

4. Travail et santé: Accès interdit! Propriété privée

La dégradation du rapport de force en défaveur des salariés au cours des deux dernières décennies a eu d'importantes conséquences sur leur santé. Les processus de production « juste à temps », les démarches « qualité », le recours à la sous-traitance et au travail temporaire, la menace constante du chômage ont détruit les stratégies tacites que les salariés avaient construites au cours du temps pour préserver leur santé. La course à la rentabilité, la réorganisation des procédures de travail visant à éliminer tous les « temps morts » causent de nombreux troubles musculo-squelettiques, des atteintes à la santé mentale et une augmentation de la souffrance au travail.

Dans les discours officiels au sujet de la politique de la santé, il est de bon ton de mettre l'accent sur la prévention, censée contribuer à la maîtrise des « coûts de la santé » (cf. chap. 2). Une prévention qui fait cependant bien attention de s'arrêter aux portes des lieux de travail: « Attention, propriété privée! La volonté publique n'a pas à s'y manifester! » Cela, alors que certaines conditions de travail, bien identifiées, jouent un rôle majeur dans l'apparition de maladies, physiques ou psychiques. Une abondante littérature, de même que des expériences de luttes syndicales existent à ce sujet*. Rappel de quelques exemples.

* Les trois séminaires « Raisons d'agir sur le lieu de travail », qui se sont tenus de 1998 à 2000 à Lausanne, ont été accompagnés de la publication de brochures réunissant: elles peuvent être commandées, dans la limite des disponibilités, aux coordonnées indiquées dans l'impressum de cette brochure. Pour une mise en perspective, cf. Michel Gollac et Serge Volkoff, *Les conditions de travail*, Repères, La Découverte, 2000.

Maladies cardio-vasculaires et travail

Les maladies cardio-vasculaires représentent en Suisse la première cause de mortalité. Pour les personnes en âge de travailler (15-64 ans) ces maladies viennent en 2^e position (21 % des décès), après les cancers.

Les maladies cardio-vasculaires résultent à la fois de déterminants sociaux et de facteurs individuels. Il y a des comportements à risque, comme l'abus d'alcool, le tabagisme, les habitudes alimentaires, la sédentarité, ainsi que des profils psychologiques plus ou moins vulnérables (capacité de faire face, par exemple).

De manière générale, les maladies cardio-vasculaires sont plus fréquentes dans les groupes socioprofes-

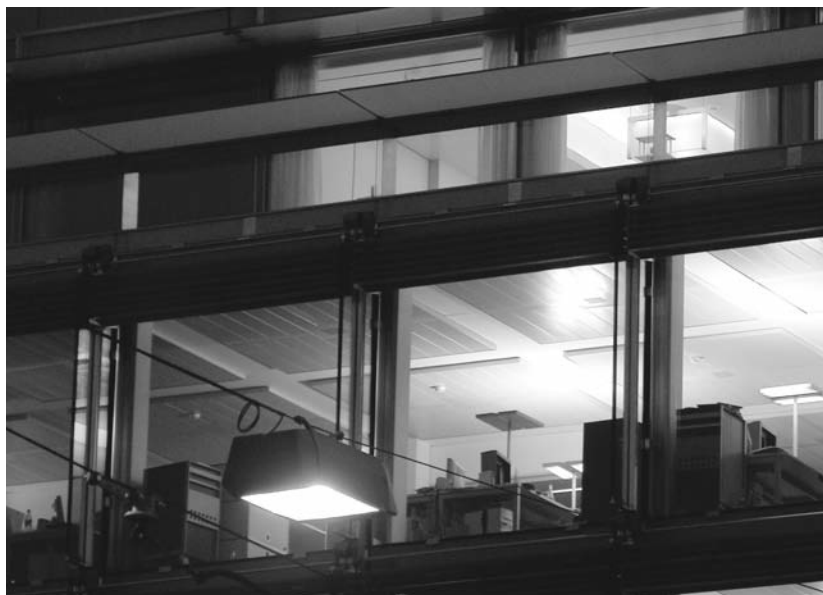
sionnels les plus défavorisés. Il n'existe pas de données précises et univoques permettant de comptabiliser les maladies cardio-vasculaires liées au travail.

Différentes études internationales¹ mettent toutefois en évidence, en écartant l'influence de facteurs de risque liés aux comportements individuels, que 5-10 % des coûts des maladies cardio-vasculaires peuvent être attribués à des facteurs de risque liés au travail.

Le travail de nuit est la cause d'une augmentation de 40 % du risque de développer une maladie cardio-vasculaire. Or le nombre de personnes qui travaillent de nuit en Suisse augmente: 184 000 en 2003, 190 000 en 2005 et 209 000 en 2006.

La modification de la Loi sur le travail, autorisant le « travail du soir » jusqu'à 23, voire 24 heures, entrée en vigueur en 2003, a occasionné une hausse de 12,6 % des personnes actives travaillant le soir. Elles sont 659 000 dans ce cas, soit une personne active sur six, surtout dans les secteurs hôtellerie et restauration, transport et communication, ainsi que santé et activités sociales.

1. Voir : E. Conne-Perréard, M.J. Glardon, J. Parrat, M. Usel (2001), « Effet de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques », OCIRT, Genève.



Les cancers d'origine professionnelle

Une revue bibliographique réalisée par le Centre international de recherches sur le cancer à Lyon (CIRC) indique que, dans tous les pays disposant de données statistiques de mortalité par catégories socioprofessionnelles, la mortalité par cancer, en particulier la mortalité précoce (avant 65 ans), est plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et parmi les professions intellectuelles.

En France, l'Institut national de veille sanitaire indique que « les cancers du poumon d'origine professionnelle sont vraisemblablement compris entre 2500 et 5000 annuellement ». Les facteurs de risque individuels (tabagisme par exemple) ne permettent pas de justifier ces différences. En France, l'écart entre cadres et ouvriers concernant la proportion de fumeurs est de l'ordre de 20 %, quand l'excès de risque de mortalité précoce par cancer chez les ouvriers par rapport aux cadres est de l'ordre de 200 %².

En Suisse, la première cause de décès des personnes en âge de travailler (15-64 ans) est le cancer (37 % des décès). Si l'on voulait identifier des cancers d'origine professionnelle, il faudrait s'intéresser aux conditions de travail vécues au cours de l'ensemble de la vie professionnelle, interroger les personnes en détail pour savoir si elles ont été exposées à des produits cancérigènes, lesquels, pendant combien d'années. Il faudrait également financer des recherches permettant de préciser les données épidémiologiques sur la relation entre conditions de travail vécues et localisation d'un cancer³.

