
La difficile construction de la santé au travail

Damien CRU & Serge VOLKOFF *

La scène a souvent été montrée, dans les chroniques filmées de mai-juin 1968. Une jeune ouvrière pleure devant les portes de l'usine, le jour de la reprise du travail. Ses camarades l'entourent, veulent la reconforter, lui rappellent les succès revendicatifs fraîchement acquis. Et elle répond seulement qu'elle « ne veut plus y aller ! »

Ce rejet d'une vie de travail astreignante et sans intérêt était présent dans les conflits, en 1968 et dans les années qui ont suivi. Le débat social a fait écho à cette préoccupation : circulaires patronales sur le dépassement du travail parcellisé, extension du thème des conditions de travail dans les programmes d'orientation syndicaux, création dans les grandes entreprises de commissions pour l'amélioration des conditions de travail, accord-cadre sur ce même thème en 1975, etc. L'Etat n'était pas en reste : on se souvient peut-être du secrétariat d'Etat à la revalorisation du travail manuel, dont l'existence fut brève ; on connaît sans doute mieux l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), qui date aussi de cette période et demeure très active aujourd'hui.

L'intérêt pour ces questions s'est estompé ensuite. L'ampleur de la crise de l'emploi a rejeté au second plan les préoccupations sur la qualité de vie au travail. Peut-être a-t-on cru que les constats sans complaisance établis au début des années 70, l'affirmation alors d'une volonté de changement, avaient su donner l'impulsion nécessaire pour que ce changement se produise en effet. Peut-être aussi a-t-on fait preuve d'une trop grande confiance

* D. Cru : Technicien de prévention dans le BTP.

S. Volkoff : statisticien, directeur du CREAPT (Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail).

à l'égard des mutations technologiques, en admettant que l'automatisation industrielle ou l'informatisation des services viendraient naturellement à bout des tâches les plus pénibles ou ennuyeuses. Peut-être enfin a-t-on imaginé, après les lois Auroux de 1982, que ce nouvel effort pour mettre en place des instruments de débat et d'intervention (CHSCT, groupes d'expression, droit de retrait des situations dangereuses) suffirait pour relancer à large échelle des actions de transformation, à l'initiative des salariés eux-mêmes.

Nous reviendrons dans cet article sur les grands traits du « paysage » actuel en matière de conditions et d'organisation du travail, et l'on verra que cette description n'est pas réconfortante. Nous reviendrons aussi sur les raisons pour lesquelles le changement du travail ne va pas de soi : ni sous l'effet « naturel » de la modernisation, ni comme retombée immédiate d'une volonté de transformation. Mais nous voudrions insister d'abord sur le fait que ce débat est d'actualité.

Les appréciations portées par les salariés sur la pénibilité de leur travail sont de plus en plus souvent négatives (Cézard, Dussert, Gollac, 1992). La tendance à la baisse des accidents du travail a été plusieurs fois contredite (Berthezène, 1991). Le vieillissement de la population active ne permet plus guère de gérer les contraintes pénibles au moyen d'une sélection sur l'âge (Molinié, Volkoff, 1993). Depuis quelques années, les méfaits d'une évolution technologique mal maîtrisée et l'impératif d'améliorer la vie de travail sont évoqués de façon pressante dans les réflexions de responsables patronaux (Riboud, 1987) et gouvernementaux (Aubry, 1991), de chercheurs (Wisner, 1993 ; Dejours, 1993a) ou de syndicalistes (Hodebourg, 1994), chacun bien sûr avec les préoccupations qui lui sont propres.

Le séminaire sur la santé au travail, organisé en 1994 par l'ISERES, et qui a fourni matière au présent article¹, prend place dans ce contexte. Ce travail d'assez longue haleine, qui a réuni chercheurs et militants syndicaux pendant huit séances d'une demi-journée, plus une journée de synthèse, a mis en évidence deux exigences apparemment contradictoires, qu'il va s'agir de concilier : d'une part l'urgence de développer des initiatives pour la préservation et la construction de la santé au travail ; d'autre part la nécessité de réfléchir avec attention, et même avec prudence, aux objectifs précis de ces initiatives, aux conditions de leur mise en œuvre, et aux obstacles qu'il faut

1. Les auteurs du présent texte ont animé chacun une des séances de ce séminaire. Six autres séances ont été respectivement animées par F. Derriennic, C. Gadbois, H. Pezerat, A. Thébaud-Mony, A. Laville et F. Daniellou. Nous remercions ces collègues, ainsi que les chercheurs de l'ISERES et les syndicalistes qui ont participé au séminaire, pour les informations et réflexions qu'ils ont apportées au long de ces séances, réflexions et informations que nous tentons ici de synthétiser et de structurer (évidemment sous notre propre responsabilité) autour de quelques préoccupations que nous jugeons essentielles.

franchir – y compris du côté des principaux intéressés, les hommes et femmes au travail.

Au vu des recherches auxquelles nous allons faire appel ici, et d'après les réflexions qu'elles ont provoquées de la part des militants syndicaux, il nous semble que ces deux préoccupations, l'urgence et la prudence, sont compatibles. C'est ce que nous essaierons de montrer, en insistant d'abord sur les inquiétudes que suscitent l'état et l'évolution des conditions de travail dans notre pays, puis en indiquant en quoi un examen soigneux des situations de travail et des enjeux qu'elles recouvrent permet de progresser dans la voie des transformations possibles.

Un bilan très préoccupant

Les relations entre travail et santé sont multiples et complexes. Aucun indicateur sommaire ne peut, de façon fidèle, rendre compte du caractère plus ou moins pénible ou nocif des situations de travail, ni fournir une appréciation d'ensemble sur l'état de santé d'une population. Cette remarque préliminaire se justifie d'autant plus si l'on admet que la santé, en l'occurrence, ne se réduit pas à la non-maladie : la peur, l'agacement, l'inconfort, l'ennui, ou les multiples formes de fatigue, que le travail peut provoquer ou renforcer, méritent d'être considérés comme des atteintes à la santé, au même titre que des pathologies diagnosticables.

Nous reviendrons dans cet article sur les précautions nécessaires lorsqu'on tente des évaluations dans ce domaine. Retenons d'emblée que l'état des lieux doit reposer sur un ensemble de résultats, quantifiés ou non, qui rendent compte du lien travail/santé sous des aspects très divers.

Le premier de ces résultats, évocateur quoique non exclusivement rattaché aux effets de la vie professionnelle, est le constat des inégalités sociales en matière d'espérance de vie (Desplanques, 1991) : à 35 ans, un homme ingénieur a en moyenne 45 ans à vivre, contre 36 ans seulement pour un manœuvre. Plus surprenant peut-être : ces écarts paraissent un peu plus marqués que par le passé, c'est-à-dire que la progression générale des espérances de vie s'effectue plus rapidement pour les catégories qui étaient déjà favorisées de ce point de vue, et qui sont essentiellement les catégories supérieures de la hiérarchie sociale.

Attribuer ces phénomènes aux seules conséquences des conditions de travail serait abusif. Les revenus, les modes de vie, les habitudes alimentaires, l'accès aux soins, jouent évidemment un rôle. Mais on peut s'approcher davantage des effets du travail, en examinant les disparités au sein d'une même catégorie sociale : les ouvriers. Car l'ordre de classement des « taux standardisés de mortalité » (taux de mortalité corrigés en tenant compte de la structure d'âge) dans les professions ouvrières est révélateur. Les taux les

plus élevés se situent dans des professions dont la pénibilité est par ailleurs bien connue : mines, tâches diverses de manutention, sidérurgie, chimie, bâtiment ; et le rapport entre le taux des « manœuvres et OS des mines » et celui des « outilleurs », par exemple, est plus grand qu'entre ceux-ci et les ingénieurs (Desplanques, 1985).

Pour cerner de plus près encore les enjeux de santé au travail, on peut s'appuyer sur des études menées au sein d'un même milieu professionnel. On a ainsi établi, et interprété en partie, des différences d'espérance de vie entre les métiers ouvriers de l'imprimerie de presse en région parisienne : correcteurs, compositeurs, clicheurs, et rotativistes (Teiger, Laville & Lortie, 1981). On a pu aussi mettre en place un suivi à long terme – 22 ans – de 300 ouvriers d'une même entreprise, dans la fabrication de pâte à papier (Astrand, Hanson & Isacsson, 1989), et montrer l'existence d'une corrélation entre certains aspects des conditions ou de l'organisation du travail, et l'âge de décès.

