

ACTIVITE HUMAINE ET GESTION DE LA SANTE AU TRAVAIL : ELEMENTS DE REFLEXION A PARTIR DE L'APPROCHE ERGOLOGIQUE *

Eliza Echternacht

Les transformations des systèmes de production qui se sont produites entre la première révolution industrielle et les formes actuelles du capitalisme globalisé s'accompagnent de changements importants dans les façons de vivre, de travailler et de « devenir malade » des différents peuples. Ces transformations affectent tous les niveaux et toutes les sphères de production, ainsi que les rapports de compétitivité aux bases techniques et organisationnelles productives. Elles atteignent la division internationale du travail, le contenu du travail et les conditions de gestion de la santé au travail.

* Ce texte est le dernier du dossier « Ergologie, Travail et Développement » publié par parties dans les deux précédents numéros de la revue *Ergologia* (et en langue portugaise dans la revue *Laboreal* n° 4, juillet 2008).

La complexité croissante des processus pathogènes affectant les populations travailleuses est exprimée, depuis le siècle dernier, comme un problème épidémiologique. Le Colloque International sur les Nouvelles Epidémies en Santé Occupationnelle (Helsinki, Finlande,1994) et le Dixième Colloque International d'Epidémiologie dans la Médecine du Travail (Como, Italie,1994) ont établi une longue liste de nouvelles épidémies potentielles. Elles concernent, entre autres, les syndromes musculo-squelettiques, les syndromes psychiques, les syndromes d'hypersensibilité (Sensibilité chimique multiple, Sick-building, les troubles asthmatiques, les résultats d'alvéolite) et les morts soudaines (Karoshi, mort aigüe des travailleurs thaïlandais, mort soudaine des mineurs russes).

« Les épidémies modernes ne sont plus exclusivement somatiques (...) Plusieurs types de facteurs physiques, chimiques, physiologiques, psychologiques et leurs nombreuses combinaisons sont associés à l'occurrence de nouvelles réponses psychosomatiques, musculo-squelettiques, toxiques, immunologiques ou d'hypersensibilité, pouvant produire des résultats difficilement identifiables par les méthodes classiques de la médecine clinique » [16, p. 140, traduction libre].

Les pratiques préventives actuelles n'ont pas atteint la genèse pathologique des situations de vie et de travail, ce que révèle la prévalence et l'incidence de pathologies communes à différents pays et secteurs de production. Les pathologies musculo-squelettiques démontrent ce phénomène :

« Malgré un développement mondial maintenant considérable des recherches sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), la progression de la pathologie n'est pas stoppée. Pour ce qui est de la France, la forme de la courbe des reconnaissances continue à être exponentielle. Cet état de fait

interroge la relation entre les connaissances permettant de comprendre l'ampleur de la pathologie et son étiologie, et les connaissances permettant de contribuer à des mesures de prévention » [6, p. 3].

Puisqu'il s'agit de phénomènes récents et complexes, les impacts de la transformation des conditions concrètes de vie et de travail sur la santé des travailleurs sont encore peu compris. Cependant, certaines tendances s'esquissent, tout en configurant de nouvelles demandes autour des savoirs nécessaires aux actions préventives relatives aux « façons de devenir malade ». Le tout n'est pas exempt de difficultés analytiques, comme la délimitation de l'objet Santé - Prévention - Travail. Parmi les nombreuses questions soulevées, nous nous concentrerons sur une d'entre elles : Comment élargir le champ de possibilité des actions préventives relatives à l'impact de ces nouveaux modes de vie et de travail sur la santé des populations travailleuses ?

1. Quelques références et présupposés

1.1. Les interfaces Production/Santé

Dans la recherche d'éléments de réponse à cette question, notre positionnement disciplinaire se situe dans une zone d'interface entre les domaines de l'Ingénierie de la Production et de la Santé Collective. Le domaine de la Santé se trouve irréductiblement lié aux multiples instances de la réalité sociale, aussi bien en termes empiriques que conceptuels. Donc, la problématique théorique et méthodologique en rapport avec ce domaine évoque nécessairement une approche pluridisciplinaire :

« Le domaine de la Santé se rapporte à une réalité complexe qui demande des connaissances distinctes intégrées et qui place de façon immédiate le problème de l'intervention. Dans ce sens, il nécessite essentiellement une approche dialectique qui comprend pour transformer et dont la théorie, défiée par la pratique, la repense en permanence » [13, p.15]. Cette complexité apporte un ensemble de défis, exprimés par Minayo comme des *« difficultés d'approche de l'objet, des difficultés pour surmonter les vieilles dichotomies analytiques et se déplacer sur le terrain de la totalité des dimensions que le phénomène santé/maladie révèle et cache »* [13, p. 17].

Lorsque nous interrogeons le contenu des médiations liées aux phénomènes santé et maladie, en tant que fondements d'une conception préventive, nous partageons la prémisse suivante : *« (...) il s'agit d'incorporer conceptuellement l'évidence empirique selon laquelle la santé et la maladie ne se réduisent pas à une expérience organique, biologique et objective, mais que la maladie est aussi une réalité construite et le malade un personnage social »* [13, p. 21].