2. Tous ces chiffres sont repris de : Thébaud-Mony A., Histoires professionnelles et cancer, in Santé et travail, déni, visibilité, mesure, *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 163, juin 2006.

3. Il existe seulement deux études systématiques sur la mortalité par cancer selon la profession en Suisse (voir Minder et Beer-Porizek, 1992 ; Gass et Bopp, 1997).

Les troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des atteintes inflammatoires ou dégénératives des structures articulaires, des muscles, des nerfs et structures neuro-vasculaires, ainsi que des tendons. Les facteurs de risque sont les activités répétitives, les travaux nécessitant de la force physique, les vibrations, les positions contraignantes. Les maux de dos ou de nuque, les douleurs musculaires persistantes, les syndromes du tunnel carpien, les épicondylites rebelles

relèvent par exemple des troubles musculo-squelettiques.

Il n'existe pas de données chiffrées précises pour la Suisse. De manière générale, on estime que 33 % des TMS sont attribuables aux conditions de travail. En 1999, Laurent Vogel, chercheur au Bureau Technique Syndical qui suit les questions de santé au travail pour la Confédération européenne des syndicats, déclarait : « *On assiste aujourd'hui dans tous les pays à une épidémie de troubles musculo-squelettiques, face à laquelle il n'existe pas, pour l'instant, de réponse adéquate. Seule une toute petite partie des TMS est aujourd'hui reconnue par les assurances.* »⁴

Dans une publication de mars 2006 concernant les TMS en Europe, un institut financé par la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés en France (CNAMTS) conclut son étude ainsi : « *Malgré une baisse sensible dans certains Etats membres, les TMS demeurent les principales maladies d'origine professionnelle en Europe. C'est pourquoi ces pathologies constituent l'une des priorités de la prévention des risques professionnels, tant au niveau européen que dans les états membres. Pourtant, l'origine multifactorielle (biomécanique, organisationnelle et psychosociale) des TMS rend difficile la mise en œuvre de mesures de prévention efficaces au sein des entreprises car il s'agit bien souvent de remettre en question toute l'organisation du travail.* »⁵

4. *m-magazine*
N° 17, 21 octobre
1999.

5. EUROGIP, (2006),
*Les troubles musculo-
squelettiques en
Europe, définitions et
données statistiques,
synthèse.*



Les atteintes à la santé mentale

Une enquête⁶ estime à environ 7 % les salariés qui, en Suisse, sont victimes de mobbing et de harcèlement au travail. La mise en concurrence des salariés détruit les solidarités qui permettaient de tenir, de résister ensemble. Souvent l'approche du mobbing et du harcèlement au travail se limite aux relations entre individus, sans prendre en compte l'organisation du travail.

Un modèle robuste⁷ permet de rendre compte de l'interaction entre l'individu et les conditions de travail qui lui sont faites. Ce modèle prend en compte, d'une part, les demandes psychologiques (quantité de travail à accomplir, exigences mentales, contraintes de temps) et, d'autre part, l'autonomie décisionnelle (capacité de prendre des décisions au sujet de son travail, possibilité d'être créatif, d'utiliser et de développer ses habiletés). Une situation de travail caractérisée par une combinaison de demandes psychologiques élevées et d'autonomie décisionnelle faible augmente très fortement le risque de développer un problème de santé physique et mentale.

Le Seco a publié en 2000 une étude sur le stress en Suisse⁸, qui avait pour but d'évaluer l'étendue du stress dans la population active et d'en calculer les coûts. Le terme « stress » y est utilisé lorsqu'un individu n'est pas en mesure de fournir une réponse adéquate ou efficace aux stimuli provenant de son environnement ou que cette réponse se solde par une usure prématurée de son organisme.

Selon cette étude, 82.6 % de la population active se déclare stressée à des degrés divers, mais les deux tiers des personnes concernées estiment maîtriser leur stress et se sentent globalement en bonne santé. Toutefois, plus du quart des personnes interrogées se sentent souvent ou très souvent stressées; parmi elles, 12,2 % ne sont pas en mesure de maîtriser leur stress, estiment être en mauvaise santé et sont obligées de consommer davantage de médicaments, d'aller plus fréquemment chez le médecin et de réduire leurs activités personnelles et professionnelles.

6. Consultée sur le site http://www.seco-admin.ch/imperia/md/content/publikationenundformulare/studienundberichte/mobbing_ex_summary_f.pdf

7. Robert A. Karasek et Töres Thorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990, cité dans « Santé et Travail, déni, visibilité, mesure », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, juin 2006, No 163, p. 34.

8. Ramaciotti D, Perriard J. (2000), *Les coûts du stress en Suisse*, Zurich, Seco, Ressort Arbeit und Gesundheit.

La comparaison avec des enquêtes réalisées en 1984 et 1991 révèle un accroissement des personnes ressentant des symptômes de stress et des sujets qui se sentent en mauvaise santé. Cette étude souligne que l'influence de certaines conditions de travail (intensification du travail, assimilation nécessaire et permanente de nouvelles connaissances, restructurations, etc.) ne doit pas être sous-estimée.

Les coûts monétaires du stress rapportés dans cette étude s'élevaient à 4,2 milliards de francs environ par an, soit 1,2 % du PIB. Ils comprennent 1,4 milliard de francs pour les soins, 348 millions de frais d'automédication et 2,4 milliards liés aux absences et pertes de production.

Ces chiffres ont été calculés sur la base d'informations recueillies en 1998-1999. Il est permis de penser que ce phénomène a augmenté depuis, en particulier suite aux divers changements législatifs imposés par la droite et les milieux patronaux (loi sur l'assurance chômage, loi sur le travail, révision de fait de l'AI): le sentiment de précarité, la peur de perdre son emploi, la difficulté à changer de travail rendent en effet les salariés vulnérables face à la maladie⁹.

9. Domenighetti G., D'Avanzo B., Bisig B., (2000), *Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population*, Int J. Health Serv 30 (3), pp. 447-490.

Une chasse gardée du patronat

Le rapport « *Conditions de travail et santé, une orientation stratégique commune* », publié en mars 2006 sous le label « Politique nationale suisse de la santé », offre une synthèse de l'approche officielle du rapport entre travail et santé. Il mérite à ce titre qu'on en résume les principaux éléments.

