

SANTÉ AU TRAVAIL, SANTÉ DU TRAVAIL¹

Jacques Duraffourg

Trois remarques me serviront d'introduction.

La première m'est suggérée par le titre que le département d'ergologie a proposé de donner à cette conférence : « santé au travail, santé du travail ». Il ne s'agit pas d'un jeu de mot : en liant santé « au » travail et santé « du » travail, ce titre suggère une relation fondamentale entre la santé et le travail. Comme l'écrit le comité d'organisation des « cinquième Journées d'études sur les tâches du présent » consacrées à des médecins, la démarche ergologique « dont le centre de gravité est la notion d'« activité humaine » est organiquement nouée à la question de la santé : l'activité humaine est-elle autre chose qu'une négociation de normes orientée par la recherche d'un vivre en santé dans un milieu singulier de vie ». Or les situations de travail ne sont pas n'importe quel milieu de vie et l'activité de travail qui s'y déploie n'importe quel genre d'activité.

¹ Texte présenté aux « Assises de la prévention ; Prévention et transformation du travail » du 21 novembre 2003 au Conseil Régional à Marseille.

Je pense que la santé se joue en priorité dans les possibilités de négociation offertes aux femmes et aux hommes qui produisent leur existence dans les situations de travail.

De ce point de vue, le consultant que je suis constate que les choses se dégradent d'une façon très considérable, à commencer par le fait insupportable qu'une fraction importante de nos concitoyens sont interdits de travail au mépris d'un droit inscrit pourtant dans la constitution : les trois millions de chômeurs n'ont plus la possibilité de négocier quoi que ce soit parce qu'ils ne peuvent plus produire leur existence dans des conditions socialement acceptables et reconnues. Si le fait est insupportable, la manière dont notre société fréquemment le perçoit est proprement scandaleuse : aujourd'hui même, M. Fillon a déclaré que « la baisse de la valeur travail n'est pas étrangère à la montée du chômage » et que « la grogne monte... au regard de certains chômeurs qui ne souhaitent pas reprendre un emploi ».

La deuxième remarque est liée au contexte actuel marqué notamment par l'obligation faite aux employeurs de produire un document unique d'évaluation des risques pour la production duquel l'instance juridique requiert une démarche pluridisciplinaire des services de prévention selon les propres termes de Mme Guigou, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, lors de son intervention devant le Conseil Supérieur des Risques Professionnels le 28 février 2001. C'est bien. Par certain côté, c'est une véritable consécration d'orientations pour lesquelles nous nous sommes battu pendant des décennies. Et pourtant, je crains que ces évolutions et les pratiques qu'elles génèrent ne soient inscrites dans la reproduction à l'identique du modèle de prévention du fait non pas de l'appel en soi à la pluridisciplinarité mais en raison du risque de concevoir celle-ci comme une coopération entre experts. Or il y a une relation étroite entre ce risque et le modèle de prévention sur lequel repose aujourd'hui

l'ensemble du système de protection de la santé et de la sécurité au travail. Car cette relation est structurée par une absence : celle du travail.

La troisième remarque est la suivante. Ces évolutions de surcroît exacerbent, me semble-t-il, une contradiction fondamentale qui ne concerne pas que la prévention : demandant de plus en plus de temps et de technicité, soumis dans notre système socio-économique à l'impérialisme du rendement, elles renforcent la tendance à « *confier aux scientifiques et à ceux qui les financent le soin de gouverner le monde par l'expertise* » comme l'écrit le Directeur scientifique de l'INRS, J.C. André [1] ; « *N'est-il pas temps d'examiner, ajoute-t-il, comment on en est arrivé à rechercher le support de l'expertise dans un monde du travail complexe et changeant ?* » Sans compter que cette tentation de confier aux experts le gouvernement du monde rappelle de fâcheux souvenirs, c'est une manière de mettre le doigt sur les limites du modèle antérieur de prévention.

L'appel cloisonné à des spécialistes, experts dans leur domaine, a mis pratiquement les acteurs de la prévention dans l'incapacité de rencontrer la question globale de la prévention en situation de travail. Cela devrait conduire à s'interroger sur la contamination des pratiques par la rationalité technicienne qui est celle de l'expert. Mais à mon avis, en l'absence de la réintroduction du sujet politique, le modèle actuel de prévention, dont l'architecture même nie les réalités qu'il devrait permettre de penser, continuera à perdurer. En effet, il se caractérise par une absence : celle de l'activité de travail. Véritable tache aveugle des pratiques actuelles dans le champ santé/travail, elle empêche et même dissuade les travailleurs concernés au premier chef de voir, de comprendre, a fortiori de contester. Si cette analyse a quelque validité, alors il faut se demander comment structurer un modèle alternatif de

prévention qui fasse toute sa place aux premiers intéressés par la prévention des maladies et des risques professionnels.