Les interfaces entre la santé collective et les ingénieries de prévention se construisent dans la mesure où elles mobilisent des savoirs qui *« (...) concrétisent la science et la technologie, pour résoudre des problèmes que le besoin de vivre met en scène, des besoins conjoncturels et historiquement déterminés »* [21, p. 4]. L'Ingénierie de Production, spécialisée dans l'organisation de systèmes de production efficaces, partage avec la Santé Collective l'impératif de fournir des réponses à de multiples questions émanant de demandes sociales, parmi lesquelles : quels sont les critères d'efficacité productive qui orientent l'actuel processus de structuration productive globale ? Comment

ces critères se concrétisent-ils dans des structures sociotechniques singulières ? Quelles sont leurs significations par rapport à la dynamique des valeurs qui les soutiennent ? Comment évaluer ces critères par rapport à leur adéquation à la réalité du travail dans ses multiples configurations ?

Deux autres prémisses nous guident [9]. La première concerne les critères d'efficacité appliqués aux différentes configurations sociotechniques. Ils doivent prendre en compte différents contenus dont celui de la dynamique des valeurs des processus productifs et ceux de la performance (productivité et qualité des processus et des produits), mais aussi ceux qui relèvent des façons de vivre et de travailler dans leurs rapports avec les systèmes de production. Ce qui signifie que la conception et l'implantation de critères d'efficacité doivent refléter les particularités des processus d'adaptation des différentes collectivités de travailleurs, leurs limites et possibilités de construction et de gestion de leur santé au travail. Vidal [21] rappelle ce double contenu et en fait un principe de sécurité technologique :

« Une attitude basique et éthique pour l'Ingénierie, orientée en termes d'analyse critique des situations et des tendances technologiques, visant l'amélioration permanente de la technologie actuelle et future, par rapport à son adéquation aux personnes, aux contextes et aux populations. Adéquation aux personnes qui concrétisent la production, ce qui comprend l'environnement physique, le mobilier, les programmes, les logiciels, l'organisation, les systèmes de motivation. Adéquation aux contextes de modernisation, de restructuration, de croissance et de rétraction, de réaménagements et de changement d'installations, de transfert de technologie. Adéquation à la population des travailleurs avec leurs parcours de formation, leurs modes de vie et expériences professionnelles, dans leurs régimes spécifiques de travail » [21, p. 5].

La deuxième prémisse soutient que l'articulation de ces contenus dans une pratique intégrée oblige à traiter la question de l'efficacité productive du point de vue de la réalité du travail, c'est-à-dire de « *considérer l'activité de travail comme un élément crucial de l'utilisation des technologies* » [21, p. 12]. Il s'agit donc d'un double défi de complexité : d'une part, cela implique une importante interdisciplinarité dans l'Ingénierie et d'autre part, de prendre en compte les contingences concernant les actions humaines dans le monde du travail, les travailleurs et leurs besoins. La considération de cette double dimension du problème est une condition pour que l'Ingénierie de Production soit efficace dans sa fonction qui consiste à structurer l'activité des êtres humains au sein des systèmes de travail.

1.2. La construction des savoirs sur le travail

Nos références empruntent les voies construites par Ivar Oddone, à partir des travaux développés dans la société Fiat de Turin, et par Alain Wisner, en tant que co-fondateur d'une ergonomie de l'activité.

Les processus de construction des compétences nécessaires à la compréhension des rapports santé-travail concernent la confrontation entre les savoirs formels et ceux qui viennent de l'expérience. Pour Oddone, l'expérience ouvrière est vue comme le cœur de toute l'analyse sur le travail. L'expérience se constitue par l'apprentissage de l'appropriation de modèles génériques au travers de la pratique. Lorsque Oddone cherche à intégrer le point de vue des travailleurs dans l'analyse des questions de santé, de sécurité et d'hygiène au travail, il interroge le statut des savoirs formels et reconnaît une

valeur scientifique aux savoirs de l'expérience ouvrière : « (...) *cette expérience représente une masse de connaissances de valeur scientifique que les travailleurs ont appris par la pratique de plusieurs années de travail et qui est leur patrimoine* » [15, p. 189]. La notion de « *communauté scientifique élargie* » [id., p. 217] est centrée sur l'interaction dialectique entre les modèles pratiques, provenant de l'expérience ouvrière, et les modèles théoriques, institués et formalisés par les disciplines académiques ; elle est une condition de la transformation des rapports entre santé et travail.

Les travaux de Ombredane et Faverge, publiés dans *L'analyse du travail*, en 1955, sont reconnus par Wisner comme à l'origine de l'Analyse Ergonomique du Travail développée par l'école française d'ergonomie. Cette orientation rompt avec la tradition scientifique classique dont les modèles théoriques déterminent une certaine appréhension de la réalité ; le terrain du travail réel devient la source des problèmes concrets qui doivent être compris et résolus par la science. Lorsqu'il affirme que « *La pratique ergonomique dépend irréductiblement des situations qu'elle approche* », Wisner pointe la diversité des situations de travail et l'obligation d'analyser le travail réel [22, p. 117]. La notion de variabilité - humaine, technique et sociale - fournit les bases d'une théorisation de la polarité « travail prescrit / travail réel », dans laquelle l'activité humaine configure de façon singulière chaque situation de travail. La reconnaissance de l'intelligence des travailleurs et l'accès à la complexité du travail réel deviennent des conditions pour développer un modèle scientifique. L'intervention dans les situations de travail provoque une reconfiguration des connaissances nécessaires à la transformation.