Pour commencer, ce rapport ne peut pas faire moins que de constater l'évidence: « *La santé au travail ne constitue pas un thème central et bien défini de la politique actuelle de la Confédération* » (p. 31); les « *données statistiques nationales suffisantes concernant les effets des conditions de travail actuelles sur la santé* » (p. 5) font défaut et il n'existe pas en Suisse d'« *institut de recherche financé par l'Etat et assuré de durer, comparable à ce que l'on trouve dans les autres pays (nord) européens* ». Dans la foulée, le rap-

port recense également une liste d'exemples d'atteintes à la santé liées au travail, répétant ce que de nombreuses enquêtes internationales et études ont établi depuis longtemps (cf. supra).

Fort de ces constats, le rapport débouche sur deux conclusions.

Premièrement, concernant l'objectif à viser. Il s'agit de réduire les coûts engendrés par les conditions de travail dommageables pour la santé: dépenses de santé, charges en découlant pour diverses assurances, perte de productivité. « *Notre société a besoin de travailleurs et travailleuses non seulement en bonne santé physique, mais aussi capables de fournir des prestations élevées* », est-il expliqué d'emblée (p. 5) La santé des salariés n'est prise en compte que comme facteur de la rentabilité des entreprises.

Deuxièmement, concernant les moyens. Il est hors de question que les autorités interviennent avec une force contraignante auprès des entreprises. Le Secrétariat d'Etat à l'économie (Seco) est désigné « *centre spécialisé de la Confédération pour les questions de la santé dans le monde du travail* » (p. 29). Cette officine du patronat au sein de l'administration fédérale explicite son attitude sans ambiguïté: « *En tant qu'office chargé de l'économie, le seco évalue toutes les mesures prises par les autorités sous l'angle de leurs conséquences économiques. Cela vaut également pour les réglementations et mesures ayant trait à la sécurité et à la protection de la santé sur le lieu de travail. Les interventions des autorités doivent par principe se limiter aux mesures ou directives nécessaires au pilotage ou à la correction des orientations décidées. Le seco veille en particulier à ce qu'aucune charge administrative inutile ne soit imposée aux entreprises et tout spécialement aux PME. Le cas échéant, il veille à leur suppression.* » (p. 30) Ce n'est pas l'arrivée de l'ex-secrétaire dirigeant de l'Union syndicale suisse (USS) Serge Gaillard qui changera cette pratique bien ancrée dans l'histoire des institu-

tions politiques suisses et de leurs rapports de soumission au patronat.

Dès lors, la tâche des collectivités publiques se limite à sensibiliser les chefs d'entreprise à l'importance de prendre soin des « ressources humaines » qu'ils emploient, en les convainquant que c'est ainsi qu'ils en tireront le plus grand profit. Car « *la mise en œuvre opérationnelle de la promotion de la santé au travail relève de la stratégie des entreprises qui le font sous leur propre responsabilité* ». Qu'une telle approche puisse se révéler n'être que du vent, à l'heure où la mondialisation de la production et des marchés du travail met en concurrence directe les salariés travaillant en Suisse avec ceux de régions du globe où le prix de la main-d'œuvre est si bas que personne ne se préoccupe de sa santé, voilà une question qui n'effleure pas les auteurs de ce rapport.

Ceux-ci préfèrent mettre en évidence le fait que leur approche « *incitative* » a généré un véritable marché du management de la santé en entreprise, pour lequel des consultants et bureaux conseil offrent – si l'on peut dire, compte tenu des tarifs pratiqués! – des « *démarches* » et des « *procédures* ». Celles-ci sont toutes conçues pour aider les directions d'entreprise et leurs responsables des ressources humaines à gérer le « *capital social et humain* » que représente le personnel, afin que ce dernier se déploie dans l'intérêt de la qualité, de la productivité et du rendement de l'entreprise.

Pour y parvenir, les recettes sont toutes trouvées selon les auteurs du rapport de mars 2006: Le « *management de la santé en entreprise* » doit s'intégrer dans la mesure du possible dans les systèmes de management de la qualité. Il faut également développer l'organisation flexible des périodes de travail ainsi que le travail à temps partiel, sous prétexte de valorisation de « l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ». Le signal politique est clair: seule une approche de la santé des salarié-e-s subordonnée à la gestion néocon-

servatrice de la force de travail est reconnue par la « *politique nationale suisse de la santé* ».

La situation se présente, à première vue, de façon un peu différente en matière de sécurité au travail et de prévention des maladies professionnelles. Il s'agit d'un champ d'activité plus ancien, investi par des acteurs publics plus forts (Suva, inspectorats cantonaux du travail) qui effectuent depuis des années un travail de contrôle en application d'une législation à caractère normatif (loi sur l'assurance accident, loi sur le travail). Ainsi, la directive MSST (Médecins du travail et spécialistes de la sécurité du travail) 6508, entrée en vigueur en janvier 2000, « *fait obligation aux employeurs de prouver leur action en faveur du maintien et de la promotion de la sécurité dans l'entreprise (inventaire des dangers, évaluation des risques, plan de mesures) et, si nécessaire, de faire appel à des spécialistes de la médecine et sécurité au travail* » (p. 35).

La portée effective de cette obligation est dessinée par les auteurs du rapport de mars 2006. Premièrement, l'action de la Suva s'inscrit dans la philosophie générale préconisée par ledit rapport: « *Quelque 300 spécialistes de la sécurité au travail – médecins et hygiénistes du travail, ingénieurs et autres chargés de sécurité – offrent aux entreprises un conseil global et professionnel fondé sur l'aide à trouver soi-même des solutions.* » (p. 33) Deuxièmement, la législation en vigueur dans ce domaine a des limites que le rapport de mars 2006 laisse entrevoir en ces termes: « *Une revue systématique des publications scientifiques sur les maux de dos et les troubles psychiques sur le lieu de travail* » que « *la Suva fit effectuer par les Instituts de médecine sociale et préventive des Universités de Lausanne et de Berne [...] confirme qu'on peut certes soupçonner des corrélations entre certaines professions et des douleurs du bas du dos, le burn-out ou des troubles liés au stress, mais qu'il n'est guère possible d'en démontrer scientifiquement la causalité et la spécificité professionnelle au sens de la LAA [Loi sur l'assurance-accidents]. Par conséquent, la reconnaissance – dans le cadre du droit*

actuel – de tels troubles en tant que maladies professionnelles est pratiquement exclue en Suisse. » (p. 33)
On ne saurait être plus clair.