Ces trois remarques ont pour effet de remettre sur le métier la question du modèle de prévention auquel consciemment ou inconsciemment se réfèrent les pratiques. Je pense que ce modèle est épuisé, car il n'est plus à même d'assurer la cohérence et la lisibilité de l'action des préventeurs qui, de ce fait, sont mis eux-mêmes en grande difficulté.

J'insiste sur le terme de modèle en lui donnant le sens rigoureux que les pratiques scientifiques lui accordent. A mon sens, il ne s'agit pas aujourd'hui de procéder à un aménagement de ce qui existe mais bien de renouveler la conception même de la prévention : il ne s'agit pas de compléter la boîte à outils, ni d'inventer une énième approche, mais de changer radicalement l'angle d'attaque. Evidemment, on ne part pas de rien. C'est en mobilisant l'expérience accumulée des préventeurs que les changements de paradigmes qu'implique ce renouvellement sera possible. Je vous propose de procéder en trois temps : partir d'un rappel sommaire des paradigmes scientifiques dominants, et définir rapidement le modèle qui inspire actuellement les pratiques préventives ; exposer ensuite les raisons pour lesquelles ce modèle me semble avoir atteint ses limites ; déboucher enfin sur l'esquisse d'une autre orientation à construire à partir du travail, impliquant à mon sens un changement paradigmatique fondamental.

I – Le modèle actuel de prévention et les conceptions étriquées de ses fondements tant en ce qui concerne la santé que le travail

André [1] écrit que « *pour certains scientifiques, la complexité du travail et des risques associés peut être un obstacle contournable par simplification des situations réputées complexes ou par réduction de celles-ci à l'analyse de leurs composants élémentaires* ». Ce rappel du caractère prégnant du réductionnisme dans la pensée scientifique est classique. Identifiant dans ce recours à la spécialisation « *une certaine forme de quintessence de l'enseignement universitaire mono disciplinaire* » il considère qu'il en résulte une pratique qui induit simultanément progrès et régression des connaissances mais dont il faut préciser avec E. Morin [2] qu'il s'agit de connaissances fragmentaires donc de connaissances mutilées. En réalité, n'est-on pas confronté dans le domaine de la prévention comme dans beaucoup d'autres domaines à l'exigence de « *ramener les pratiques et les langues scientifiques vers leur pays d'origine, la vie quotidienne* » comme l'écrivait il y a déjà 25 ans M. de Certeau [3] qui ajoutait que « *ce retour, aujourd'hui de plus en plus insistant, a le caractère paradoxal d'être aussi un exil par rapport aux disciplines dont la rigueur se mesure à la stricte définition de leurs limites* ».

Certes les enjeux sont scientifiques mais ils sont également politiques, car, d'une part « *une connaissance mutilée conduit toujours à une politique mutilante* » comme le dit Morin, et dans la mesure d'autre part où l'actuelle pratique scientifique détermine ce que de Certeau appelle la prolifération de l'expert « *au point, dit-il, d'en devenir la figure généralisée (de la modernité),... qui efface et d'une certaine façon remplace le philosophe, hier spécialiste de l'universel* ». Les « *insularités scientifiques et dominantes* » qui en résultent sont évoquées par Benkinoum (cité par André [1]) qui, optimiste à mon sens, considère que « *réfugié derrière le principe d'autorité, la confiscation du pouvoir de décider ce qui est bon et mauvais pour la société, fait désormais partie des anachronismes et n'a plus aucune légitimité* » ; « *bien souvent, ajoute-t-il, l'expertise est une*

dépolitisation du politique. L'expert légitime les pouvoirs existants en technicisant les problèmes. Le tout au prix d'un abus de pouvoir qui transforme incertitudes et interrogations en énoncés dogmatiques ».

La prévention, ses orientations, son organisation, ses pratiques, sont effectivement confrontées aux questions soulevées, certaines depuis fort longtemps, par les paradigmes scientifiques sur lesquels repose le dispositif de protection de la santé et de la sécurité au travail. Le modèle du champ santé-travail, auquel se réfèrent concrètement les pratiques préventives a pour fondement des connaissances fragmentaires 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.

La santé est considérée sous l'angle du risque de son altération au cours du travail et de la vie professionnelle. La santé est donc réduite à n'être qu'un état caractérisé par l'absence de maladie et d'atteinte fonctionnelle. Il s'agit donc de détecter la possibilité d'une atteinte d'un organe ou d'une fonction afin de l'éviter.