Les chemins construits par Oddone et Wisner font partie du patrimoine de l'approche ergologique, à laquelle nous faisons aussi référence [20]. Le lien entre ces différentes références réside dans le

positionnement épistémologique centré sur le point de vue de l'activité humaine. Cela signifie qu'il faut que les sujets de travail puisse contribuer à la reconfiguration des pratiques concernant les relations santé-prévention-travail.

2. Les relations Santé-Prévention-Travail

Au siècle dernier, des changements importants se sont produits dans les modèles de morbidité / mortalité au niveau de la population mondiale. Dans les « pays centraux », l'ancien modèle basé sur la recherche des maladies infectieuses et parasitaires tend à disparaître au profit d'un nouveau modèle basé sur la recherche des maladies cardio-dégénératives, ostéo-musculaires, mentales, entre autres. Dans les « pays périphériques », notamment au Brésil, cette transformation des modèles épidémiologiques n'existe pas. On y trouve au contraire, un mélange d'anciennes et nouvelles « façons de devenir malade et mourir », dans la mesure où les populations déjà soumises à des conditions de vie précaires vivent aussi la transformation des processus de production. Les exigences d'adaptation sont relatives à de nouvelles conditions d'organisation du temps et de l'espace ainsi qu'à de nouvelles conditions sociales et environnementales. La qualité de vie des collectivités travailleuses se dégrade, y compris en ce qui concerne l'alimentation, l'hébergement, le repos, le loisir. L'augmentation des favelas autour des grandes villes, la violence urbaine et les taux croissants de criminalité font partie de ce cadre. De plus, on peut parler d'une véritable pulvérisation ou dissémination d'éléments pathogènes dans différents secteurs productifs, comme le montre le

développement des troubles musculo-squelettiques depuis les années 1990, aussi bien dans l'industrie que dans le secteur des services.

En résumé, il se produit des synergies de situations à risque pour l'intégrité psycho-biologique humaine, et des synergies de symptômes associés à ces situations. On retrouve l'un des grands problèmes posés actuellement à la médecine du travail, soit la faible capacité de diagnostic et d'enregistrement des cas. Ces problèmes sont liés aux difficultés de lecture et d'estimation des cas cliniques, cas cliniques qui sont à la fois différents les uns des autres tout en ayant la caractéristique d'être en rapport avec les synergies des situations à risque.

Le pouvoir attribué à la médecine du travail de diagnostiquer et de codifier les effets du travail sur la santé ne doit pas être minoré, puisqu'il guide de façon privilégiée les pratiques de prévention. Or la base des pratiques médicales repose sur une conception fragmentée et spécialisée du corps en activité de travail. Nous pouvons en fait dire que l'inefficacité de nos pratiques préventives est l'expression de la demande sociale qui reflète elle-même la complexité des médiations entre la santé et le travail.

La dichotomie analytique entre maladies physiques et psychiques liées au travail illustre les difficultés de modélisation que cela pose. Nous connaissons au Brésil des taux importants d'arrêts maladie dans les centres d'appel téléphonique. Ces arrêts sont attribués à deux raisons principales : la souffrance psychique et la souffrance musculo-squelettique dans ses diverses manifestations. Ces deux types de souffrance correspondent à des diagnostics distincts, spécialisés, et considérés isolément dans le scénario de la prévention, ce qui ne facilite pas la quête de pratiques de prévention efficaces.

Un autre aspect de la question porte sur la difficulté à hiérarchiser plusieurs types de déterminations pouvant influencer sur les processus de santé-maladie des collectivités de travailleurs. Pour cela il faut arriver à identifier les éléments structurant des situations de travail pathogènes, ce qui n'est pas aisé. Nous savons par exemple que les troubles musculo-squelettiques sont provoqués par de multiples facteurs en rapport avec les interfaces organisationnelles et techniques des situations de travail. Mais quel est le rapport hiérarchique entre les différents facteurs de risque que sont les caractéristiques de la division du travail, les exigences de productivité et la hauteur d'un poste de travail ? Les modèles multifactoriels essaient d'expliquer les causes de la maladie, mais ils ne sont d'aucun secours quand il s'agit de hiérarchiser des causes dans le cadre d'une intervention. En ce sens, les pratiques de prévention ont tendance à donner la priorité à des niveaux localisés d'intervention, telle l'adéquation du postes de travail, avec de faibles résultats en termes de prévention. Le choix de critères pour établir des relations de cause à effet est pourtant fondamental car il aura des conséquences directes sur la reconnaissance formelle de la pathologie du travail et le droit à la protection sociale.

Agir de façon préventive sur les rapports entre santé et travail suppose des conceptions préalables de la santé et du travail. Les maladies professionnelles sont elles-mêmes des élaborations théoriques et instrumentales qui dérivent de modèles des rapports entre l'homme et le travail. Actuellement les modèles hégémoniques ont pour base l'approche épidémiologique classique. Ils présupposent la multi-causalité et établissent un réseau multifactoriel de facteurs de risque et de maladies définies comme ensembles de symptômes et dysfonctionnements physiologiques. De plus, l'action de travailler est

conçue comme exécution de tâches dans un milieu comportant des facteurs de risque et dans un rapport d'hétéro-détermination du milieu sur le corps humain [9].