Le dernier volet de la politique préconisée par le rapport de mars 2006 concerne la réinsertion professionnelle, dont la philosophie officielle est décrite ainsi : « Les patientes et patients nécessitent de plus en plus une aide spécialisée pour parvenir à utiliser de manière appropriée les services existants. Un support ciblé peut leur être fourni sous forme d'un « Care Management » (gestion de la prise en charge) qui veille à ce que des prestations de soins opportunes et économiques leur soient apportées. Ceci pour garantir des traitements médicaux de qualité à un coût aussi favorable que possible et permettre aux patients de vivre leur prise en charge comme cohérente. » (p. 48) Mais la vraie motivation transparaît à plusieurs reprises : il s'agit, pour de strictes raisons de maîtrise des coûts, de réduire le nombre de cas à charge des assurances (LAA, LAMal, LAI). Que l'augmentation du nombre de salariés atteints dans leur santé soit liée à la détérioration des conditions de travail et du statut des salariés : voilà une réalité qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération pour les auteurs du rapport. Dès lors, il n'est pas surprenant que la 5^e révision de l'AI et son dispositif de dépistage précoce soient cités comme exemple à suivre (au sujet de cette révision et des raisons qui ont motivé le soutien du MPS au référendum la combattant, cf. www.alencontre.org/Suisse/Suisse_LAI_1_05_06.htm). Un prochain Cahier La brèche y sera consacré.

Une absence remarquable

Une absence remarquable caractérise ce rapport de mars 2006 : les salariés et les syndicats, qui ne figurent tout simplement pas parmi les acteurs à prendre en compte dans le domaine de la « politique nationale suisse de la santé ».

Cela n'est pas fortuit. Certes, il est dit en introduction que « les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal que s'ils peuvent avoir de l'influence sur

« Il faut une médecine du chômage »

« Plus la précarité est grande, plus la sociabilité familiale, amicale ou associative diminue. Selon une étude de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques – France)¹, le nombre de personnes faisant partie de l'entourage baisse en cas de chômage et les hommes sont davantage touchés que les femmes. Cela s'explique en grande partie par la perte des relations professionnelles et cela est accentué par un léger recul des relations avec la parenté.

»Mais un autre enseignement du suivi à long terme des licenciements est qu'un nombre important de personnes disparaissent pour de bon... c'est-à-dire meurent. Les restructurations tuent et rendent gravement malade. D'où les créations récentes de cellules de soutien psychologique ou d'associations de licenciés d'une même usine. Selon une étude² parue en 2000, chômage et inactivité s'accompagnent, aux âges actifs, d'une surmortalité, quel que soit le sexe. Dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois supérieur à celui d'un actif occupé du même âge. Et la mortalité des chômeuses correspond environ au double de la mortalité des actives occupées au même âge. La médecine du travail ne suffit plus, il faut une médecine du chômage. »

1. Nathalie Blanpain et Jean-Louis Pan Ke Shon, « Les Français se parlent de moins en moins », *INSEE Première*, N° 571, mars 1998.

2. Anne Mesrine, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *INSEE, Economie et Statistique*, N° 334, octobre 2000.

(Extrait de l'ouvrage coordonné par Stéphane Beaud, Joseph Confavreux et Jade Lindgaard, *La France invisible*, Ed. La Découverte, 2006, contribution d'Emmanuel Defouloy)

les éléments qui déterminent leur état de santé. Pour cette raison, la participation active des travailleurs à l'aménagement des conditions de travail trouve une importance élevée» (p. 8). Mais la suite du document montre que cette participation n'est admise que dans la mesure où elle s'inscrit dans le management du personnel des entreprises et qu'elle se soumet à ses objectifs. Aucune atteinte aux prérogatives de la sacro-sainte propriété privée n'est tolérée.

Or toutes les expériences faites montrent qu'il ne saurait y avoir d'action efficace pour redéfinir les conditions de travail en fonction de l'exigence de la préservation de la santé des salariés sans l'implication active de ces derniers. Pour trois raisons.

Premièrement parce que sont eux qui, collectivement, ont une connaissance des diverses facettes des processus de production, de leurs déroulements effectifs (souvent fort différents des schémas théoriques), des contraintes qu'ils imposent, des conséquences de ces dernières sur la santé et des changements nécessaires et possibles.

Deuxièmement, parce qu'une redéfinition des procès de travail, partant de la volonté de préserver la santé des salariés ainsi que la qualité de leur vie au travail, entre inmanquablement en conflit avec l'objectif de rentabilité maximale qui oriente les choix patronaux. La façon dont un tel conflit se décide dépend du rapport de forces entre les deux parties impliquées : employeurs et salariés. Toutes les études montrent que la santé des salariés est mieux préservée lorsque les droits de ces derniers sont plus consistants. La défense de tels droits et leur extension passent par un engagement collectif des salariés, soutenus par leurs syndicats.

Troisièmement, parce que les interventions préventives, même les plus modestes, n'acquièrent une réelle efficacité que lorsque leur mise en œuvre est portée par des salariés qui se les sont appropriées, parce qu'ils ont collectivement participé à leur définition. Sans quoi, les mesures de prévention parachu-

tées d'en haut – « Mettez un casque ! », « Portez vos chaussures de sécurité ! » – ont toutes les chances d'apparaître comme une contrainte supplémentaire imposée par la hiérarchie, rendant encore plus difficile la réalisation d'un travail déjà pénible, et d'être dès lors négligées à la première occasion.

Pour illustrer les implications d'une telle approche nous publions ci-après une contribution de **Philippe Davezies**, qui est enseignant chercheur en médecine et santé au travail à l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Philippe Davezies

Les transformations du travail à la lumière des atteintes à la santé

Philippe Davezies est enseignant chercheur en médecine et santé au travail à l'Université Claude Bernard Lyon 1. Il a publié de nombreuses contributions éclairant les liens entre travail et santé (cf. son site personnel <http://philippe.davezies.free.fr>). Nous publions ci-dessous de très larges extraits qu'une présentation qu'il a faite en 1998 lors d'Assises pour l'amélioration des conditions de travail organisées à Paris par la confédération syndicale CGT. Ce texte avait été repris une première fois dans les cahiers édités à l'occasion des séminaires « Raisons d'agir sur le lieu de travail » qui se sont tenus à Lausanne en 1998, 1999 et 2000.