Une partie, mais une partie seulement, de ces disparités s'explique par des liens de causalité immédiats et directs : un facteur de risque dans le travail, entraînant à plus ou moins brève échéance le décès du salarié exposé. On peut penser ici aux quelque 1200 accidents mortels sur les lieux de travail chaque année, auxquels s'ajoutent quelques dizaines de décès consécutifs à des maladies professionnelles reconnues. Et l'on doit insister sur les chiffres alarmants auxquels aboutirait l'évaluation du nombre de cancers d'origine professionnelle, si cette évaluation ne se fondait pas sur les critères restrictifs actuels : les extrapolations les plus sérieuses, certes délicates à établir à cause de la multiplicité des facteurs et d'un temps de latence très long, indiquent l'influence d'un facteur professionnel dans au moins 4 % des cancers, avec un ratio qui pourrait atteindre 30 % pour les décès par cancer chez les ouvriers (Pézerat, 1992).

Mais dans la plupart des cas, les processus de dégradation de la santé sous l'influence du travail présentent des contours moins nets. On assiste en réalité à une combinaison de facteurs d'usure, de pathologies plus ou moins graves et plus ou moins reliées entre elles, le différentiel de mortalité constituant l'aboutissement de ces mécanismes diversifiés. Ces processus sont à l'œuvre tout au long du parcours professionnel, ils sont donc émaillés d'événements qui marquent la vie de travail, la vie hors travail et l'état de santé.

Dès que l'on adopte une approche longitudinale rigoureuse pour étudier ces phénomènes, les interrelations apparaissent de façon flagrante. Une étude comparative menée dans une entreprise métallurgique, prenant en compte l'âge et la santé de trois populations (fondeurs, ouvriers sur chaîne, employés) a montré que « l'âge fonctionnel », calculé au vu d'examen médicaux et de tests, présentait un différentiel de deux ans – en termes d'écart

par rapport à l'âge réel – entre les employés et les fondeurs, au détriment de ces derniers ; et si cette différence n'évoluait pas avec l'âge, c'était du fait que les fondeurs ayant une santé déficiente étaient davantage touchés par les licenciements : s'ils étaient restés en place, l'écart se serait creusé au fil des ans (Davezies, 1995).

On est ainsi amené à évoquer les nombreux domaines où une détérioration de la santé peut être déclenchée ou accélérée par le contexte de travail. Un des domaines où cette relation est bien établie est celui des troubles de l'appareil ostéo-articulaire, et spécialement de la colonne vertébrale. Une grande enquête, dite ESTEV – Enquête Santé Travail et Vieillesse – dont la première phase s'est déroulée en 1990, a apporté des enseignements précis dans ce domaine (parmi d'autres, que nous évoquerons plus loin). Les douleurs articulaires, notamment les douleurs et les limitations aux vertèbres lombaires, ont une fréquence qui croît avec l'âge, et qui augmente également sous l'effet des efforts physiques dans le travail, avec des conséquences qui ne sont pas, ou pas entièrement, réversibles : les lombalgies demeurent fréquentes chez ceux qui ont cessé d'effectuer des travaux pénibles. On remarque aussi l'effet de paramètres d'organisation du travail, comme la possibilité ou l'impossibilité pour le salarié de choisir sa façon de procéder dans le travail (Derriennic & col., 1994).

En restant dans le domaine de la santé physique, on peut citer bien d'autres exemples, comme celui des gestes répétitifs : la sollicitation répétée de certains segments corporels provoque des symptômes douloureux, pouvant aller jusqu'à l'apparition d'une « affection péri-articulaire », pathologie professionnelle reconnue, dont 3200 cas ont été enregistrés en 1993. Citons aussi les effets physiologiques du travail de nuit, établis à présent par de nombreuses études (Quéinnec, Teiger, de Terssac, 1992) : troubles du sommeil, troubles digestifs, prise de poids, prévalence accrue des maladies cardio-vasculaires, et finalement un niveau globalement élevé d'indicateurs de morbidité, spécialement chez les anciens travailleurs postés revenus en horaires de jour – ce changement d'horaire ayant probablement à voir avec leur état de santé (Bourget-Devouassoux, Volkoff, 1991).

Du côté du fonctionnement neuropsychique, la relation travail-santé est plus difficile à établir par des méthodes quantitatives. Citons tout de même les conclusions convaincantes d'études sur la consommation de médicaments à visée psycho-active (somnifères, tranquillisants, remontants) : un résultat de l'enquête ESTEV déjà citée montre que cette consommation, chez les femmes employées de bureau, s'élève avec l'âge (la fréquence passe de 10 % à 30 % entre 37 et 52 ans) si ces employées travaillent avec l'obligation de se dépêcher, alors que cette même variation est modérée si la contrainte temporelle n'est pas aussi pressante (Buisset et col., 1996). Citons encore les performances dégradées, lors de tests de personnalité, chez des

ouvriers après de longues années de travail au rendement (Grossin, 1980). Citons enfin, pour revenir à la question des horaires de travail, les résultats d'enquêtes qui mettent en évidence l'ampleur des perturbations introduites dans la vie familiale et sociale par les décalages d'horaires, l'alternance, le travail nocturne (Gadbois, 1990).

Mais il n'est pas indispensable de disposer de recherches à caractère statistique pour illustrer les éventuels dégâts de l'organisation du travail dans le registre psychique. Toute l'histoire de la psychopathologie du travail, avec ses préoccupations successives, depuis le syndrome névrotique mis en évidence chez les téléphonistes dans les années 50 (Le Guillant, rééd. 1985), jusqu'à des analyses plus récentes sur la peur au travail (Cru, 1989), l'ennui, et les obstacles à la réalisation de soi (Dejours, 1993b), témoigne de la gravité de ces enjeux, des atteintes persistantes à des structures intimes, vitales, de la personne humaine.

De ce premier tour d'horizon, quel enseignement tirer qui mérite d'être pris en compte dans le débat social ? Une conclusion simple : les conditions de travail nocives ont un coût, humain et social, que nul sans doute ne peut évaluer avec précision, mais qui est certainement considérable. Encore n'avons-nous évoqué ici que les retombées sur la santé des travailleurs eux-mêmes. Il faudrait y ajouter les conséquences pour leurs collègues (par exemple ceux qui sont témoins d'un grave accident de travail), pour leur entourage (depuis les poussières d'amiantes rapportées à la maison avec les vêtements de travail jusqu'aux effets par ricochet de la souffrance au travail sur la vie de famille) ou pour la société dans son ensemble (pollution, accidents dans l'industrie et les transports, etc.).

Il faudrait aussi, mais c'est là une question sur laquelle des recherches plus systématiques mériteraient d'être mises en œuvre, apprécier l'effet de conditions de travail insatisfaisantes sur les performances des entreprises. On peut citer des exemples de gâchis industriels, ou de rigidités de l'appareil productif, dus à une insuffisante prise en considération de l'activité réelle des hommes et des femmes au travail (Guérin & col., 1991). Mais on ne dispose pas à notre connaissance d'une évaluation plus globale, ni surtout d'une mise en relation de ces constats avec une réflexion sur les critères de gestion usuels.

L'improbable « évolution naturelle »

« Le malheur avait frappé une famille honorable. » C'est en ces termes que Michel Gollac décrit, non sans humour, le désarroi des statisticiens, responsables des enquêtes nationales sur les conditions de travail – dont lui-même – quand furent connus les résultats de la dernière enquête, celle de 1991 (Gollac, 1994). On s'attendait à constater un recul, progressif et plus ou moins contrasté, des principales contraintes et nuisances, sous l'effet des

mutations économiques (diminution des emplois industriels) et techniques (automatisation). Les résultats indiquèrent au contraire une nette dégradation dans pratiquement tous les domaines : efforts, environnement nocif, contraintes de rythme, dangers, etc. Après de multiples vérifications, les auteurs de l'enquête durent tirer cette conclusion : « davantage de salariés ressentent les pénibilités et les risques du travail » (Cézard, Dussert, Gollac, 1992).

Le progrès technologique n'entraîne donc pas avec lui l'amélioration « naturelle » de la qualité de vie au travail. A l'origine de cette apparente contradiction, une variable occupe une position déterminante : le temps et son utilisation dans les modes d'organisation du travail.

Le premier enjeu, parmi ces aspects temporels du travail, est évidemment celui des horaires. La durée hebdomadaire et la durée annuelle, on le sait, ont diminué dans la décennie 70, puis en 1982, et la reprise de ce mouvement de baisse est envisagée à présent, comme en témoigne l'accord interprofessionnel du 31 octobre 1995. Mais, en parallèle avec ces évolutions du volume d'heures travaillées, une tendance durable s'affirme : la déstabilisation globale des horaires (Bué, Dussert, 1993). Le nombre de jours de travail varie plus souvent d'une semaine à l'autre en fonction des besoins de l'entreprise, et le travail du week-end s'étend. Les horaires sont de plus en plus individualisés, et dorénavant un salarié sur deux n'a pas le même horaire chaque jour. Les débuts de journée à des heures très matinales se font plus fréquents, de même que les fins tardives, etc.