Anne Thébaud-Mony [19] questionne les modèles de référence utilisés pour élaborer des connaissances sur les rapports entre travail et cancer. Elle met en évidence les limites des modèles biomathématiques en tant qu'instruments scientifiques pour produire des connaissances dans le domaine de la santé publique :

« La connaissance et la compréhension des inégalités sociales face au cancer et du rôle du travail dans ces inégalités se heurtent donc aux limites de l'approche épidémiologique classique. Même si les modèles logistiques utilisés par l'épidémiologie prennent en compte et hiérarchisent une pluralité de facteurs de causalité, le cancer est considéré en référence au modèle biologique univoque d'une relation entre une pathologie et des caractéristiques individuelles d'exposition à certains risques. Le travail est lui-même réduit à cette exposition professionnelle individuelle à un ou des cancérogènes (exposé/non exposé) sans prise en compte possible de ce qui fait de la survenue d'un cancer un processus complexe à l'articulation d'histoires individuelles et collectives, elles-mêmes sous l'influence de logiques politiques, économiques, sociales et culturelles » [19, p. 5].

Les questions soulevées ici se rapportent à la suffisance ou à la pertinence de ces modèles pour la compréhension des façons de devenir malade au travail et pour l'intervention :

« Le modèle du champ santé-travail auquel se réfèrent concrètement les pratiques préventives a pour fondement des connaissances fragmentées tant dans le domaine de la santé que dans celui du travail. Il faut même dire que les conceptions de la santé et du travail auxquelles ce modèle se réfère ne permettent pas de penser leurs relations. Il ne repose en effet ni sur la santé, ni sur le travail, mais sur la dégradation de la santé d'une part, sur les facteurs de risques au travail d'autre part » [8, p. 160].

Nous soutenons avec Jacques Duraffourg que « (...) parmi les contradictions qui affectent ces approches préventives, la plus fondamentale est interne au modèle actuel de prévention : l'absence du travail en raison du rapport d'extériorité que l'action préventive entretient avec le procès de travail. Plus ce dernier se complexifie, et plus cette absence devient préjudiciable à l'efficacité de la prévention » [8, p. 168]. La réflexion sur la complexité des problèmes posés demande la reconnaissance de l'expérience humaine, dans ses relations avec la production de la vie dans les diverses formes sociales. Ce qu'on appelle la gestion de la santé au travail fournit un autre modèle des relations entre l'homme et son travail.

2.1. La santé comme gestion de soi dans un milieu singulier

La maladie au travail est un phénomène qui trouve son origine dans les manières concrètes de travailler, dans des contextes spécifiques de production. Néanmoins, cette relation entre l'humain en activité de travail et les milieux productifs ne peut être comprise qu'à travers la seule hétéro-détermination. Georges Canguilhem nous aide à comprendre qu'en ce qui concerne l'ontogénie

humaine, le milieu n'agit pas directement sur l'ordre biologique. Santé et maladie sont des réalités construites à partir d'une interaction complexe entre le concret de la condition humaine et l'élaboration de sens. Cette élaboration renvoie à un débat entre la normativité vitale et la normativité sociale. Cela signifie que les relations entre chaque homme et son milieu mobilisent un système complexe de valeurs qui fondent son activité normative. La vie n'est pas indifférente à ses propres conditions, au contraire, vivre, c'est prendre position [5].

Alors, comment peut-on caractériser l'interaction entre le corps humain et son milieu ? Canguilhem nous invite à penser la spécificité biologique, en opposition à un rapport de type physico-chimique. Le rapport biologique dépasse la représentation simple d'un ensemble de « réponses réflexes » présumant la soumission du corps au milieu et à des mécanismes physico-chimiques. « *Or le propre du vivant, c'est de faire son milieu, de se composer son milieu* » [4, p. 143]. Le milieu est le fruit d'une élaboration du sens. « *Un sens, du point de vue biologique, c'est une appréciation de valeurs en rapport avec un besoin. Et un besoin, c'est pour celui qui l'éprouve et le vit, un système de référence irréductible et par-là absolu* » [4, p. 154].

Les rapports biologiques présupposent que la totalité de l'organisme vivant est en rapport avec le milieu, ce qui exige de comprendre « *qu'entre l'organisme et l'environnement, il y a le même rapport qu'entre les parties et le tout à l'intérieur de l'organisme lui-même* » [4, p. 144]. Cette unité biologique suppose donc que l'on recentre le sens du vivre autour du vivant et de ses propres normes. « *Entre le vivant et le milieu, le rapport s'établit comme un débat où le vivant apporte ses normes propres d'appréciation des situations, où il domine le milieu et se l'accommode* » [4, p. 146]. Et ces

normes internes ont pour référence la vie elle-même. Le fait que le milieu humain soit centré sur le sens de la vie humaine fait qu'il est dans un processus de re-construction permanent, orienté par les sens que l'homme attribue lui-même à son milieu. « *Le milieu propre de l'homme, c'est le monde de sa perception, c'est-à-dire le champ de son expérience pragmatique où ses actions, orientées et réglées par les valeurs immanentes aux tendances, découpent des objets qualifiés, les situent les uns par rapport aux autres et tous par rapport à lui. En sorte que l'environnement auquel il est censé réagir se trouve originellement centré sur lui et par lui* » [4, p. 152].

L'expérience humaine et les différentes réponses aux sollicitations du milieu se construisent selon les possibilités de la vie collective et dans une culture donnée. « *L'homme peut apporter plusieurs solutions à un même problème posé par le milieu* » [4, p. 142]. Lorsqu'ils transforment le milieu par l'inventivité technique, les hommes y appliquent le même principe : la transformation du milieu en fonction d'eux-mêmes et des valeurs qui constituent des systèmes de référence face aux besoins de la vie au travers de l'histoire. Ces systèmes de référence sont aussi à la base des rapports sociaux.