Différentes formes d'atteintes à la santé

[...]

Les atteintes à la santé par le travail ne constituent pas un bloc homogène. Au travail, la santé peut être attaquée selon des modalités extrêmement différentes. Nous pouvons classer ces modes d'atteintes à la santé en trois catégories, même si dans la réalité les frontières ne sont pas aussi nettes que ce que je vais présenter.

1. Atteintes directes à l'intégrité physique

Première catégorie: les atteintes directes à l'intégrité physique par les nuisances physico-chimiques (toxines, vibrations, bruit, radiations, etc.). Il s'agit d'un domaine particulièrement étudié et qui a toujours été considéré comme le

champ d'intervention naturel des professionnels de la santé au travail.

Les évolutions technologiques ont fait reculer un certain nombre de ces risques et peuvent laisser penser que la question est réglée ou en passe de l'être. Il n'en est rien. Les atteintes directes à la santé par le travail sont très fortement sous-estimées.

Selon les estimations de l'INSERM [Institut national de la santé et de la recherche médicale], 2000 personnes meurent chaque année pour avoir été exposées à l'amiante au cours de leur travail. Il s'agit d'un chiffre considérable si l'on considère qu'il doit être ramené non pas à la population française mais à une fraction de la population active. Cette affaire jette une lumière crue sur la carence des institutions chargées

de la santé au travail. Il est vrai que ces décès sont liés, pour la plupart, à des expositions anciennes et il est rassurant de considérer que cette carence des institutions relève, elle aussi, de l'histoire ancienne. Ce n'est malheureusement pas le cas. Le déficit de prise en charge qui s'est manifesté vis-à-vis du risque amiante caractérise aujourd'hui encore l'attitude générale vis-à-vis des risques professionnels. Un exemple: les salariés exposés aux solvants industriels ne bénéficient généralement ni de la surveillance ni des mesures de prévention qu'imposeraient les connaissances scientifiques disponibles. Des cohortes de peintres sont ainsi exposés de façon chronique aux risques d'effets à long terme sur le système nerveux. De même, des femmes enceintes sont exposées aux solvants pendant leur grossesse avec un coût en termes d'avortements ou de malformations. Mais dans les deux cas, une fois les dégâts constitués, il est très difficile de faire la preuve du lien avec le travail.

En effet, de plus en plus, les atteintes à la santé évoluent vers des formes insidieuses, soit parce qu'il s'agit d'effets à long terme soit parce que les atteintes sont peu spécifiques et que le lien avec le travail est beaucoup plus difficile à démontrer que pour les formes d'atteintes traditionnelles.

2. Atteintes dues à l'hyper sollicitation

Le deuxième groupe concerne les atteintes du corps liées non plus directement aux risques physico-chimiques mais à l'activité elle-même. Ce sont les pathologies d'hyper sollicitation, les maladies liées à l'usure de l'organisme sous l'effet des contraintes du travail. La pathologie la plus caractéristique de ce groupe a longtemps été la lombalgie. Elle a été détrônée par les pathologies musculo-tendineuses d'hyper sollicitation/les troubles musculo-squelettiques, (TMS), pathologies en constante augmentation qui constituent aujourd'hui, et de très loin, la première cause de maladie professionnelle indemnisable. De 1040 cas reconnus en 1990, nous sommes passés, en 1996 à 5852 cas [et 25 000 en 2004].

Ici encore, il faut souligner le décalage entre le développement de ces maladies du travail répétitif et l'image, couramment véhiculée, d'une sortie du taylorisme et d'une entrée dans l'ère de l'intelligence et de la communication.

3. Atteinte à la dignité et à l'estime de soi

La montée de la souffrance psychique constitue le troisième phénomène marquant de la période. Elle vient menacer la santé selon des modalités ici encore spéci-

fiques. Ses expressions sont très diverses :

- plaintes, manifestations de colère, de dégoût, de désengagement,
- consommation de produits psychotropes (alcool, anxiolytiques, antidépresseurs) totalement banalisée dans certains milieux de travail,
- violence contre le matériel,
- violence contre les autres,
- mais beaucoup plus souvent violence contre soi-même : exaspération tournée contre soi, se manifestant sous forme de comportements pathogènes, et à terme de maladie physique ou mentale. La forme la plus dramatique de ce retournement de la violence contre soi est le suicide. Identifier ces trois types d'atteintes à la santé permet de clarifier les liens qui existent entre chacun d'entre eux et tel ou tel aspect de transformations actuelles de l'organisation du travail.

Organisations du travail et impact sur la santé

Du côté de l'organisation du travail, trois types de transformations présentent un lien particulièrement clair avec les problèmes de santé au travail. Ce sont la transformation des exigences portées par le management, la transformation du rapport de la hiérarchie aux modalités d'exécution du tra-

vail et la transformation des modes de gestion du personnel.

1. Nouvelles exigences portées par le management

Les nouveaux modes de gestion et d'organisation du travail se caractérisent pour les salariés par une double pression : celle des actionnaires en amont et celle du client en aval.

a) Montée en puissance des exigences financières

Côté amont, la première exigence, perceptible jusqu'au fond de l'entreprise, est liée à la « financiarisation » de l'économie. Les logiques financières tendent à s'imposer au détriment des logiques sociales et industrielles. La maximisation de la rentabilité à court terme est recherchée du côté de la réduction des coûts. Cette tendance se traduit par une très forte pression sur les moyens mis en œuvre avec principalement deux cibles :

- les réductions d'effectifs qui avaient pu, dans le passé, être considérées comme un signe d'échec, se sont transformées en critère de bonne gestion,
- la tendance à la suppression des stocks qui vise à diminuer le capital immobilisé, réduit considérablement les marges de manœuvre du personnel face aux aléas et aux variations de la production.

b) Ajustement aux exigences du marché

Côté aval, les organisations du travail ont été transformées dans le sens d'un ajustement toujours plus étroit aux fluctuations quantitatives et qualitatives de la demande.