Nous avons évoqué plus haut les répercussions de ces horaires instables ou décalés sur la vie familiale et sociale. Bien entendu, les salariés concernés élaborent des compromis entre ces contraintes et leur mode de vie hors travail, compromis dont la qualité dépend beaucoup des dispositifs négociés (Laville, 1993). Mais on assiste plus récemment, sous l'effet de logiques techniques et surtout commerciales, à une accentuation des composantes les plus difficiles à gérer pour les salariés : le morcellement des périodes de travail et l'incertitude sur les horaires à venir. Ce morcellement et cette incertitude ainsi que leurs effets déstructurants ont été analysés de façon détaillée pour les caissières de supermarchés (Prunier, Poète, 1995) et la maintenance dans les centrales nucléaires (Doniol-Shaw, Huez, Sandret, 1995) mais bien d'autres professions sont concernées.

Ces formes de gestion des horaires traduisent une volonté d'ajustement en continu des effectifs à la quantité instantanée de biens ou de services à produire. Cette même volonté se traduit aussi par une importante évolution dans les contraintes de rythme et de délais (Cézard, Dussert, Gollac, 1991). Tout se passe comme si une double contagion s'était produite entre les tâches industrielles et tertiaires. Les employés de bureau et de commerce, et une partie des cadres, se trouvent, davantage que par le passé, tenus de res-

pecter des normes de production et des délais stricts. De leur côté, les ouvriers et techniciens sont de moins en moins à l'abri des exigences commerciales immédiates : la réponse en urgence aux demandes des clients.

Parallèlement, les formes traditionnelles d'assujettissement temporel, dont en premier lieu le travail à la chaîne, n'ont pas reculé. Elles connaissent même une expansion dans certains secteurs, comme l'agro-alimentaire et notamment les abattoirs, avec des temps de cycle extrêmement brefs, de l'ordre parfois de deux à trois secondes. Cette évolution revêt deux caractéristiques sociodémographiques importantes : elle concerne davantage les femmes ouvrières que leurs homologues masculins ; et elle se traduit par un élargissement des zones d'âge les plus concernées, car les réaffectations hors-chaîne après 40 ans sont devenues difficiles, les postes de préparation ou de nettoyage étant souvent supprimés ou sous-traités.

Resserrons encore cet examen des contraintes temporelles. La marge de manœuvre d'un salarié à chaque instant pour organiser ses gestes, ses prises d'informations, ses réflexions et décisions, ne dépend pas seulement du temps dont il dispose au moment même mais aussi des possibilités qu'il a (ou non) d'effectuer une partie de ses actions de façon presque automatique, d'anticiper sur certaines autres et de les préparer, etc. De ce point de vue, l'organisation en « juste à temps » a déséquilibré bien des stratégies et savoir-faire, individuels ou collectifs, parfois élaborés de longue date. C'est ce que Patrick Hamelin montre de façon très claire quand il décrit les bouleversements que le « zéro stock » a introduits dans la gestion du temps chez les chauffeurs routiers (Hamelin, 1993). Mais on retrouve cette même idée, d'un travail à la fois plus dense et plus difficile à programmer, dans des activités aussi diverses que le montage automobile (Gaudart & col., 1995) ou les soins hospitaliers (Tonneau, 1991).

A l'autre extrémité de l'échelle des temps, c'est au niveau des parcours professionnels dans leur ensemble qu'on retrouve les signes d'un morcellement et d'une incertitude croissants. Le *tempo* rapide des restructurations industrielles, l'incitation à une forte mobilité de l'encadrement, la recherche de flexibilité dans les affectations sur les postes, la programmation dans l'urgence (ou la déprogrammation) des sessions de formation, et surtout les multiples statuts précaires, provoquent une instabilité accrue des collectifs de travail et des itinéraires personnels dont les effets sur le psychisme sont abondamment illustrés dans un ouvrage récent (Paroles de médecins du travail, 1994).

C'est très largement à l'évolution des contraintes de temps qu'on peut attribuer la dégradation des conditions de travail telles que les salariés les perçoivent. Ce n'est pas contradictoire avec des effets bénéfiques du progrès technique. L'automatisation de tâches pénibles, la mise en place d'installations protectrices contre le bruit ou les poussières, les aides à la manuten-

tion, atténuent certaines contraintes de travail parmi les plus sévères. Mais les contraintes qui demeurent impliquent un nombre croissant de personnes, en raison des fréquents changements de postes, des sous-traitances multiples, des emplois temporaires, etc. Et, faute de temps ou d'effectifs suffisants (les deux sont liés), chacune de ces personnes a des possibilités restreintes de faire face aux exigences de sa tâche en protégeant sa santé : choisir le bon moment pour telle ou telle action, chercher l'outil ou le document explicatif approprié, demander l'aide d'un collègue, se mettre d'accord sur la façon de faire en confrontant les expériences de chacun, s'enquérir soigneusement sur les besoins du demandeur, du client ou de l'utilisateur, autant de stratégies banales qui se trouvent sans cesse compromises.

Dans ce contexte, des évolutions de l'organisation qui pourraient s'avérer propices à un parcours professionnel qualifiant, comme la polyvalence ou la maintenance au poste, débouchent parfois sur des conséquences inverses. L'appel à la polyvalence est alors vécu, notamment chez les ouvriers d'âge mûr, comme réclamant une prise de risque à laquelle ils ne pourront pas faire face. Et, dans l'introduction de la maintenance ou du contrôle de qualité sur le poste, le salarié percevra d'abord la disparition de quelques poignées de secondes qu'il avait su gagner face aux impératifs du flux tendu.

Pour que l'idée de « progrès » technologique soit transposée dans le domaine des conditions de travail, il faudrait donc que la modernisation technique se trouve dissociée des exigences d'intensification du travail et de gestion flexible de la main-d'œuvre qui l'accompagnent le plus souvent. Il n'est pas exclu qu'une redéfinition des objectifs assignés à l'appareil de production permette dans certains cas une inflexion en ce sens. Mais ce n'est pas la situation la plus fréquente. C'est pourquoi on ne peut pas subordonner la préservation et la construction de la santé aux retombées de la modernisation.

Les pièges de la simplification

Au vu de ce qui précède, la voie pourrait sembler tracée, pour la recherche scientifique comme pour les initiatives des acteurs sociaux : identifier de façon précise les causes d'atteintes possibles à la santé dans chaque situation et engager les transformations nécessaires pour y remédier, en associant largement les salariés eux-mêmes à ces actions de transformation. Mais cette orientation apparemment simple comporte de nombreux pièges, et ses chances de succès dépendent du souci qu'on aura de ne pas simplifier à l'extrême cette délicate question de l'intervention. Nous voudrions pour cela

indiquer d'abord quelques écueils sur lesquels l'analyse des « risques du travail » (Cassou & col., 1985) vient souvent buter.

Les données chiffrées disponibles peuvent constituer, paradoxalement, le premier de ces écueils. Car bien souvent les indicateurs chiffrés usuels reflètent autant un fonctionnement social et institutionnel que la réalité de la pathologie liée au travail. C'est le cas notamment en matière d'accidents (Huez, Volkoff, 1991), surtout pour les accidents bénins : les stratégies de déclaration à la Sécurité sociale, donc les statistiques fondées sur ces déclarations, varient selon les entreprises, les périodes, les modalités de gestion des ressources humaines. Elles varient non seulement en terme quantitatif (déclaration ou non déclaration) mais plus encore en terme qualitatif : précisions sur les circonstances de l'accident, sur l'attribution de ses causes, etc.

Pour les maladies professionnelles (Thébaud-Mony, 1991), les difficultés et les restrictions auxquelles se heurtent les procédures de reconnaissance par la Sécurité sociale aboutissent en France à un nombre global très faible de maladies reconnues ; et les variations de ce nombre sont essentiellement le produit de modifications réglementaires, comme celle qui a permis la progression récente et très rapide des reconnaissances de « TMS » (troubles musculo-squelettiques).

Comment expliquer le déséquilibre entre la signification limitée de ces indicateurs et la place importante qu'ils occupent dans la réflexion sur la prévention, dans l'entreprise comme au plan national ? Si la sécurité du travail figure, aux côtés de la qualité, du niveau des stocks ou des parts de marché, parmi les objectifs chiffrables autour desquels chacun va se trouver mobilisé et évalué, cela incite les responsables dans les entreprises à forger des indicateurs d'apparence sérieuse, c'est-à-dire, pour eux, chiffrés. Mais cela les incite aussi à peser sur ces indicateurs pour qu'ils évoluent dans le bon sens, grâce bien sûr aux actions de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail, mais grâce aussi à une attitude plus restrictive vis-à-vis d'une formalisation des atteintes à la santé. La comptabilité analytique en usage dans les entreprises impute à chaque service, chaque atelier, chaque chantier le coût direct d'un accident. Chaque responsable hiérarchique se trouve ainsi encouragé à ne pas déclarer ou à émettre des réserves sur la réalité de l'accident, quitte à ne pas faire circuler les informations concernant la sécurité dans l'entreprise.