L'être humain se constitue concomitamment aux transformations des modes de vivre, les caractéristiques des modes de vivre deviennent constitutives de l'ontogénie humaine. La dynamique de constitution de l'individu et la dynamique de constitution du milieu sont inter-constitutives ou mutuellement génératives [11]. Le corps humain s'y inscrit, en se structurant dans un rapport permanent avec le milieu technico-social, sans qu'il s'agisse d'un rapport déterministe. « *La forme et les fonctions du corps humain ne sont pas l'expression des conditions faites à la vie par le milieu, mais l'expression des modes de vivre dans le milieu socialement adoptés* » [5, p. 203]. Le milieu ne

s'infiltrer pas à travers les membranes du corps, indépendamment de ses propres normes internes, et la perméabilité de ces membranes est le résultat non seulement d'un ensemble de mécanismes physico-chimiques, mais aussi d'un système de valeurs complexe, fondateur de son activité normative.

La prise en considération de la vie, comme activité normative, a des implications importantes sur la définition de la notion de santé, comprise comme expérience humaine, tentative de singulariser le milieu en fonction de ses propres normes de santé et des valeurs qui les soutiennent. La production de connaissances sur la santé et la maladie doit être resituée dans les débats entre l'histoire de chaque personne et le milieu dans lequel il vit. L'universalité des concepts n'annule pas la singularité de l'expérience de chaque personne, pour laquelle la santé se manifeste comme une construction possible de soi-même dans un milieu reconnu et socialement adapté. Elle est un critère implicite du vivre.

2.2. L'activité humaine de travail

La notion d'activité, centrale dans l'approche ergologique [17, 18], désigne cette transformation de la vie en l'homme, la vie étant une recherche toujours risquée d'un débat avec les normes du milieu, une tentative de recentrer ce milieu, non plus seulement écologique mais aussi social, autour des normes de santé du vivant humain, producteur, travailleur.

Le point de vue de l'activité évoque nécessairement les rapports entre valeurs, savoirs et agir en compétence, configurées dans la singularité des situations concrètes de travail. Cela exige l'émergence

de l'expérience de ceux qui travaillent, et ce n'est pas sans conséquence sur la production des savoirs concernant le travail humain, notamment dans le champ santé-travail.

Du point de vue ergologique, l'expérience humaine au travail est constituée par une gestion permanente de soi-même dans les situations de production. « *La gestion, comme vrai problème humain advient partout où il y a variabilité, histoire, où il faut faire face sans pouvoir recourir à des procédures stéréotypées. Toute gestion suppose des choix, des arbitrages, une hiérarchisation d'actes et d'objectifs, donc de valeurs au nom desquelles ces décisions s'élaborent* » [17, p. 433].

Les principes technico-scientifiques appliqués aux milieux de travail et à la conception du travail prennent la forme de normes techniques, organisationnelles et gestionnaires. Il en résulte une structure productive qui hétéro-détermine les objectifs du travail humain, ses outils, son temps, son espace et qui se cristallise en normes qui délimitent les rapports entre les hommes et les techniques, les objectifs de la production, les temps et les espaces productifs, la hiérarchie, la sécurité et la santé. De son côté le travail, en tant qu'activité humaine, nécessite une gestion permanente de soi-même dans un milieu toujours mouvant, en mobilisant des savoirs et des valeurs incorporées dans les pratiques, conditions pour *l'agir en compétence*. [17, pp. 479-503].

Les normes se proposent comme « *un mode possible d'unification d'un divers* » [5, p. 177], sans pour autant annuler le divers. Toute variabilité des situations productives, dont la variabilité humaine, se gère dans le travail humain, au-delà des prescriptions normatives. *L'ergonomie de l'activité* [22] met en valeur les différences entre le travail prescrit et le travail réel. L'ergologie approfondit l'analyse de

cette distinction : l'écart entre prescription et réalité du travail ne s'explique pas seulement par les « trous de normes » qui résultent de la variabilité des événements techniques, sociaux et humains inhérents aux processus productifs. Le travail n'est jamais seulement exécution puisqu'il mobilise en situation productive cet arbitrage permanent entre l'usage de soi par soi-même et par les autres, entre « normes antécédentes » et normes inscrites dans l'histoire du corps de celui qui travaille.

L'arbitrage entre « l'usage de soi par soi-même et l'usage de soi par les autres » implique des renormalisations. Les normes antécédentes seront réinterprétées dans le but de les ajuster à soi-même et à la situation concrète. Les renormalisations comprennent des choix donc, des critères. Ces critères ont un rapport avec l'univers des valeurs qui sont en nous et qui sont au cœur des débats de normes. L'activité humaine est un re-travail permanent d'un univers de valeurs, une re-définition et une re-hiérarchisation. Travailler c'est se gérer soi-même dans un milieu circonscrit par des normes d'ordre technique, organisationnel et managérial qui fixent au travail humain des objectifs et déterminent ses instruments, son temps, son espace. Cependant, ces niveaux d'hétéro-détermination n'excluent pas l'activité humaine en tant que mobilisation de savoirs et de valeurs intégrés dans les pratiques, conditions pour l'agir en compétence dans un milieu en évolution constante.