Les nouvelles organisations du travail tendent à supprimer tout écran entre le producteur et le client et à organiser le pilotage par l'aval. C'est une expérience permanente : au self où je prends mes repas, on a fait passer une partie de la production (grillades et pizza) devant. La pression de la file d'attente pèse directement sur celui ou celle qui produit. Dans tel hôpital, tout le monde sait qu'il n'y a pas le personnel nécessaire pour ouvrir le service de gériatrie, mais on l'ouvre quand même. Le personnel se débrouillera... Et lorsque le client n'est pas physiquement présent, sa pression est tout de même relayée jusqu'aux postes de travail par les dispositifs techniques et organisationnels. Actuellement [1998], 58 % des ouvriers et 39 % des salariés disent que leur rythme de travail est directement déterminé par la demande des clients ou du public (statistiques du Ministère du Travail). La conséquence de ces transformations est bien repérée par tous les professionnels de la santé. C'est l'intensification du travail, l'hyper sollicitation avec ses

conséquences en termes de fatigue, d'épuisement, d'usure et de pathologies : « entre le client et l'actionnaire, nous sommes pressés comme des citrons ».

2. Hiérarchie et modalités d'exécution du travail

Ces évolutions entraînent une transformation du rapport des hiérarchies aux modalités d'exécution du travail.

a) Des organisations planifiées aux organisations distribuées

Le mode d'organisation taylorien était caractérisé, dans sa forme traditionnelle, par une forte prévisibilité du travail liée à une production de masse d'objets standardisés. Cette prévisibilité permettait un engagement fort de la hiérarchie sur l'organisation du travail. La hiérarchie ne définissait pas seulement les moyens et les objectifs. Elle prescrivait dans le détail les modes opératoires, les façons de procéder.

Aujourd'hui la volonté d'ajuster la production aux fluctuations de la demande rend beaucoup plus difficile la prévision et l'organisation du travail. Produire, c'est de plus en plus faire face aux aléas, aux imprévus, aux événements. Nous passons progressivement d'organisations planifiées à des organisations distribuées et flexibles qui

font appel à l'engagement et à la responsabilité du personnel.

Du côté de la hiérarchie, cette évolution se traduit par une focalisation sur les objectifs et un désengagement vis-à-vis des modes opératoires à mettre en œuvre pour les atteindre.

Il faut souligner les aspects de ce désengagement qui vont avoir des répercussions en termes de santé.

La prescription se déplace de la définition taylorienne des modes opératoires vers la fixation d'objectifs de plus en plus abstraits, exprimés sous forme d'indicateurs chiffrés et de ratios.

Deux exemples du côté des services :

- des opératrices répondant au téléphone sont évaluées sur la durée de leurs réponses alors que ce paramètre est contradictoire avec la qualité du travail ;

- la grève récente des psychologues et psychiatres de « SOS enfants battus » montre à quel point cette tendance a gagné les mieux de travail les plus divers : la direction de cette institution avait en effet décidé, au nom des exigences de rentabilité, que pour une vacation de 4 heures chacun devrait désormais répondre à 35 appels, au lieu de 10 à 60 dans la situation antérieure.

De plus en plus, travailler, du point de vue de la hiérarchie, c'est

« faire du chiffre ». Une fois fixé les objectifs et mis en place les moyens, le point de vue des hiérarchies semble être : « débrouillez-vous, je ne veux pas le savoir ». Dans le même temps, et de façon tout à fait contradictoire, se développe le discours sur la qualité.

b) La qualité ou le simulacre généralisé

Face à la sophistication et à la complexité croissante des systèmes sociotechniques, il est de plus en plus nécessaire de miser sur la mobilisation individuelle et collective de l'intelligence des salariés, et c'est manifestement une source d'inquiétude pour un management imprégné des conceptions tayloriennes. Les démarches « qualité » constituent une tentative pour gérer cette contradiction entre la nécessité de solliciter l'initiative des salariés et celle de les contrôler. Ces démarches sont présentées par de nombreux auteurs comme le support autour duquel peuvent s'organiser la discussion sur le travail et la mobilisation collective ; mais elles visent aussi à imposer une formalisation et une transparence des conditions de la production (« on écrit ce qu'on fait et on fait ce qu'on écrit »). Or la conjonction de ces deux objectifs est loin d'aller de soi. D'autant que le discours qualité ne fait que se superposer aux

modes les plus traditionnels de définition des objectifs et d'affectation des ressources, modes de définition et d'affectation qui excluent toute discussion.

Le débat annoncé tend à se limiter à une communication descendante. La recherche de la qualité par le contrôle tend à l'emporter sur la recherche de la qualité par la mobilisation de l'intelligence des salariés.

La démarche oscille entre processus d'extraction des savoir-faire des salariés et processus de mise à distance des questions du travail. Elle accroît la distance entre travail prescrit et travail réel et elle constitue, au sein de l'entreprise, un des vecteurs du développement du simulacre et du mensonge.

Et pourtant ! Et pourtant, dans de nombreux cas, on produit malgré tout de la qualité.

Mais si l'on produit quand même de la qualité, c'est très généralement parce que les salariés ne s'en tiennent pas à l'application des procédures normalisées.

Parce que la qualité du travail est en enjeu pour les salariés.

c) la dimension dramatique : faire du bon travail, un enjeu pour la santé des salariés

Le discours qualité joue en effet sur une corde très sensible pour les salariés : l'importance que revêt pour eux la question du bon

travail, la question du travail bien fait.

Au travail, très généralement, les salariés prétendent faire plus que ce qui leur est demandé. Il ne s'agit pas seulement, pour eux, de satisfaire aux critères formels définis par la direction. Il leur faut tenir les autres critères de la performance sur lesquels ils engagent leur identité et prétendent donner sens à leur travail : notion du travail bien fait, respect du matériel et des hommes, solidarité, justice, authenticité.

Les salariés sont fréquemment écartelés entre un contrôle de la performance fondé sur des critères quantitatifs et ce qui constitue à leurs yeux les critères d'un bon travail.

Alors, la pathologie n'est plus seulement liée à un usage excessif ou inadapté des êtres humains. Il ne s'agit plus seulement d'hyposollicitation. Dans les cabinets médicaux, les salariés se plaignent moins de l'intensification que de la dégradation de la qualité et du sens du travail.

La souffrance psychique apparaît liée à l'impossibilité de tenir à la fois les critères quantitatifs mis en place par la direction et les critères qualitatifs portés par le personnel. Et à travers cette impossibilité, ce qui est attaqué, c'est l'identité et au-delà la santé. Faire du mauvais travail dégrade l'image person-

nelle, mine l'estime de soi. Apparaissent alors des comportements compensatoires ou défensifs qui dans nombre de cas conduisent à la pathologie.