Se pose alors la question d'une réflexion critique de la part des acteurs de la prévention, y compris les représentants des salariés, pour examiner ces indicateurs, interroger leurs conditions d'élaboration et rechercher d'autres sources d'informations, en général non chiffrées, afin de tirer de cet ensemble une vision plus pertinente des relations santé-travail dans une entreprise ou un secteur.

Une deuxième difficulté réside dans le choix du bon niveau d'analyse. Parfois il est nécessaire d'aller dans le détail et d'opérer des distinctions fines. Par exemple, dans l'étude des effets du travail posté sur le sommeil, on doit prêter attention à la réduction d'une phase bien précise : le sommeil dit « paradoxal », c'est-à-dire en gros les périodes des rêves, qui surviennent plusieurs fois par nuit et deviennent plus longues en fin de nuit. Si le sommeil est raccourci ou fragmenté, les périodes finales sont perdues, et avec elles une grande partie de ce sommeil paradoxal dont le rôle est important en ce qui concerne la qualité de la mémorisation, ainsi que pour la récupération et le traitement des émotions de la journée antérieure (Foret, 1978).

Mais il faut en même temps préserver une vision plus globale des situations vécues par les salariés. Pour rester dans l'exemple du travail posté, une question importante est celle de l'arbitrage entre des rotations longues et des rotations courtes pour les changements d'horaire, avec toutes les combinaisons que l'on peut rencontrer : passage de la nuit à l'après-midi ou au matin, toutes les semaines ou tous les deux-trois jours, avec des repos assez groupés ou plus dispersés, etc. La plupart des résultats dans le champ de la physiologie semblent plaider pour des rotations courtes, moins déstructurantes pour les rythmes corporels. Mais une bonne organisation de la vie familiale et sociale peut au contraire s'accommoder plus aisément d'une rotation hebdomadaire. Seule la prise en compte simultanée de ces différentes dimensions est à même de créer les conditions des compromis les plus acceptables (Quéinnec, Teiger, de Terssac, 1992).

Autrement dit, en matière de santé au travail, le point de vue du physiologiste comme le point de vue de chaque chercheur scientifique, pour important qu'il soit, ne peut être qu'une contribution à l'analyse globale de la relation santé-travail.

Reste à évoquer un troisième type de difficultés, celles qui résultent d'une lecture étroitement causaliste des liens santé-travail. Des relations cause-effet sont bien repérées scientifiquement, par exemple l'exposition prolongée à un bruit supérieur à 85 dB(A) génère un déficit auditif dont le profil en fonction des fréquences sonores est caractéristique de cette exposition. Mais la vie au travail est plus complexe ; et les effets du bruit ne se limitent pas à la seule surdité. A des intensités bien moindres, le bruit peut provoquer une gêne dans le travail selon la nature de l'opération à réaliser, les caractéristiques de la personne exposée, selon entre autres le fait qu'elle provoque ou non par son activité le bruit en question. Cette gêne peut aller d'un simple trouble (des communications, de l'humeur...) à des atteintes cardio-vasculaires, une hypertension artérielle, etc.

En général les relations entre travail et santé ne s'explicitent pas sur une base monocausale. Une même caractéristique du travail peut générer plusieurs conséquences dans le domaine de la santé, y compris des conséquen-

ces contradictoires. Par exemple, une exigence de précision gestuelle peut solliciter la vision dans des conditions propres à entraîner à plus ou moins long terme des troubles oculaires, mais en même temps cette précision requise peut générer une habileté qui, en tant que composante forte de l'identité professionnelle et de la compétence, contribuera positivement à la santé psychique.

En retour, une même dégradation de la santé peut avoir plusieurs causes professionnelles auxquelles s'ajouteront des facteurs non professionnels. En outre, l'état de santé peut rétroagir sur la façon de travailler : par exemple, la déficience d'un organe ou d'une fonction peut amener un travailleur à « s'épargner » en ce domaine, quitte à solliciter davantage d'autres organes ou fonctions, avec de nouvelles conséquences pathologiques possibles. Enfin, comme on l'a déjà évoqué, des mécanismes de sélection sont à l'œuvre, et l'affectation d'un travailleur sur un poste donné à un moment donné résulte pour partie de ses conditions de travail antérieures, de l'évolution de sa santé, etc.

Cet ensemble compliqué de relations causales, d'enchaînements, de stratégies et de compromis, est souvent décriptable à partir d'une analyse du travail où la verbalisation des opérateurs est essentielle sur chacun des trois registres : l'activité (qui ne se limite pas forcément à l'observable), les conditions dans lesquelles elle est réalisée (qui peuvent être variables) et ses conséquences (qui ne sont pas toutes apparentes sur le lieu du travail). Et c'est un apport original de l'ergonomie de langue française (Guérin & col., 1991) que de proposer cette analyse du travail comme l'approche la plus révélatrice des enjeux de santé au travail – et par ailleurs, de bien des enjeux du côté de l'appareil de production et de ses performances.

Dans cette exploration des changements possibles, de l'établissement du diagnostic jusqu'à l'élaboration et l'expérimentation des solutions, la parole des opérateurs directement concernés est décisive. Encore faut-il, pour qu'elle occupe la place centrale qui lui revient, que cette parole d'hommes et de femmes sur leurs propres conditions de travail, leur activité, leur santé, puisse être comprise dans ce qu'elle révèle autant que dans ce qu'elle tait. Les agents matériels ne sont pas seuls en cause dans les accidents et les altérations de la santé au travail. Dans toute situation à risque, il importe certes de comprendre quels sont les facteurs pathogènes mais aussi de comprendre comment la situation a pu se dégrader à ce point. Comment les organisateurs du travail, les cadres, le service des méthodes n'ont pas pu analyser plus tôt les risques et y remédier ? Comment les opérateurs ont-ils pu accepter durablement de telles conditions et ambiances de travail ? (Thébaud-Mony, Cru et Coll, 1995).

Prenons un exemple d'actualité : l'amiante. L'inhalation de poussière d'amiante crée un risque de cancer du poumon, de la plèvre (le mésothé-

liome) ou encore un risque spécifique à l'amiante, l'asbestose. Or de nombreux travailleurs coupent, percent, grattent toujours en 1995 des produits neufs contenant de l'amiante (Huré, 1995) sans forcément réagir ni même se protéger. Sans parler de celles et de ceux qui sont exposés à l'amiante en place dans les bâtiments. Faut-il évoquer la méconnaissance des travailleurs, des cadres ? Sans doute, mais c'est la texture même de cette ignorance qu'il convient d'interroger surtout si l'on sait que la toxicité de l'amiante est connue depuis 90 ans.

La première étude d'un inspecteur départemental du travail sur le sujet date de 1906 ; en 1945 l'asbestose est reconnue comme maladie professionnelle ; entre 1940 et 1960 les publications se multiplient sur les risques de cancers. En 1947, la Chambre syndicale de l'amiante et la Fédération des industries chimiques CGT arrêtent d'un commun accord les moyens de lutte contre « l'insalubrité ». Une enquête médicale et technique est ouverte dans les filatures d'amiante pour l'ensemble du personnel sous le contrôle des ministères du Travail et de la Santé publique. La revue de la fédération CGT informe ses lecteurs et décrit précisément l'asbestose et les mesures à prendre (*La voix des industries chimiques*, 1947). Or il faudra attendre 1977 et la première grande campagne publique contre l'amiante pour obtenir une première restriction à l'utilisation de ce produit dangereux : l'interdiction du flochage dans les seules habitations, étendue un an plus tard à tous les bâtiments.

Comment expliquer qu'il n'y ait pas eu de mobilisation des travailleurs (et de leurs organisations syndicales) à la mesure de la gravité de l'épidémie due à l'amiante ? Cet exemple est pour nous révélateur des difficultés rencontrées par les syndicalistes à mobiliser les travailleurs sur les problèmes de santé au travail, non seulement aujourd'hui, où « le chantage à l'emploi » verrouille l'émergence de ce type de revendication, mais aussi il y a 15 ou 30 ans. Cet exemple nous montre aussi les limites des actions des préventeurs spécialisés (médecins du travail, services de prévention des CRAM, inspecteurs du travail et autres organismes de branches : OPPBTP, MSA...). Cet exemple enfin ne peut qu'engager les syndicalistes, les spécialistes, les chercheurs à comprendre de quoi est tissée cette résistance des travailleurs à leur engagement pour améliorer leurs conditions de travail et de sécurité.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour rendre compte de ce décalage entre les connaissances scientifiques et leur mise en œuvre dans le champ social. Par exemple, la culture syndicale en France ne poussait guère à une intervention dans les choix industriels. Les économistes de l'école de la régulation parlent du compromis fordien pour désigner cette répartition de fait entre le mouvement syndical et les directions d'entreprises, le premier ayant tendance à laisser aux secondes les choix de gestion et d'organisation du travail moyennant une juste rétribution (Boyer, 1995). Ainsi furent

négociées toutes les primes de nuisance et de rendement possibles. Ainsi furent négociées en 1947 des indemnités compensatrices à verser aux travailleurs de l'amiante en fonction de l'insalubrité de leur poste.