2.3. La gestion de la santé au travail

Considérer la santé en tant que valeur fondatrice de l'activité humaine suppose de penser les rapports entre activité humaine et risques au travail comme une expérience indissociable de la singularité des situations de travail.

Cette affirmation a des conséquences importantes sur les connaissances nécessaires à la gestion de la santé et des risques au travail, cela implique l'accès aux expériences individuelles et collectives de reconnaissance et de hiérarchisation des risques, en fonction des spécificités des situations de travail. La diversité des situations de production et des histoires de chaque corps productif configure des possibilités de gestion des risques différenciées, selon les situations, les histoires personnelles et collectives. La gestion de soi et de sa propre santé comme élément structurel de l'activité humaine ne se dissocie pas de celle-ci dans l'agir en compétence. Et l'agir en compétence est fondamentalement déterminé par les valeurs qui circulent à travers l'activité du travail. La hiérarchisation des risques est donc substantifiée par la hiérarchisation des valeurs relatives aux normes internes de santé et par le rapport avec le corps en activité. C'est cette dynamique de valorisation qui rend possible la singularisation du milieu productif comme tentative de construction d'un milieu cohérent avec les normes de vie.

Il arrive que les valeurs mercantiles, quantifiables qui soutiennent les normes de production, parmi lesquelles les normes de gestion de la santé et de la sécurité au travail, et les valeurs de la vie collective, non mesurées, qui soutiennent les compétences construites de façon individuelle et

collective dans la spécificité des situations de production, entrent en conflit. Ces conflits de valeurs sont fréquemment assez importants pour rendre impraticable l'accomplissement du travail selon les normes prescrites par les gestionnaires de la santé et la sécurité.

Plus les principes de la gestion prescrite des risques s'éloignent de la singularité des situations de travail et des re-normalisations opérées, plus les chances d'une efficacité préventive s'amoindrissent. Paradoxalement, c'est cet éloignement qui fonde la gestion des risques comme instance spécialisée. Tout comme l'administration scientifique taylorienne du travail exigeait la dissociation entre le travail et la gestion du travail, l'administration scientifique de la santé et de la maladie au travail exige la dissociation entre le travail et la gestion des risques au travail. C'est la condition même pour l'existence d'une gestion spécialisée des risques du travail.

Les travaux de Damien Cru dans le secteur du bâtiment confirment ce constat. Les « savoir-faire de prudence », en tant que savoirs de métier, se traduisent dans des comportements basés sur la connaissance des risques dans les situations concrètes de travail. Ces comportements ont tendance à s'opposer aux mesures préconisées par les spécialistes, ce que ces derniers interprètent comme une « résistance » par ignorance ou inconscience. Cru démontre qu'au contraire, *« la collectivité ouvrière préférerait alors renoncer à la prévention venue de l'extérieur, pour continuer de s'appuyer sur la prévention spontanée, issue des savoir-faire, des métiers et des traditions ouvrières du bâtiment. Ainsi, pourrait-on dégager des savoir-faire de prudence qui s'exercent dans des systèmes d'auto-régulation du collectif de travail, et de l'auto-régulation des rythmes et des modes opératoires individuels. Il s'agit donc d'un affrontement entre une organisation spontanée du travail par les ouvriers et une*

organisation imposée de l'extérieur par les ingénieurs, affrontement dans lequel se joue de surcroît un conflit fondamental entre deux conceptions de la sécurité » [7, pp. 239-240].

Abdallah Nouroudine [14] défend l'hypothèse selon laquelle l'infraction aux normes de sécurité prescrites est une condition de production de savoir-faire de prudence essentiels à l'efficacité des systèmes de production, comme à la gestion de la santé au travail. Les rapports entre le risque et l'activité humaine sont analysés comme expérience humaine à part entière tandis qu'est remise en question, au cours de l'activité de travail et en temps réel, l'objectivation du risque de manière externe.

La gestion des risques au travail, conçue comme une pratique de spécialistes et, en tant que telle, éloignée des possibilités réelles de gestion de la santé dans l'activité de travail, se traduit par une normativité dissociée des situations réelles de risque. Pierre Trinquet résume bien cette question lorsqu'il explique que *« la réglementation est insuffisamment appliquée mais, surtout, parce qu'elle est difficilement applicable en son état et compte tenu des conditions globales actuelles de réalisation de la production (économiques, techniques, sociales, culturelles, organisationnelles, etc.)* » [20, p. 305].

La configuration des situations de risque dans les situations concrètes résulte des compromis élaborés aux interstices de la production, entre les normes et la variabilité, entre les limites du corps et les exigences de la production, entre l'histoire de chacun et l'histoire de ceux avec qui on travaille. Il s'agit d'un arbitrage permanent, où la santé, en tant que valeur fondatrice de l'activité humaine, convoque souvent des valeurs méconnues des spécialistes, ce qui augmente la distance entre le monde de la gestion spécialisée de la santé au travail et le monde de la gestion réelle de la santé au travail.

« Restituer la densité d'espace où s'opèrent ces compromis et ces arbitrages nous paraît nécessaire pour refuser la thèse qu'il n'est de gestion que celle des spécialistes habilités comme tels » [17, p. 434]. Il s'agit là d'une condition pour que les principes de prévention puissent atteindre l'origine pathogénique des situations de travail, et prendre en compte la singularité des re-normalisations de l'activité de travail dans des contextes toujours spécifiques.