L'impression de « faire de la merde » fragilise les salariés tant au point de vue de leur santé qu'au plan des capacités d'affirmation de leurs propres points de vue sur l'organisation du travail.

3. Evolution des relations sociales de travail

Le processus de désengagement des hiérarchies vis-à-vis de l'organisation du travail se traduit par des modifications très importantes dans les modalités de « gestion des ressources humaines ».

La rigidité des organisations traditionnelles permettait une définition précise des qualifications. Le flou qui entoure aujourd'hui l'organisation du travail conduit à remplacer la notion de qualification par celle de compétence qui inclut non plus seulement les savoir faire mais aussi les savoir être.

Il n'est évidemment pas question de remettre en cause la notion de compétence. La reconnaissance des compétences des salariés constitue en effet un enjeu extrêmement important. En revanche, l'utilisation qui est faite par le management de cette notion est éminemment contestable. De

plus en plus, ce qui est recherché lors des procédures d'embauche, ce n'est plus seulement la capacité technique, c'est la conformité de l'individu avec le projet de management. De sa position de Professeur à l'École Supérieure de Commerce Lyon, David Courpasson fait le même constat. Selon lui « la réputation n'est plus fondée sur la compétence technique et l'expertise, mais sur ce qu'on pourrait appeler une simple compétence sociale: pour un cadre qui veut réussir dans l'entreprise, l'art de se faire voir, de se faire valoir, presque indépendamment de toute réussite prouvée, est essentiel »¹.

Les procédures d'embauche ne mobilisent plus seulement des psychotechniciens mais des psychologues cliniciens ou des psychiatres. Des affaires récentes montrent que ces professionnels mettent en œuvre des investigations de type inquisitorial et couvrent de leur autorité des procédures qui relèvent purement et simplement de la discrimination.

Le même processus de désengagement, de mise à distance des problèmes du travail, se manifeste de la façon la plus massive par le recours généralisé à la sous-traitance, à l'intérim, aux contrats à durée déterminée.

Cette précarisation constitue un obstacle à la discussion sur le tra-

vail. « On obéit sans discuter ». Tout le monde a peur. On « s'exécute ». [...] Je veux seulement rappeler que le monde du travail a toujours fonctionné comme un système de tri. Ce mécanisme est à l'origine d'un phénomène très particulier. Lorsque l'on recherche les traces d'atteintes à la santé par le travail, très généralement, on les trouve plus souvent chez les salariés qui, pour une raison ou une autre, ont quitté l'entreprise que chez ceux qui sont encore exposés aux nuisances du travail. Des processus de sélection diluent au sein de la population générale les traces des atteintes à la santé par le travail. Ces processus sont fortement renforcés par la sous-traitance des risques et la précarisation de la main-d'œuvre. L'ensemble de ces phénomènes a un impact très fort et très préoccupant sur l'invisibilité des problèmes de santé au travail.

Les défis pour l'action

Aux trois modes d'atteinte à la santé que nous avons évoqués, correspondent trois défis et trois façons différentes de mener l'action en matière de santé au travail. Ces trois dimensions sont individualisées dans un but pédagogique. Dans la réalité, toute action doit être envisagée sous ce triple éclairage.

1. Rechercher des compromis moins coûteux

Envisager les choses du point de vue de l'action conduit à traiter d'abord des atteintes liées à un usage excessif ou inapproprié des êtres humains. Ce sont en effet celles qui ont été les plus travaillées du point de vue de l'action et de la transformation².

Les pathologies sont ici le résultat d'une pénibilité du travail portée à un niveau qui dépasse les capacités de résistance de l'organisme. Lutter contre les atteintes à la santé signifie donc ici réduire la pénibilité du travail. Mais c'est un peu compliqué. En effet, on ne peut pas non plus se fixer comme objectif un travail dont serait exclue toute difficulté. Parce qu'un tel travail n'existe pas; et surtout parce que c'est justement dans la mesure où il n'est pas si facile que ça que le travail peut être intéressant et contribuer à la construction de la santé.

Nous sommes donc dans le domaine du compromis. Il n'y a pas de critère absolu.

Nous pouvons cependant poser quelques principes généraux.

Chaque fois que l'on ne prévoit qu'une seule façon de faire le travail, on sait que les situations imprévues seront abordées dans de mauvaises conditions.

Chaque fois que l'on recherche une catégorie particulière de salariés au nom des caractéristiques naturelles qu'elle est censée posséder (par exemple : des hommes pour porter des charges et des femmes pour supporter des contraintes relationnelles), on met en place une organisation du travail fondée sur une conception irréaliste et coûteuse des caractéristiques des êtres humains.

Chaque fois que l'on conçoit un poste qui ne sollicite qu'une fraction étroite des capacités des personnes, on met en œuvre un processus qui mutile le potentiel de ces personnes mais aussi les capacités d'évolution de l'entreprise.

La cible est donc, dans son principe, relativement bien définie. Il s'agit de construire une organisation du travail qui respecte les marges de manœuvre nécessaires, qui tolère la diversité et la variabilité des êtres humains, qui fasse sa place à l'intelligence des salariés.

Et le génie de l'ergonomie a été de montrer que les transformations du travail fondées sur ces principes pouvaient être justifiées non seulement par les exigences de santé mais aussi par un souci d'efficacité. La recherche d'une meilleure articulation des intérêts des salariés et des employeurs peut donc parfois conduire à la mise en œuvre de mesures

d'amélioration des conditions de travail. Cela implique des analyses locales très fouillées et cette perspective fait, en conséquence, une place très importante à l'expert.

Quelles que soient les limites de cette façon de poser les questions de santé au travail, il est très important de percevoir qu'il existe autour des questions de santé, de sécurité et d'efficacité, un espace potentiel de compromis sur lequel peuvent, dans certaines circonstances, se retrouver tous les acteurs de l'entreprise. Il est utile de recourir à l'expertise des ergonomes pour instruire la construction de ces compromis. Il est enfin décisif que la vigilance et le contrôle syndical viennent compenser la pression que fait peser la direction sur l'expert.

On doit ici déplorer que les petites entreprises, dans lesquelles les conditions de travail sont souvent les plus pénibles, ne bénéficient ni de ce type d'expertise, ni des possibilités de contrôle et de pression syndicale³.

Ceci dit, il est tout aussi important de bien noter que les questions de santé au travail ne peuvent être traitées exclusivement sous l'angle socio-économique de la gestion des compromis.