Mais pour nous en tenir à la composante spécifiquement santé et travail, il est certain que si ce compromis social a été durablement possible, c'est qu'il recouvre et s'enracine en même temps dans une logique autre que socio-économique, la logique de la subjectivité, que nous allons examiner en évoquant les représentations du risque et de la peur chez des ouvriers exposés au danger, spécialement dans le cas du bâtiment et des travaux publics, où de nombreuses études ont été menées dans ce domaine.

Les représentations du risque et de la peur

Devant l'ampleur de la catastrophe due à l'amiante qui se déroule aujourd'hui sous nos yeux, nous avons posé le problème du retard entre l'élaboration des connaissances scientifiques en matière de santé et travail et leur mise en œuvre dans le champ social. Nous voudrions montrer maintenant qu'il ne s'agit pas principalement d'une question de transmission de connaissances. Pour mieux éclairer de quoi il s'agit dans la difficulté des travailleurs et de leurs organisations à intervenir sur leurs conditions de santé et de sécurité au travail, nous allons prendre l'exemple de la sécurité sur les chantiers, en laissant de côté la question des maladies professionnelles.

Dans ces industries les causes matérielles de la grande majorité des accidents sont répertoriées depuis longtemps : chutes de hauteur, chutes de plain-pied, éboulements de terrain, heurts par engins... La prévention de ces risques est-elle plus aisée que celle des risques chimiques ou celle des maladies dues à l'amiante ? On pourrait penser que oui car les risques sont visibles par chacun. Point n'est besoin d'expertise scientifique pour constater l'existence d'un risque de chute de 5 ou 10 mètres de haut, ni pour imaginer les conséquences éventuelles d'une telle chute. Or il n'en est rien. D'une manière très paradoxale, des opérateurs côtoient le vide sans prendre de mesures particulières. Il n'y a pas d'adéquation entre ce qui est l'évidence du risque pour un observateur extérieur et la manière dont les ouvriers ou les artisans le perçoivent.

Ce phénomène est bien connu des gens de terrain. Des garde-corps disponibles sur le chantier n'ont pas été montés ; une protection sur une trémie a été retirée sans que l'on sache pourquoi ; le jeu d'échelles sur l'échafaudage n'est pas utilisé... Parfois même, les opérateurs se lancent de véritables défis en s'envoyant brusquement un outil, en jouant d'adresse à se pendre par les pieds à l'échafaudage, en marchant sur une seule planche à plusieurs mètres de hauteur.

Les explications immédiates de ces attitudes tournent autour de l'infantilisation : « On leur répète tout le temps de faire attention », « faudrait toujours les surveiller », « on ne peut pas mettre un flic derrière chaque gars » disent les chefs de chantier d'une manière habituelle. Et dans le passé nous avons connu les explications d'un académicien (Siegfried, 1953), qui légitimait de son autorité morale ces conceptions psychologiques spontanées des cadres, des dirigeants d'entreprises et de bien des spécialistes de santé et sécurité :

- « Manque d'attention » ;
- « L'élément humain est imprévisible » ;
- « La paresse constitue une cause d'accident très fréquente » ;
- « Il y a aussi l'insouciance » ;
- « Et ce facteur extrêmement curieux et qui je crois est bien français. C'est le point d'honneur de l'homme bien doué qui se fie trop à son agilité et à son habileté. C'est une sorte de bravade sportive, une sorte de recherche du risque... » ;
- « Il est bien évident que beaucoup d'accidents n'auraient pas eu lieu s'il n'y avait pas eu usage de l'alcool. »
- « On constate un maximum d'accidents chez les non-évolués, chez les gens qui ne savent pas lire, qui viennent d'autres continents... Ce n'est pas qu'ils ne soient pas intelligents, mais ils sont ignorants, inadaptés, et par manque de culture, plus exposés à l'accident que les gens cultivés. »

Manifestement cet académicien, qui eut à l'époque une grande influence dans le milieu de la prévention, s'en tient à un jugement rapide et ne fait qu'exprimer son impuissance et sa conception très péjorative, voire dédaigneuse, des hommes au travail. Car encore une fois, de quelles connaissances a-t-on besoin pour percevoir ou non la chute possible ? Faut-il connaître absolument la loi de la gravitation universelle ? Nous verrons plus loin que si une connaissance fait défaut aux travailleurs (ouvriers comme encadrement) pour éviter la chute de hauteur, c'est celle des outils dont on dispose pour transformer les situations de travail. Or dans une conception comme celle de Siegfried, les mesures de prévention ne peuvent être élaborées que par des spécialistes chargés de porter la bonne parole chez les professionnels. Certes, aujourd'hui les actions de propagande auprès des salariés ont été remplacées par des actions dites de sensibilisation ou de formation. Mais quant au fond, la problématique est la même, les travailleurs sont encore largement considérés par les spécialistes de la prévention comme manquant de connaissance voire de maturité.

Depuis une dizaine d'années, une autre hypothèse est avancée dans la communauté scientifique : les opérateurs prendraient des risques, certes, mais cette prise de risque serait volontaire, elle résulterait d'un choix entre

différentes possibilités d'action. La prise de risque relèverait donc d'une prise de décision après évaluation par l'opérateur des bénéfices escomptés et des probabilités d'accident (Goguelin, Cuny, 1988). De quelle nature serait cette prise de décision ? S'agit-il d'un raisonnement logique sur des hypothèses étayées ? S'agit-il de réactions automatiques à une configuration identifiée, d'un raisonnement par analogie aux expériences antérieures ? Quelles sont les représentations du travail, des risques, de l'accident, mises en jeu par les opérateurs ? Un film-vidéo récent (Baratta, 1993) permet de travailler ces questions et de dégager une autre approche de ces attitudes paradoxales – en lien avec les thématiques de la psychopathologie du travail sur lesquelles nous reviendrons ensuite.

Dans ce film, il est question de sécurité, de prévention, mais ce ne sont pas des préventeurs qui s'adressent à des professionnels pour les convaincre. Au contraire, pour une fois ce sont des ouvriers, un chef de chantier, un chef d'entreprise qui parlent de leur travail, des difficultés pour le réaliser, de leur vie au chantier. Dans ce film les ouvriers coffrent des poutres et des murs, coulent le béton en été comme en hiver, montent des tours d'étaie-ment. Mais aussi, ils cassent la croûte, boivent ensemble, se chamaillent à coup de casquette, jouent, parlent. Ils parlent entre eux, ils parlent aux spectateurs, avec des pointes d'humour parfois. Le chef trace, discute du travail à réaliser avec le compagnon ; il évoque ses relations difficiles avec l'inspecteur du travail, il parle de ses nuits, nuits où il résout un problème ou nuit agitée par la peur d'un accident sur le chantier. Et dans ce film, les hommes ont une vie hors travail ; leurs épouses sont invitées à un repas. Elles sont là, élégantes, un peu timides. Les hommes aussi se sont habillés pour la circonstance. Les femmes parlent de leur vie, de la peur qu'elles éprouvent pour leur mari au chantier, des mots prononcés chaque matin au moment du départ. Hommes et femmes se parlent, nous parlent. Chacun a une histoire, en dit quelque chose, d'une voix franche, dans des accents variés, dans des modulations du silence où le souvenir, la pensée, les mots cheminent.

De ce travail long et patient, le réalisateur propose un montage répondant à la commande du ministère du Logement : fournir des matériaux à la réflexion d'un séminaire sur les représentations des risques et de la prévention chez les professionnels. Toutes les représentations recueillies n'ont pas les mêmes caractéristiques. Certaines sont claires, dépourvues d'ambiguïté. Par exemple le grutier formule une proposition : que les compagnons apprennent bien les signes conventionnels pour guider la grue. Ou encore, une discussion s'engage entre les ouvriers au cours de la réunion sur les moyens d'éviter d'accumuler du béton sur le pied des coffrages. Ces idées se caractérisent par le fait qu'elles peuvent être mises en débat, entre eux.