3. La gestion de la santé au travail comme question collective

L'activité humaine de travail et le phénomène santé/maladie au travail ne peuvent être dissociés. Ils se déploient sur un même axe historique, parmi les médiations de la structure psycho-biologique humaine dans des circonstances productives à la fois singulières et collectives. La maladie au travail, en tant que phénomène à la fois particulier et social, singulier et pluriel, dévoile parfois, ou cache le contenu des médiations qui en sont à l'origine.

Si nous affirmons que la santé et la maladie se constituent essentiellement dans l'expérience toujours singulière de chaque être humain, comment conceptualiser les configurations sociales qui expriment la maladie en tant qu'expérience collective ? Comment se construisent les processus interactifs entre les individus immergés dans la singularité des situations ?

Ces questions nous renvoient à l'épidémiologie, comme discipline qui prétend contribuer à l'interprétation et l'analyse de la dimension collective dans le domaine de la santé et de la maladie.

Almeida Filho [1] définit l'objet d'étude de l'Epidémiologie comme étude des occurrences de santé et de maladie en masse, concernant un nombre significatif de personnes, regroupées dans des sociétés, des collectivités, des communautés, des groupes démographiques, des classes sociales ou autres collectifs d'êtres humains. Gonçalves [10] le définit comme étude de la dynamique – genèse et devenir – des processus de santé et maladie, dans des populations spécifiques, avec toutes les caractéristiques historiques et sociales qui leur donnent leur spécificité.

La définition ou les définitions de la notion de collectif qui apparaissent dans les études épidémiologiques nous renvoie au cœur de cette discipline. Pour Breilh [3], la focalisation du rapport collectif-individu a des incidences sur les bases de la discipline épidémiologique, sur sa méthodologie, ses techniques et, surtout, sur sa projection pratique comme outil de transformation des conditions de vie humaine. Barreto et Alves [2] font de longues critiques sur la façon dont la notion de collectif est définie habituellement dans la littérature épidémiologique, en termes de système objectif de rapports sociaux, sans prise en compte des manifestations individuelles, et vidée de son caractère explicatif. Le collectif est conçu dans d'une perspective structuraliste, il devient une réalité en soi et présuppose l'idée d'une détermination sociale sur les phénomènes collectifs émergents. Cette définition s'oppose aux études qui focalisent sur les interactions sociales et qui montrent que les individus contrôlent leurs actions lorsqu'ils négocient, adaptent et modifient les significations et les contextes. Les formations ou entités collectives, en tant que construction de significations, résultent de processus interactifs.

Les implications des circonstances structurelles ne peuvent pas être négligées, surtout lorsque nous étudions la santé et la maladie en tant que phénomènes collectifs. Cependant l'activité humaine exige

le mouvement de singularisation, ce qui fait que les circonstances sont toujours transformées par l'expérience humaine, conformément aux possibilités de la vie collective, dans une culture spécifique et dans un système de valeurs qui servent de repères.

Lorsque l'on affirme la spécificité du travail comme origine des processus de maladie, il faut se demander : comment pouvons-nous accéder aux configurations collectives pour comprendre la maladie comme un processus modulé dans l'agir en situation de travail ? Dans la recherche d'éléments de réponse, la notion d'Entités Collectives Relativement Pertinentes [17, pp. 499-500] permet d'analyser les rapports entre le pôle des macro-territoires de la gestion globale des activités économiques et de la politique, et le pôle des micro-territoires, là où se déroulent les activités humaines. Les ECRP résultent de la dynamique de la vie commune, provoquant le re-travail des valeurs entre le macro et le micro. En étant des sortes de matrices de l'histoire, elles existent dans toutes les organisations humaines.

La désignation « entités » a un rapport avec l'invisibilité des frontières de ces collectifs, dans la mesure où ces limites sont variables, indépendantes de configurations sociales prédéterminées. Ces entités sont « relativement pertinentes » car elles sont en rapport avec des liens tissés dans la vie collective et sont en reconstruction permanente. La configuration d'une ECRP se fait en fonction d'une part, de valeurs socialement partagées, non mesurables et qui fondent la vie collective ; d'autre part, en fonction des nécessités d'efficacité collective ou de la construction des compétences pour vivre.

La capacité à travailler dans des ECRP, à construire des synergies entre des histoires personnelles et des profils de compétence autour des objectifs du travail, fait partie des ingrédients de la compétence

mobilisés dans l'activité humaine de travail. Les ECRP ne correspondent qu'en partie aux équipes professionnelles prédéfinies par les gestionnaires du travail et les organigrammes, elles dépassent les lacunes provenant de la division formelle du travail, face à la variabilité des situations de production, et rendent possible l'appropriation collective de la dimension singulière et historique des situations de travail, par l'intermédiaire d'un pôle de gestion collective et de re-travail des valeurs.

La dynamique des valeurs qui soutient les ECRP, en rapport avec la hiérarchisation des valeurs qui circulent dans le contexte technique et social d'une situation, délimite le champ de possibilités d'une gestion individuelle et collective des situations de risque. Cela signifie que la gestion de soi et de sa santé dans un contexte professionnel s'inscrit doublement dans des normes de santé internes à soi-même en rapport avec l'histoire individuelle, et des normes de l'agir en compétence en rapport avec l'histoire des situations de production.

