parcours professionnels dans les petites entreprises ?

Dans un projet sur le monde agricole auquel j'ai participé, une réflexion a été menée sur deux axes qui me semblent intéressants pour penser les parcours professionnels : d'une part, une tentative d'articulation entre différentes entreprises au sein d'une même filière ou entre filières voisines ; d'autre part, une réflexion en termes de bassin d'emploi au niveau d'une région, avec des approches croisées en termes de projets d'entreprise et d'évolutions de secteurs professionnels, les médecins du travail ayant une réflexion en termes d'altération mais aussi de construction de la santé. Ce sont peut-être des chantiers à ouvrir.

Annexes

Pour aller plus loin...

Sur cette même problématique « Prévention de l'Usure au travail », vous pouvez télécharger gratuitement les numéros déjà parus de *Travail & Changement*, notre revue de la qualité de vie au travail.

N°

Titre du Dossier

- 332 - Risques psychosociaux, reparler du travail, agir sur l'organisation
- 331 - Prévention des TMS : comment innover ?
- 330 - Plan de santé au travail 2 : les nouveaux enjeux de la prévention
- 324 - Pénibilité et usure au travail : comment prévenir ?
- 321 - Santé au travail : pour une approche pluridisciplinaire
- 320 - Manager les conditions de travail
- 315 - Prévention des TMS : retours d'expériences croisées
- 307 - Mieux évaluer la charge de travail
- 300 - L'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble
- 296 - Construire la prévention durable
- 294 - Réduire la pénibilité au travail
- 284 - Risques technologiques et risques professionnels : une prévention conjointe
- 276 - Âge et travail : prévoir aujourd'hui l'entreprise de demain

Également disponibles, nos ouvrages méthodologiques :

- *Agir sur la prévention des risques professionnels : Du Document unique au plan de prévention*
Mercieca (P.), Pinatel (C.), en collaboration avec Bernon (J.) et Deltor (S.)
112 p. (2009)
- *Prévenir le stress et les risques psychosociaux*
Salher (B.) en collaboration avec Berthet (M.), Douillet (Ph.) et Mary-Cheray (I.)
300 p. (2007)
- *Troubles musculo-squelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation*
Bourgeois (F.) et coll, 310 p. (2006)

Retrouvez toutes les publications du Réseau ANACT sur notre site anact.fr

L'ANACT

Établissement public national installé à Lyon, **l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail**, relève du ministère chargé du Travail. Créée par une loi de 1973, elle est gérée par un Conseil d'administration tripartite (organisations patronales et syndicales, État, personnalités qualifiées).

Sa mission est d'expérimenter et de promouvoir des méthodes améliorant les conditions de travail des salariés et l'efficacité des organisations.

Avec 26 associations régionales, structures autonomes qu'elle cofinance avec l'État et les Régions, l'ANACT forme un réseau comprenant environ 300 salariés et d'importants moyens d'information qu'elle met au service d'un programme organisé en « priorité. »

Accueil :

4, quai des Étroits 69321 LYON CEDEX 05

Téléphone : 04 72 56 13 13 - Télécopie : 04 78 37 96 90

Les coordonnées de l'ANACT et des associations régionales du réseau ANACT

ANACT

4, quai des Étroits
69321 LYON CEDEX 05
Tél. 04 72 56 13 13
Fax. 04 78 37 96 90

• **Alsace**

ACTAL
68, av. de la République
68000 COLMAR
Tél. : 03 89 29 29 50
Fax : 03 89 29 29 59

• **Aquitaine**

ARACT Aquitaine
202, rue d'Ornano
33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 79 63 30
Fax : 05 56 81 16 50

• **Auvergne**

ARACT Auvergne
La Pardieu
2, avenue Léonard de Vinci
63000 CLERMONT FERRAND
Tél. : 04 73 44 35 35
Fax : 04 73 44 35 39

• **Basse-Normandie**

Antenne ANACT
Immeuble Paséo
12, rue Ferdinand Buisson
Parc Athéna
14280 SAINT CONTEST
Tél. : 02 31 46 13 90
Fax : 02 31 46 13 91

• **Bourgogne**

ARACT Bourgogne
8, rond-point de la Nation
Bâtiment Apogée B
21000 DIJON
Tél. : 03 80 50 99 86
Fax : 03 80 50 99 85

• **Bretagne**

ARACT Bretagne
10, rue Nantaise
35000 RENNES
Tél. : 02 23 44 01 44
Fax : 02 23 44 01 45