Plus subtil est le phénomène de minimisation de la gravité des accidents. Un ouvrier tombé de quatre étages, au travers de quatre planchers succes-

sifs de l'échafaudage dira : « Six mois arrêté, c'est pas grave, ça. » Pour un autre, « des côtes cassées, c'est pas grave. » Un autre encore : « Le poignet, les jambes, c'est pas grave. Quand on peut plus se relever, les reins, ça c'est grave, qu'on se retrouve sur un chariot. » Mais il faut être très attentif, car cette minimisation ne peut être prise à la lettre. Par exemple, un compagnon montrant le bout de son doigt coupé explique comment s'est produit l'accident, en faisant des coins à la scie circulaire. « Le doigt, c'est pas grave. » Mais il ajoute que depuis, il n'y a plus de scie circulaire sur le chantier. Ainsi, il peut coexister une euphémisation de l'accident et un geste positif pour éviter qu'un accident semblable se reproduise. Cette ambiguïté se retrouve sur de nombreux thèmes. Le même ouvrier peut dire : « Le bâtiment n'est pas plus dangereux qu'un autre métier, prenez la formule 1 par exemple » et avancer plus tard : « J'aime bien le danger, ça m'intéresse, ça m'attire, c'est plus fort que moi. C'est pas le quotidien. Ça sort de l'ordinaire. » Ou encore sur un autre thème : « Faut faire attention à ce qu'on fait, c'est la meilleure règle... (de sécurité). Moi, le matin, je ne fais pas tellement attention, je ne suis pas réveillé et le soir on fait un peu moins attention, on pense à partir... »

Minimisation de la gravité des accidents dans les discours, ambiguïté de la parole et du geste, ambivalence sur le danger, ambivalence sur l'attention : les représentations n'ont pas un contenu stable, figé. Les valeurs s'inversent très facilement au gré de la conversation. Mais le phénomène le plus surprenant c'est encore la négation ou la dénégation du risque. « Aucun risque ! » La remarque revient continuellement dans la bouche des uns et des autres. Un opérateur qui travaille en équilibre (sans plancher) au montage d'une tour d'étaie-ment à trois ou quatre étages de haut déclare « Aucun risque ! La tour, c'est moi qui l'ai montée, je sais qu'elle est solide. » Un autre dira : « C'est pas parce qu'il y a un trou qu'il y a un risque : il a deux mains le gars, pour se tenir. » Le chef s'emporte à un moment : « A trois mètres, moi je dis qu'il faut arrêter avec ça ! Y a aucun risque... » A la question : « Comment vous calculez le risque ? comment vous faites pour savoir si vous allez tomber ou pas ? », un maçon répond très nettement : « Faut pas y penser. Si vous pensez pas, vous tombez pas. Faut être franc, faut dire je tomberai pas. C'est tout. Faut pas penser au danger, faut essayer de l'éviter. » On est loin, dans ce cas-là en tout cas, d'un libre choix de l'opérateur dans la prise de risque.

Dans toutes ces paroles de compagnons apparaissent trois types de représentations : représentations claires, représentations ambivalentes, représentations absentes, rejetées, écartées, des représentations qui sont là, agissantes, sans y être vraiment, sans être mobilisables pour la prévention par exemple.

Les ouvriers ne parlent pas non plus spontanément de leur peur. Pendant des mois, le cinéaste revenait du chantier en se demandant ce qu'il allait pouvoir tirer de ses rushes. Lorsqu'il pose la question : « Avez vous déjà eu peur ? », la réponse est d'abord « non. » Puis les réponses sont commentées par les opérateurs eux-mêmes : « Il tombe tout de suite, le gars, s'il a peur. » « pourquoi j'aurais peur ? Si j'avais peur de travailler, j'arrêtera. Vous avez peur vous, quand vous sortez de chez vous le matin ? » « jamais peur [...] sauf sur un échafaudage, j'ai le vertige. Je suis pas rassuré. Un moment je travaillais en charpente, j'ai pris le vertige. » On aura noté le glissement du mot peur au mot vertige, glissement que l'on retrouve à d'autres occasions dans ces conversations.

Nous allons voir que ces représentations absentes, ces représentations en creux ne sont le fruit d'aucune décision argumentée. Elles relèvent de processus inconscients, dont rend compte la psychopathologie du travail. Un bref détour théorique est ici nécessaire, afin de revenir ensuite aux modalités de mobilisation des salariés pour la transformation des situations de travail.

Les mécanismes de défense

La psychologie ne considère souvent les représentations que dans leur contenu, comme des images plus ou moins fidèles des objets représentés. La psychopathologie au contraire rend compte de ces formations par leur fonction : elles relèvent de différents processus psychiques en œuvre chez tout un chacun, processus conscients et inconscients. La représentation est une fonction qui permet à chacun de ces processus psychiques d'assimiler par transformation, ou de rejeter, tout nouvel élément qui se présente à lui. Cette activité est « l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique » (Aulagnier, 1975). Cette théorie de l'inconscient rend compte de la formation de ces blancs, de ces rejets relevés dans les propos des opérateurs.

Ces mécanismes de rejet ou d'assimilation par transformation constituent ce que l'on appelle en psychopathologie des mécanismes de défense contre la souffrance psychique. Nous vivons tous, plus ou moins à notre insu, avec de tels mécanismes qui nous épargnent les pensées dérangeantes, les images insupportables, les signes de détresse, que nous ne pourrions supporter qu'au risque de troubles mentaux plus ou moins graves. La psychopathologie dans le sens où nous l'utilisons après beaucoup d'autres auteurs, concerne chaque individu. Elle relève de la souffrance, que l'on soit malade ou non (Tosquelles, 1992).

Nous sommes là dans une logique qui n'a rien à voir avec la rationalité mathématique. Une représentation comme la peur peut être à la fois présente, agissante et absente quant à son propre contenu. Des contenus contradictoires peuvent coexister pour un même objet (l'ambivalence face au danger). Cette reconnaissance de l'inconscient est sans doute un seuil difficile à franchir pour

nombre de syndicalistes et de spécialistes de la santé au travail. Mais la vie et la santé des hommes et des femmes ne peuvent se découper en santé du corps d'une part et santé mentale de l'autre. La peur de la blessure, de l'irruption de la mort, et les défenses contre cette peur façonnent le rapport de chacun au risque réel.

La même approche vaut pour bien d'autres formes de souffrance : la fatigue, les douleurs, la solitude, la confrontation à la souffrance des autres (chez les travailleurs sociaux, les personnels de santé...), le sentiment de dévalorisation, etc. Reconnaître l'engagement subjectif de chacun dans son travail, dans la construction de ses rapports santé/travail, ne disqualifie pas pour autant la part du collectif et de l'institutionnel dans ce vécu singulier. Au contraire, la psychopathologie du travail éclaire encore un peu plus cette articulation de l'intime et de l'autre.

Pour reprendre l'exemple des ouvriers du bâtiment, nous pouvons décrire le jeu interactif entre le mécanisme de défense de chacun et ce que nous appellerons un mécanisme de défense de groupe. Ces ouvriers disent très bien pourquoi il leur faut écarter tout ce qui pourrait éveiller la peur. Ils ne pourraient pas travailler durablement sur les chantiers, ces lieux dangereux par excellence, s'ils avaient à l'esprit constamment le danger. La peur leur serait insupportable. Mais ce mécanisme de défense, contre la souffrance qu'est la peur, est porté par toute la communauté ouvrière. Qu'un seul vienne à exprimer sa peur et voilà que chacun dans la communauté est menacé, et que toute la communauté elle-même est ébranlée. Aussi les défenses individuelles se consolident dans un mécanisme de défense du groupe que C. Dejourn (1993b) a appelé l'idéologie défensive de métier.

Dans le bâtiment, la virilité et ses valeurs fournissent le ressort de cette idéologie. Se plaindre de la dureté du travail ne se fait pas. Exprimer sa peur c'est s'exposer à être la risée des autres ; « On est des hommes, on n'est pas des "gonzesses", on n'a pas peur. » Dans cette idéologie, l'alcool a joué et joue encore un rôle important, car il calme l'anxiété. C'est un anxiolytique qui ne dit pas son nom, en vente dans toutes les épiceries et dans tous les cafés. Il dispense d'avoir à adresser une demande d'aide à un médecin, il évite de reconnaître que quelque chose ne va pas. Il s'inscrit parfaitement dans le silence imposé par l'idéologie défensive à l'encontre de tout ce qui s'associe à la peur, l'accident, la maladie. De plus la consommation de l'alcool soude le groupe et entretient la convivialité.