Le travail quant à lui est perçu seulement sous l'angle des facteurs de risques professionnels qu'il s'agit par conséquent d'éradiquer. Autrement dit le travail, c'est-à-dire l'activité concrète du travailleur disparaît derrière le cadre objectif, matériel, procédural où cette activité se déploie. Si aucun paramètre de ce cadre n'atteint un seuil de danger, le travail est réputé n'avoir aucune conséquence sur la santé.

En conséquence la relation santé-travail ne peut être pensée que terme à terme entre un facteur de risque et son effet sur l'homme ou plus précisément sur un morceau d'homme : poumon, oreille, peau, colonne vertébrale etc. L'appréhension actuelle de la relation santé-travail est une somme limitée de facteurs de risques liés à des risques d'atteintes pathologiques particulières. Dans ces conditions, la conception de la prévention qui résulte de cette définition restrictive du champ santé-travail est affecté d'un signe négatif : il s'agit toujours de soustraire, de protéger, de sélectionner, de supprimer... Il n'y a de place dans une telle conception ni pour la santé saisie comme un processus de construction de soi-même ni pour le travail comme opérateur de santé à travers la gestion de ce processus.

Il faut bien mesurer les conséquences philosophiques de cette négativité. Citant G. Canguilhem pour qui « *la menace de la maladie est un constituant de la santé* », A. Nouroudine [4] a démontré qu'« *il existe une justification rigoureuse de l'intérêt intellectuel de considérer le risque comme occasion de créativité dans les activités humaines* ». S'agissant de la prévention, il écrit que « *le développement du risque dans sa positivité est une condition de possibilité pour limiter le risque dans sa négativité* ». Une telle orientation éclaire singulièrement ce qui, chez la consultant que je suis, relevait de l'intuition méthodologique : passer par l'activité et donc comprendre en quoi elle est une prise de risque pour pouvoir traiter sérieusement les problèmes de santé au travail.

Je ferais trois remarques à propos de l'actuelle conception de la prévention.

1 - S'agissant de la santé, elle est aux antipodes me semble-t-il de la tradition médicale qui *jamais n'a fait précéder le médecin par le spécialiste, c'est-à-dire par l'expert d'une fonction ou d'un organe : on est cardiologue parce qu'on est médecin et non l'inverse.*

Tradition constante rappelée par Ramazzini [5], ce précurseur de la médecine du travail : il conseillait « *aux médecins qui visitent un malade du peuple de ne point lui tâter le pouls aussitôt qu'il est entré comme on a coutume de faire sans même avoir égard à la condition du malade* » et aux préceptes d'Hippocrate « *qu'il me soit permis, dit-il, d'ajouter (la question) suivante : quel est le métier du malade ? Je remarque ou qu'on l'oublie assez souvent dans la pratique ou que le médecin, qui sait d'ailleurs la profession du malade, n'y fait pas assez attention quoiqu'elle soit capable d'influer pour beaucoup sur le succès de sa cure* ».

Je me souviens lors des séances de présentation au début d'un enseignement d'ergonomie que j'animais pour des médecins du travail que ceux-ci s'interrogeaient sur une forme de prévention qui privilégie la soustraction des salariés aux mauvaises conditions de travail et la sélection des personnels. Confrontés qu'ils étaient aux préoccupations de l'entreprise quasi exclusivement référencées à des critères de gestion économique et financière, ils s'interrogeaient moins in fine sur leurs marges de manœuvre que sur la manière dont ils pouvaient être garants de la santé des salariés dans son acception la plus large, ce qui impliquait à leur sens une compréhension du travail qu'ils venaient chercher en suivant une formation en ergonomie. Ce qu'ils mettaient ainsi en cause indirectement, c'était une conception de la prévention autiste à la connaissance du travail

2 - Qu'une telle conception ait pu se structurer, puisse encore se développer et s'enseigner est incompréhensible si elle n'est pas rapportée à ce qui s'est historiquement forgé au creuset de la grande industrie avec l'extension du salariat.

Le taylorisme, en tant que forme achevée d'un certain type de développement du travail industriel, a organisé la dislocation de l'homme travailleur en cherchant d'une part à séparer la force de travail dont il est porteur (M. Bartoli [6] dans sa thèse sur l'intensité du travail écrivait que le problème résidait justement dans l'impossibilité de cette séparation) et à distinguer dans celle-ci d'autre part « les qualités » directement utiles pour les sélectionner, les former, les mesurer, les évaluer etc. Cette dislocation de l'homme travailleur correspond à celle du travail et de l'homme. De ce point de vue, la conception actuelle de la prévention est fille de la-dite « Organisation Scientifique du Travail ». Il faut bien voir en effet la filiation entre celle-ci et la tentative (permanente et de plus en plus explicite actuellement) de demander au médecin du travail d'évaluer les individus sur leurs aptitudes au nom de la prévention

3 – L'émergence d'une telle conception au début du siècle doit beaucoup à la brutalité de l'exploitation des travailleurs confrontés de surcroît à des conditions de travail et de sécurité particulièrement problématiques au regard de leur vie et de leur santé.