• **Centre**

ARACT Centre
Immeuble Le Masséna
122 bis, Fbg St-Jean
45000 ORLÉANS
Tél. : 02 38 42 20 60
Fax : 02 38 42 20 69

• **Champagne-Ardenne**

ARACT Champagne-Ardenne
Rue Charles Marie Ravel
51520 SAINT MARTIN SUR LE PRÉ
Tél. : 03 26 26 26 26
Fax : 03 26 26 94 74

• **Corse**

ARACT Corse
6, rue Sergent Casalonga
20000 AJACCIO
Tél. : 04 95 10 94 20
Fax : 04 95 25 46 06

• **Franche-Comté**

FACT
Espace Lafayette
8, rue Alfred de Vigny
25000 BESANÇON
Tél. : 03 81 25 52 80
Fax : 03 81 25 52 81

• **Guadeloupe**

ARACT Guadeloupe
8-10, les Jardins de Houëlbourg
Boulevard de Houëlbourg
ZI de Jarry
97122 BAIE-MAHAULT
Tél. : 05 90 60 73 82

- **Guyane**
ARACT Guyane
Pôle d'activités sociales
Route de Montabo / Chemin Grant
97300 CAYENNE
Tél. : 05 94 25 23 63
Fax : 05 94 25 23 73
- **Haute-Normandie**
ARACT Haute-Normandie
Immeuble Le Rollon
108, avenue de Bretagne
76100 ROUEN
Tél. : 02 32 81 56 40
Fax : 02 32 81 56 41
- **Île-de-France**
ARACT Ile-de-France
35, rue de Rome
75008 PARIS
Tél. : 01 53 40 90 40
Fax : 01 53 40 90 59
- **Languedoc-Roussillon**
ARACT Languedoc-Roussillon
Immeuble Le Phénix - Bâtiment 9
1350, avenue A. Einstein
34000 MONTPELLIER
Tél. : 04 99 52 61 40
Fax : 04 67 22 57 16
- **Limousin**
ARACT Limousin
46, avenue des Bénédictins
87000 LIMOGES
Tél. : 05 55 11 05 60
Fax : 05 55 11 05 61
- **Lorraine**
ARACT Lorraine
1, place du Pont à Seille
57045 METZ CEDEX 01
Tél. : 03 87 75 18 57
Fax : 03 87 75 18 84
- **Martinique**
ARACT Martinique
Immeuble La Venière
20, avenue des Arawaks
97200 FORT DE FRANCE
Tél. : 05 96 66 67 60
Fax : 05 96 66 67 61
- **Midi-Pyrénées**
MIDACT
25, rue Roquelaine
31000 TOULOUSE
Tél. : 05 62 73 74 10
Fax : 05 62 73 74 19
- **Nord – Pas-de-Calais**
ARACT Nord – Pas-de-Calais
197, rue Nationale
59000 LILLE
Tél. : 03 28 38 03 50
Fax : 03 28 38 03 51
- **Pays de La Loire**
ARACT Pays de la Loire
10, rue de la Treillerie
BP 80023
49071 BEAUCOUZÉ CEDEX
Tél. : 02 41 73 00 22
Fax : 02 41 73 03 44
- **Picardie**
CESTP-ARACT Picardie
19, rue Victor Hugo
BP 924
80009 AMIENS CEDEX 1
Tél. : 03 22 91 45 10
Fax : 03 22 97 95 97
- **Poitou-Charentes**
ARACT Poitou-Charentes
15 ter, rue Victor Grignard
Pôle République 2
86000 POITIERS
Tél. : 05 49 52 25 78
Fax : 05 49 52 26 83
- **Provence-Alpes-Côte d'Azur**
ACT Méditerranée
Europarc de Pichaury
1330, rue G. de la Lauzière
Bât. C1
13856 AIX EN PROVENCE CEDEX 03
Tél. : 04 42 90 30 20
Fax : 04 42 90 30 21
- **Réunion**
ARVISE
61, rue des vavangues
ZAC Finette - BP 10043
97491 STE CLOTILDE CEDEX
Tél. : 02 62 41 52 32
Fax : 02 62 41 90 42
- **Rhône-Alpes**
ARAVIS
14, rue Passet
69007 LYON
Tél. : 04 37 65 49 70
Fax : 04 37 65 49 75



**Agence Nationale pour l'Amélioration
des Conditions de Travail**

4, quai des Étroits - 69321 LYON CEDEX 05
Téléphone : 04 72 56 13 13 - Télécopie : 04 78 37 96 90
Internet : www.anact.fr