Cette idéologie défensive rend compte des jeux périlleux auxquels se livrent les ouvriers du BTP et ceux d'autres métiers à risques. C. Dejourn (1993b) a pu décrire « les jeux olympiques » organisés certaines nuits dans la chimie. On peut aussi comprendre selon ce schéma les réactions à l'ennui dans les travaux répétitifs (par l'auto-accélération), à la souffrance des infirmières (par un surcroît de compassion, de maternage, alternant avec la dérision – Molinier

1994), à l'exposition aux nuisances comme le bruit ou les toxiques (par la négation pure et simple). Seule une enquête précise auprès des salariés de l'amiante permettrait de déterminer en quoi un tel mécanisme défensif de groupe a pu jouer dans le fait que la connaissance des risques dès 1947 n'ait pu déboucher sur des mobilisations et des décisions restrictives quand à l'usage du produit. Mais il y a fort à parier que l'ambivalence d'un « vouloir/savoir » - « vouloir/n'en rien savoir » soit en cause.

La prévention à partir du travail et avec les travailleurs

Tous ces systèmes défensifs de groupe contre la souffrance psychique posent un grand problème à toute intervention : ils opposent une forte résistance à toutes tentatives de changement. Par exemple, les politiques volontaristes de sécurité imposées par les directions ou les services sécurité heurtent généralement la communauté travailleuse. Combien de campagnes de sécurité ont tourné court qui viennent agiter devant les travailleurs des films aux images sanguinolentes, des affiches aux représentations morbides (doigts coupés, tête pansée, etc.) ? Combien de formations sur les « gestes et postures » laissent les salariés sceptiques, compte tenu des contraintes auxquelles ils doivent faire face dans leur activité de travail ? Combien de préventeurs passent leur temps à répéter les mêmes choses sans grande efficacité (« on fait des piqûres de rappel » dit-on dans leur milieu) ?

Les syndicalistes sont confrontés à cette même résistance de la part de leurs collègues s'ils utilisent les mêmes méthodes d'intrusion dans l'idéologie défensive : intervention centrée sur l'accident ou la maladie et effort de persuasion axé sur la peur ou la culpabilité. Les délégués se découragent et disent ne plus s'occuper de santé et de sécurité s'ils veulent être réélus. Dans les sessions de formation de CHSCT, pour peu que l'on veuille bien prêter attention au difficile travail de militant, les témoignages abondent : « Quand je dis aux gars de faire attention à la sécurité, de remettre les garde-corps, ils m'envoient promener. Je suis obligé de gueuler plus fort qu'eux. Alors ils me disent que je ferais mieux de gueuler pour la paie que pour ça. Des fois le conducteur de travaux passe et il ne me loupe pas. Il me dit que je réclame la sécurité pour les gars et qu'ils s'en foutent. »

Les choses se compliquent lorsque les syndicalistes s'en tiennent à la mission de contrôle des prescriptions. « Quand je dis au patron que la sécurité n'est pas assurée, il me demande sur quel chantier, pour prendre des sanctions. Alors on se tait pour ne pas passer pour des mouchards. » Ou encore, parfois, c'est le patron qui demande directement aux délégués d'intervenir pour faire respecter la sécurité. « Mais nous on ne veut pas perdre nos voix, alors on la boucle. »

Les syndicalistes pas plus que les spécialistes de la prévention ne peuvent agir en heurtant de front l'idéologie défensive de métier. Il leur faut

repenser leur activité et non plus asseoir la prévention sur un renforcement de la prescription et du contrôle mais sur d'autres ressorts, ceux de la coopération, du débat à partir du travail lui-même, de la recherche de solutions concrètes dans des registres aussi divers que possible (outils et locaux bien sûr, mais aussi organisation du travail, emploi, valorisation des compétences,...). Pour cela il leur faut partir de ce que les travailleurs font déjà de positif en faveur de leur sécurité et que nous avons appelé les savoir-faire de prudence (Cru, Dejours, 1983).

Le concept d'idéologie défensive permet de prendre autrement la question de la contribution de la collectivité ouvrière à sa propre sécurité. Puisque les gestes de défi lancé au risque, les jeux dangereux, la résistance aux campagnes de sécurité trouvent une légitimité symbolique en regard de la souffrance des travailleurs et en regard du travail lui-même, il devient possible de ne pas arrêter là l'investigation et de rechercher si, par-delà ce qui est donné à voir dans le défi, les ouvriers ne contribuent pas positivement à leur santé et leur sécurité au travail.

Une enquête avec les tailleurs de pierre a mis en évidence que, s'ils ne parlent pas spontanément des risques qu'ils encourent, ils en ont une connaissance que l'on pourrait qualifier de concrète pour l'opposer à la connaissance abstraite des risques tels qu'ils sont recensés et catalogués par les préventeurs. Les ouvriers connaissent implicitement les dangers de leur travail et ils s'en défendent à l'aide de procédures spécifiques et efficaces, plus ou moins spontanément, c'est-à-dire d'une manière non reconnue par l'organisation du travail, les organismes de prévention, ni par eux-mêmes au début de l'enquête. Ces procédures préviennent de l'accident mais aussi des efforts inutiles, de la fatigue. C'est pourquoi nous les avons appelées savoir-faire de prudence. Ils englobent et dépassent la sécurité au sens strict, ils sont partie intégrante du savoir-faire ouvrier, ils sont indissociables de l'art du métier, des murs, de la tradition.

Par exemple, chaque tailleur de pierre qui travaille au sol apprend vite à ses dépens l'importance d'une bonne mise en chantier de son caillou, c'est-à-dire d'une bonne installation de la pierre qu'il travaille, en face de lui, sur un emplacement dégagé où les gestes peuvent acquérir toute l'ampleur voulue, à une bonne hauteur pour frapper avec aisance, en donnant une légère inclinaison à la pierre pour suivre le trait sans recevoir d'éclat dans l'œil ni en envoyer à ses voisins, et un bon calage pour éviter que le caillou ne brinquebale sous chaque coup ni ne tombe. L'aménagement pourra être complété par une étagère plus ou moins de fortune pour avoir les outils à portée de la main sans avoir à se baisser, par des dispositions pour les affaires personnelles (déposer la montre et la préserver des chocs ou de la poussière, poser les cigarettes ou le tabac...). Bref, mieux vaut prendre le temps de s'installer

confortablement, on y gagne finalement en temps, en fatigue, en précision et l'on évite les accidents.

De tels savoir-faire s'apprennent au chantier en regardant faire les anciens puis en particularisant ses propres exigences. Tous les tailleurs de pierre ne procèdent pas forcément de la même manière, certains sont plus négligents, d'autres sont pointilleux à l'extrême. Les premiers vont éviter autant que faire se peut ce travail préparatoire, les seconds vont pour la moindre bricole y passer un temps fou. Mais le métier dans sa tradition autorise et reproduit ces savoir-faire porteurs de prudence qui s'opposent en catimini à ces autres savoir-faire, ceux du défi aux risques, ceux des jeux dangereux.

A travers ces résultats, nous retrouvons ce que Faverge (1967) a désigné sous le nom de pratiques de sécurité informelles. On retrouve des stratégies analogues chez les OS de l'automobile pour éviter les situations d'urgence et s'épargner de la fatigue (Gaudart et col., 1995), chez les personnels des remontées mécaniques à la recherche de la meilleure répartition des tâches (Florès, 1994), chez les agents des renseignements téléphoniques ferroviaires qui se construisent une compétence quant à la personnalité des usagers, pour éviter les pertes de temps et les conflits (Dessors, 1992).

Il appartient sans aucun doute aux salariés et à leurs représentants de mettre en avant ces pratiques de sécurité informelles pour développer, à partir des savoirs déjà en usage, des conceptions du travail, une organisation du travail qui contiennent en elles-mêmes ces potentialités créatrices de prudence par les travailleurs.

C'est en recentrant la prévention des accidents, et des atteintes à la santé, sur le travail dans son ensemble, avec ses phases fastes et ses phases néfastes, qu'une action peut recevoir non seulement l'assentiment des opérateurs, mais leur participation à la définition même de la démarche et à l'élaboration des solutions. Des exemples concrets de cette démarche ont été décrits par ailleurs (Cru, 1995). Nul doute que nous n'en sommes qu'au B.A.BA de cette nouvelle conception de la prévention qui, mettant en œuvre les apports de l'ergonomie et de la psychopathologie du travail, place au cœur de sa démarche le fondement de l'intelligence ouvrière : la capacité des travailleurs à parler et à réinventer leur travail.

Dans une telle perspective, les outils habituels des préventeurs, les réunions de sensibilisation, les formations (hygiène, sécurité, gestes et postures, protections individuelles...), les diverses méthodes de diagnostics, l'analyse des accidents par l'arbre des causes ne sont pas pour autant mis au rancart. Ils peuvent fournir l'occasion, non pas d'imposer le point de vue d'une prévention abstraite et extérieure à l'activité de travail, mais d'encourager et d'entretenir un véritable débat dans l'entreprise, où chacun trouve sa place, salariés des différents services, représentants du personnel, direc-

tion, hiérarchie, médecin du travail, agent de sécurité. La parole n'est pas qu'un instrument destiné à reproduire un message préfabriqué, elle est féconde, novatrice, source de trouvailles, génératrice de lien social.