Il y a des questions sur lesquelles il n'est pas légitime de faire des compromis ; ce sont celles qui concernent les atteintes directes à

l'intégrité physique. Et il y a des questions qui ne relèvent pas de la gestion ; ce sont celles qui ont trait à la souffrance psychique.

2. Les questions qui ne tolèrent pas de compromis

Le domaine des atteintes directes à l'intégrité physique renvoie aux interdits fondamentaux qui fondent la société : « Tu ne tueras pas ». La problématique a donc ici un fondement moral qui trouve son développement dans le domaine législatif et judiciaire. Ce type d'atteinte à la santé appelle deux formes d'actions :

- d'une part, la définition de limites claires,
- d'autre part, la lutte contre l'invisibilité organisée des effets du travail sur la santé.

A la différence du problème précédent, la définition des limites ne peut en aucun cas être renvoyée à la construction de compromis fondés sur une analyse fine des conditions locales de production. Les atteintes directes à la santé ne peuvent relever d'un marchandage au niveau de l'entreprise ni même au niveau de la branche comme ça a été trop souvent le cas. Elles relèvent du domaine du législatif et judiciaire. Evidemment, je n'ai pas la naïveté de penser que la réglementation en matière de santé au travail

échappe à la question des compromis. La loi est l'expression d'un compromis, Mais il est des compromis dont il n'est pas possible de se satisfaire et l'atteinte à l'intégrité physique me paraît un critère fondamental. Un compromis qui accepte, comme un mal nécessaire, la mort d'êtres humains ne peut être juste. L'acceptation d'un tel compromis par ceux qui ont en charge la santé au travail est une compromission condamnable. Cela signifie que sur ce point, on ne peut jamais baisser la garde, jamais diminuer la pression. Mon propos s'adresse ici, avant tout aux professionnels de la santé au travail. Mais la question relève aussi, bien que probablement dans une mesure moindre, de la responsabilité des organisations syndicales.

Lutter contre l'invisibilité organisée des liens entre travail et santé constitue une tâche complémentaire de la précédente.

Cette lutte passe par la construction active de solidarité avec les victimes :

- solidarité au sein de l'entreprise contre les processus de sélection et d'élimination des salariés dont la santé se dégrade ;
- solidarité à la périphérie de l'entreprise contre la sous-traitance des risques et les conditions faites aux salariés à statut précaire.

Enfin, la pression du mouvement syndical est importante pour que se développent des recherches sur ces questions.

Je ne peux pas évoquer ces questions sans saluer ici le travail exemplaire accompli par la CGT à partir du site nucléaire de Chinon, tant en ce qui concerne la construction de liens entre travailleurs EDF et travailleurs de la sous-traitance, qu'en matière d'articulation entre action syndicale et activité de recherche.

3. Des questions qui ne relèvent pas de la gestion

L'émergence massive de la souffrance psychique liée au travail oblige, à son tour, à envisager l'action sous une lumière nouvelle. Il n'est plus possible de s'en tenir à la construction savante de compromis plus économiques. La bataille pour la mise en place de limites réglementaires, pour importante qu'elle soit, n'est pas non plus suffisante.

L'enjeu est tout autre.

Par son travail, chaque salarié prétend apporter une contribution singulière à la construction du monde commun. Il prétend ainsi développer le processus de construction personnelle qui donne sens à son existence. Sur cette question, il engage son identité et sa santé. Et la souffrance psychique témoigne de

l'impasse dans laquelle se trouve ce processus. La souffrance se manifeste de façon pathogène lorsque les salariés n'arrivent plus à faire entendre leurs points de vue. Lorsqu'ils n'arrivent plus à soutenir les valeurs à travers lesquelles ils prétendent donner sens à leur vie. Lorsqu'ils n'arrivent plus à penser ce qui leur arrive et à construire des voies vers l'action.

En ce sens, la souffrance psychique vient interroger les modes traditionnels de prise en charge de la santé au travail. A travers leur souffrance, les salariés posent la question de la reconnaissance. Mais entendons-nous bien ! Reconnaître les salariés ne signifie pas leur manifester de la gratitude. Reconnaître les salariés signifie les reconnaître comme humains, c'est-à-dire comme entités singulières proprement irremplaçables, porteuses chacune d'un projet, d'une aspiration à prendre part, à intervenir, à contribuer sur la base de son propre point de vue, sur la base de sa propre expérience du travail.

Envisagée sous l'angle de la souffrance psychique, la santé au travail ne relève pas de la gestion, car elle implique la construction par les intéressés eux-mêmes des capacités de pensée, de débat et d'action.

Cela nous conduit donc à une question très importante.

Face aux évolutions de l'organisation du travail l'objectif est-il d'obtenir un réinvestissement de l'organisation du travail par les hiérarchies, dans la perspective d'un taylorisme à visage humain ? Ou bien ne s'agit-il pas plutôt d'investir collectivement, comme un espace potentiel de débat et d'action, le terrain laissé libre ?

Une telle question peut paraître utopique, mais en réalité ce n'est pas une question purement théorique. De fait, les salariés assument aujourd'hui une partie des tâches d'organisation autrefois dévolues à l'encadrement. De fait, ils l'assument en tentant d'insérer de l'humanité dans la mécanique impersonnelle du système. Seulement ils affrontent cette tâche dans la désorientation et l'isolement.

Dans ces conditions, le défi qui nous est posé par l'évolution de l'organisation du travail n'est-il pas de construire avec les salariés de capacités d'analyse, de débat et de prise en charge collective des questions et des conflits autour de l'organisation du travail ?

Nous ne sommes plus alors dans l'ordre socio-économique de la gestion des compromis, ni dans le domaine moral, législatif et judiciaire de la réaffirmation des interdits. Les formes les plus actuelles d'atteintes à la santé par le travail ouvrent sur des questions purement politiques, celles de la construction des capacités de débat et d'action, celles de la démocratie à construire.

1. Exposé de D. Courpasson : « le retour de la domination », Association des amis de l'école de Paris, 1997.

2. Ces capacités d'action, nous les devons à l'ergonomie et particulièrement au travail considérable qui a été mené au sein du laboratoire d'ergonomie du CNAM [Conservatoire national des arts et métiers] sous la direction du professeur Wisner.

3. Un tel constat pose deux questions :

- celle de la construction de services de santé au travail disposant de cette capacité d'expertise ;
- celle de la mise en place de formes d'expression et de représentation pour les salariés des petites entreprises.