Mais une telle politique de l'urgence marquée par la nécessité d'intervenir de façon sélective peut-elle expliquer un appel cloisonné à des spécialistes experts dans leur domaine de sorte que la pratique préventive se soit historiquement constituée par sommation des problèmes de dégradation de la santé

au travail ? Personnellement, je ne le pense pas, convaincu comme A. Wisner que les scientifiques ont apporté une justification au taylorisme en tant que processus de dislocation des connaissances et des pratiques. Dans le champ santé-travail, ce n'est pas l'urgence des problèmes qui explique le mode de constitution du corpus et des pratiques de prévention, mais l'entreprise générale de rationalisation de l'activité humaine qui tend à gagner aujourd'hui tous les secteurs de la société et de la vie des hommes. Au regard de l'usage que notre système socio-économique entend faire des femmes et des hommes, l'exclusion par la dégradation de la santé n'est pas de nature fondamentalement différente de l'exclusion en raison de la maternité pour les femmes, du vieillissement pour les anciens ou du manque d'expérience pour les jeunes. Wisner l'avait écrit en 1971 [7], il y a plus de trente ans : la conception du travail et de son organisation requièrent des hommes qui n'ont pas de sexe et ne vieillissent pas, qui n'ont aucun handicap et sont en pleine possession de tous leurs moyens, toujours disponibles et motivés, bref des hommes qui, dans la réalité, n'existent pas.

La diversité et la complexité des pratiques préventives ne se laissent évidemment pas enfermer dans le cadre d'un modèle qui, peu ou prou, les a inspirées, orientées et structurées. Mais, sans expliciter ce cadre, il me semble impossible de comprendre les contradictions qui travaillent de plus en plus les pratiques concrètes de prévention des risques professionnels. C'est à l'aune de ces contradictions qu'il faut mesurer en quoi l'appel à la pluridisciplinarité est de nature à relever le défi représenté par l'urgence de repenser aujourd'hui les fondements de la prévention.

II - L'épuisement de ce modèle sous l'effet de contradictions internes et externes.

Je vois trois grandes raisons susceptibles d'expliquer l'épuisement de ce modèle et par conséquent les difficultés actuelles des pratiques qui s'y réfèrent.

1 - D'abord, il faut bien constater son inefficacité croissante ou, pour parler comme les économistes, son rendement décroissant.

La multiplication des acteurs et des procédures, non seulement n'est pas une garantie de progrès, mais elle est bien souvent à la source d'effets pervers.

Je me souviens de la demande que m'avait adressée le directeur d'une grande entreprise de travaux public : *« je souhaiterais que vous me fassiez un outil capable de répondre à toutes nos obligations en matière de sécurité et de qualité. Notre métier est de construire des ouvrages d'art. Or nous passons de plus en plus de temps à recevoir les chargés de prévention et les contrôleurs de qualité et de sécurité. Je paie de plus en plus de monde pour rédiger des documents de plus en plus épais qui ne servent ni au chef de travaux, ni au chef de chantier, ni aux compagnons. Alors voilà, je voudrais un document et un seul qui satisfasse l'inspection du travail, la CRAM et l'OPPBT, la médecine du travail et le CHSCT ainsi que les organismes de contrôle qualité. De surcroît, je voudrais qu'il soit utile au chantier. Mais je sais que vous n'y arriverez pas »*. J'ajouterais que personne dans ce milieu n'ignore que le moyen le plus utilisé par les services de sécurité est ... la photocopieuse. Quelle importance d'ailleurs puisque le représentant de la CRAM au comité de suivi de cette intervention

faisait remarquer que les plans de prévention envahissaient son bureau et qu'il n'avait bien évidemment pas le temps de les lire.

En réalité, une telle situation révèle que les pratiques préventives n'ont pas grand chose à voir avec la sécurité : elles relèvent d'une logique assurantielle, dont M. F. Derrien [8] montre qu'introduites par le droit, elles surdéterminent la notion de risque. On peut penser, compte tenu des évolutions actuelles, qu'une telle logique va induire de plus en plus de procédures et de contrôles, accroissant ainsi l'inefficacité du système.