Le travail des syndicalistes en matière de prévention des risques professionnels n'est plus alors de reproduire et d'entretenir les prescriptions élaborées par les spécialistes (experts syndicaux inclus), il est de bousculer la division du travail pour permettre l'intervention des travailleurs dans la conception de leurs modes opératoires et modes de vie au travail.

Références bibliographiques

- Astrand N.E., Hanson B.S., Isacson S.O., 1989 : « Job Demands, Job Decision Latitude, Job Support, and Social Network Factors as Predictors of Mortality in a Swedish Pulp and Paper Company », *British Journal of Industrial Medicine*, n°46.
- Aubry M., 1991 : *Changer le travail*, Communication au conseil des ministres du 27 novembre, ministère du Travail éd.
- Aulagnier P., 1975 : *La violence de l'interprétation*, PUF.
- Baratta R., 1993 : « Aucun risque ! paroles de compagnons », film vidéo, 60 mn, collection *Recherches* n°39 du Plan construction et architecture, CSTB, 4 av. du recteur Poincaré, 75016 Paris.
- Berthezène M., 1991 : « Les accidents du travail à la hausse », *Santé & Travail* n°1, pp. 11-15.
- Bourget-Devouassoux J., Volkoff S., 1991 : « Bilans de santé des carrières d'ouvriers », *Economie et Statistique* n°242, pp. 83-93.
- Boyer R., 1995 : *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, éd. La Découverte.
- Bué J., Dussert F., 1993 : « Les horaires de travail sont moins réguliers et plus diversifiés en 1991 qu'en 1984 », *Premières Synthèses* n°28, ministère du Travail.
- Buisset C., Hiault A., Mignien L., Volkoff S., Monfort C., 1996 : « La consommation de médicaments psychoactifs chez les salariées occupant des emplois administratifs », in Derriennic, Touranchet, Volkoff (éds), *Travail âge santé, études sur les salariés de 37 à 52 ans*, éditions de l'INSERM (à paraître).
- Cassou B., Huez D., Mousel M.L., Spitzer C., Touranchet A., 1985 : *Les risques du travail*, éd. La Découverte, Paris.
- Cézarid M., Dussert F., Gollac M., 1992 : « Davantage de salariés ressentent les pénibilités et les risques du travail », *Premières Informations* n°264, ministère du Travail.
- Cézarid M., Dussert F., Gollac M., 1991 : « Les changements dans l'organisation du travail », *Premières Informations* n°253, ministère du Travail.
- Cru D., 1995 : « La parole créatrice d'idées », *Travail & Sécurité* n°532, pp. 57-63.
- Cru D., 1989 : « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés », *Revue de médecine du travail* tome XVI n°4.
- Cru D., Dejours C., 1983 : « Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment », *les Cahiers médico-sociaux*, Genève, n°3 pp. 239-247.
- Davezies P., 1995 : « Mode d'apparition et formes du vieillissement différentiel dans une entreprise métallurgique », in Marquié, Paumès, Volkoff (éds), *Le travail au fil de l'âge*, éd. Octarès, Toulouse, pp. 131-155.
- Dejours C., 1993a : « Ergonomie, médecine du travail et santé des groupes de travailleurs », in *Ergonomie et Santé*, Actes du XXVIII^e congrès de la SELF, Ramaciotti & Bousquet éd., m&h Genève, pp. 43-45.
- Dejours C., 1993b : *Travail : usure mentale*, Bayard éd.
- Derriennic F., Cassou B., Touranchet A., Monfort C., 1994 : « Relations entre conditions de travail et lombalgie », *Revue de médecine du travail* tome XXI n°1, pp. 33-36.
- Desplanques G., 1991 : « Les cadres vivent plus vieux », *INSEE Première* n°158.
- Desplanques G., 1985 : « La mortalité des adultes, résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980) » *collections de l'INSEE* n°D-102.
- Dessors D., 1992 : « Au bout du "fil de la vie" », *Santé & Travail* n°3, pp. 53-57.
- Doniol-Shaw G., Huez D., Sandret N., 1995 : *Les intermittents du nucléaire*, éd. Octarès, Toulouse.
- Favergé J-M., 1967 : *Psychosociologie des accidents du travail*, PUF.
- Florès J-L., 1994 : « Régulations formelles et informelles des différences d'âge dans le travail », *Revue française des Affaires sociales* n°1 pp. 137-140.
- Foret J., 1978 : « L'homme en activité et son sommeil », *le Travail Humain* 41(1), pp. 43-54.

- Gadbois C., 1990 : « L'exacte mesure des situations de travail posté : au-delà des similitudes formelles », *le Travail Humain* tome 53 n°4.
- Gaudart C., Laville A., Molinié A-F., Volkoff S., 1995 : « Age des opérateurs et travail répétitif, une approche démographique et ergonomique », *Relations industrielles* vol. 50 n°4, pp. 826-851.
- Goguelin P., Cuny X., 1988 : *La prise de risque dans le travail*, Actes de journées d'étude, éd. Octarès, Toulouse.
- Gollac M., 1994 : « Donner un sens aux données, l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail », *Cahiers du centre d'études de l'emploi*, dossier 3 (nouvelle série).
- Grossin W., 1980 : « L'influence à long terme des séquences de travail répétitives sur la personnalité des ouvriers », *Travail & Emploi* n°5.
- Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A., 1991 : *Comprendre le travail pour le transformer*, éd. ANACT.
- Hamelin P. : « Chauffeurs routiers : les poids lourds du temps de travail », *Santé & Travail* n°5, pp. 45-51.
- Hodebourg J., 1994 : *Le travail, c'est la santé ?*, éd. Sociales, Paris.
- Huez D., Volkoff S., 1991 : « Sécurité du travail : les bons indices », *Santé & Travail* n°2 pp. 19-25.
- Huré P., 1995 : « Les produits avec de l'amiante et les opérations qui en libèrent », *Travail et Sécurité*, pp. 452-455.
- Laville A., 1993 : « Aménager le travail en horaires décalés : recherche compromise désespérée », *Santé & Travail* n°5, pp. 52-60.
- La Voix des industries chimiques* CGT, 1947, « l'Amiante », art. non signé, p. 4, n° juin 1947.
- Le Guillant L., 1985 (posthume) : *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* (œuvres réunies), Eres éd., 1985.
- Molinié A-F., Volkoff S., 1993 : « Conditions de travail : des difficultés à prévoir pour les plus de 40 ans », *La société française, données sociales, INSEE*, pp. 195-201.
- Molinier P., 1994 : « Le travail entre souffrance des patients et souffrance des soignants », *l'Information psychiatrique*, pp. 336-342.
- « Paroles de médecins du travail », 1994 (collectif) : *Souffrances et précarités au travail*, éd. Syros.
- Pézerat H., 1992 : « Trop souvent les médecins du travail ne connaissent que les cancérigènes inscrits aux tableaux des maladies professionnelles », interview dans *Santé & Travail* n°4, pp. 17-23.
- Prunier S., Poète V., 1995 : « Supercaissières pour hypermarchés », *Santé & Travail* n°10/11, pp. 17-24.
- Quéinnec Y., Teiger C., De Terssac G., 1992 : *Repères pour négocier le travail posté*, éd. Octarès, Toulouse.
- Riboud A., 1987 : *Modernisation, mode d'emploi*, rapport au Premier ministre, Ch. Bourgeois éd.
- Siegfried A., 1953 : « Le facteur psychologique dans l'accident du travail », *la Revue des deux mondes* pp. 91-101.
- Teiger C., Laville A., Lortie M., 1981 : « Morbidité, mortalité différentielles et conditions de travail dans les métiers ouvriers de la presse », in *Santé publique et vieillissement*, J.C. Henrard éd., Les colloques de l'INSERM vol.101, pp. 69-84.
- Thébaud-Mony A., 1991 : *La reconnaissance des maladies professionnelles*, La Documentation française.
- Thébaud-Mony A., Cru D., Frigul N., Clappier P., 1995 : « La construction sociale de l'accident chez les jeunes » CPC-Document 95/1.
- Tonneau D., 1991 : *Les conditions de travail dans les hôpitaux*, Points de repère ANACT.
- Tosquelles F., 1992 : *L'enseignement de la folie*, éd. Privat, Toulouse.
- Wisner A., 1993 : « Santé au travail et crise technique et économique », in *Ergonomie et Santé*, Actes du XXVIII^e congrès de la SELF, Ramaciotti & Bousquet éd., m&h Genève, pp. 21-28.