4. Considérations finales

Les phénomènes de santé et maladie se constituent dans la singularité et la diversité des expériences individuelles et collectives, tout en étant des constructions sociales attachées au modèle de développement, à ses structures techniques et sociales et à la dynamique des valeurs qui le sous-tend. La question de la santé au travail nous renvoie directement aux relations entre les échelons macro et micro de la réalité sociale. L'ergologie nous invite à penser ce champ de relations comme celui de la gestion humaine, dont les synthèses se configurent à travers l'activité humaine et dans la diversité des

situations productives. C'est là un grand défi, dans la mesure où cela exige de comprendre la diversité comme autant de manières singulières d'appropriation sociale et technologique, historiquement et culturellement construites dans un contexte de mondialisation des relations de compétitivité inter-capitaliste.

Pour mieux comprendre les manières de vivre, de travailler et de tomber malade au travail, il faut donc retrouver les configurations singulières du vivre et du travailler, mettre en lumière les expériences individuelles et collectives de confrontations normatives. Cela implique de reconnaître que la normativité, au principe de la gestion spécialisée des risques du travail, sera toujours mise en débat dans l'expérience humaine. Cela exige d'adopter le point de vue de l'activité comme positionnement épistémologique ; cela signifie réincorporer les sujets du travail à la construction des savoirs sur le travail, en reconnaissant l'utilité des savoirs investis dans l'activité et des valeurs qui y circulent pour le retravailler les savoirs disciplinaires. C'est dans ce sens que l'ergologie propose la mise en dialogue des savoirs sous la forme de « *dispositif dynamique à trois pôles* » [17, p. 714] : le pôle des savoirs d'expérience, le pôle des savoirs institués et le pôle des exigences éthiques et épistémologiques. Les Groupes de Rencontres du Travail cherchent à concrétiser cette proposition. Bien sûr, c'est un exercice difficile mais devant les demandes de compréhension transformatrice des situations de travail et l'insuffisance des savoirs spécialisés face à la complexité des relations santé-travail, c'est un exercice nécessaire pour réussir à développer les compétences nécessaires.

Références Bibliographiques

- [1] ALMEIDA FILHO A., 1992, *Introdução à Epidemiologia Moderna*, 2^a edição, Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO
- [2] BARRETO M.L. et ALVES P., 1994, « O coletivo versus o individual na Epidemiologia : Contradição ou Síntese », dans *II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO, pp. 184-191
- [3] BREILH J., 1994, « Dialéctica de lo coletivo en Epidemiologia », dans *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO, pp. 98-105
- [4] CANGUILHEM G., 1965, *La connaissance de la vie*, Paris, Presses Universitaires de France
- [5] CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France
- [6] COUTAREL F., DANIELLOU F., DUGUE B., 2005, « La prévention des troubles musculo-squelettiques : quelques enjeux épistémologiques », *@ctivités*, 2 (1), <http://www.activites.org>, pp. 3-18
- [7] CRU D., et DEJOURS C., 1983, « Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment », *Les cahiers médico-sociaux*, 27^{ème} année (3), pp. 239-247
- [8] DURAFFOURG J., 2008, « Santé au travail, Santé du travail », *Ergologia*, n° 0, pp. 155-176
- [9] ECHTERNACHT E., 1998, *As Lesões por Esforços Repetitivos no contexto da reestruturação produtiva brasileira*, Tese de Doutorado, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro

- [10] GONÇALVES R.B.M., 1990, « Contribuição à Discussão sobre as Relações entre teoria, objeto e método em Epidemiologia », dans *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Campinas/SP : ABRASCO, pp. 76-88
- [11] MATURANA H., 2001, « Biologia do psíquico, Onde está a mente ? », dans Magro C., Graciano M., et Vaz N., (Orgs), *A Ontologia da Realidade*, Belo Horizonte, Ed. UFMG, pp. 107-122
- [12] MINAYO M.C.S., 1993, *O desafio do conhecimento : Pesquisa Qualitativa em Saúde*, Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO
- [13] MINAYO M.C.S., 1994, « Quantitativo e Qualitativo em Indicadores de Saúde : Revendo conceitos », dans *II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Belo horizonte, COOPMED/ABRASCO, pp. 83-92
- [14] NOUROUDINE, A., 2004, « Risco e atividades humanas : acerca da possível positividade aí presente », dans Figueiredo M., Athayde M., Brito J., Alvarez D., (Orgs.), *Labirintos do trabalho : interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*, Rio de Janeiro, DP&A Editora, pp 37-62
- [15] ODDONE I., 1981, *Redécouvrir l'expérience ouvrière*, Paris, Messidor / Éditions Sociales
- [16] RANTANEN J., 1995, « Novas Epidemias em Saúde Ocupacional. Quais são e como identificá-las », *La Medicina del Lavoro*, 86/2, pp. 139-151
- [17] SCHWARTZ Y., 2000, *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*, Toulouse, Octarès Éditions
- [18] SCHWARTZ Y., 2007, « Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité », *@ctivités*, n° 4 (2), <http://www.activites.org>, 122-133
- [19] THEBAUD-MONY A., 2006, « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n° 163, pp. 18-31

- [20] TRINQUET P., 1996, *Maîtriser les risques du travail*, Paris, Presses Universitaires de France
- [21] VIDAL M.C.R., 1993, *Programa Científico do Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias*, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ
- [22] WISNER A., 1995, *Réflexions sur L'ergonomie, 1962-1995*, Toulouse, Octarès Editions