2 - Ensuite, des contradictions externes au modèle de prévention se sont développées en raison des évolutions du travail.

Le modèle de prévention s'est construit lorsque l'action préventive avait pour objet un procès de production marqué par des conditions matérielles souvent dures et immédiatement, voire facilement, identifiables : le bruit, la poussière, les vibrations, les manutentions lourdes, les possibilités de chutes, l'éventualité de l'explosion ... Ces situations sollicitaient de façon très directe les préventeurs et leur donnaient l'impression d'être des phénomènes simples autorisant évaluation et mesures. Notons que cette impression a été renforcée par l'absence, comme l'écrit Y. Schwartz [10], d'une réelle convocation des préventeurs à travailler sur ces risques rendant ainsi possible des drames comme celui de l'amiante. Cependant, la possibilité d'anticiper l'actualisation d'un danger et de proposer en conséquence des mesures à appliquer a nourri une pratique dont la validité résulte du fait que tout travail est pour une part l'application d'un protocole expérimental.

Certes, dans le champ de la prévention, des progrès ont été faits dans le domaine de la connaissance de l'activité de travail. Mais reconnaissons que l'on se rassure à bon compte avec ce qui est devenu dans tous les livres de management « la prise en compte du facteur humain » : celui-ci est devenu un incontournable du discours des préventeurs : plus un modèle d'action qui ne lui fasse sa place sans que soit jamais véritablement discuté le fait que l'homme en activité est ainsi mis sur le même plan que les facteurs techniques et organisationnels. Cependant en élargissant son horizon la prise en compte du facteur humain fut un progrès par rapport à une prévention strictement technique.

Mais les évolutions du travail ont quasiment imposé un tel élargissement. Ainsi en est-il du développement des services même s'il convient de rappeler fortement que des situations matérielles inacceptables existent encore dans de très larges secteurs de la production. Les problèmes qui, pour une part, pouvaient être cernés dans le cadre réductionniste d'une relation causale selon un protocole quasi expérimental deviennent tendanciellement minoritaires alors que l'explosion des problèmes multidimensionnels tels que les TMS par exemple soulignent de façon croissante les contradictions du modèle de prévention et des pratiques qui s'en inspirent en révélant les limites d'une approche réductionniste.

Cependant la question reste entière : comme le souligne A. Nouroudine [4] « *si elle permettent de résoudre une partie des problèmes, ces approches préventives - même mâtinée à mon avis de prise en compte du facteur humain - ignorent toute la partie non stabilisée et immanente de la réalité* ».

3 – Parmi les contradictions qui l'affectent, 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.

Ce qui est donc omis, c'est le travail comme re-normalisation, comme expérience, c'est-à-dire comme rencontre y compris avec le risque. Y Schwartz [9] écrit que « *la combinaison des risques potentiels dans un milieu d'activité ne peut pas être étudiée en laboratoire (sinon très partiellement). La façon dont ces paramètres combinés seront rencontrés par le travail au sein de ces configurations est*

partiellement imprévisible ». Ajoutons que plus cette imprévisibilité augmente, par exemple avec l'intervention directe des clients, plus cette absence du travail devient préjudiciable à l'efficacité de la prévention : de ce point de vue, je me souviens des conséquences sur la sécurité de la présence des chevillards dans les abattoirs venant surveiller directement sur la chaîne le traitement des peaux de leurs bêtes.

Il y a plus de 10 ans, dans un séminaire que le Plan Construction m'avait demandé d'animer [10], le débat avait permis de dégager deux grandes orientations fondamentales quant à l'interprétation qu'il était possible de faire à propos de la sécurité intégrée.

Une orientation, dominante, concevait l'intégration de la prévention comme incorporation de celle-ci au fonctionnement des entreprises du bâtiment. Ayant un développement propre qui la situait dans un rapport d'extériorité à l'acte de construire, la prévention relevait d'une logique d'application au procès de travail et de production.

Une autre orientation visait au contraire à saisir la prévention comme une dimension du processus de production et de travail, autrement dit comme une pratique endogène au processus de construction impliquant que la prévention soit pensée dans un rapport constitutif à ce processus. L'intégration de la sécurité retrouvait alors sa signification étymologique de « rendre entier », d'achever un procès de production qui autrement restait incomplet.

La différence fondamentale entre ces deux orientations réside dans la place qui est faite au travail. Dans la première, il n'en a aucune sinon au titre du contexte : l'objectif d'intégrer la sécurité se

satisfait parfaitement d'une prévention construite sur des relations risques/effets et s'inscrit dans une logique d'application. Au contraire de celle-ci la logique qui prévaut dans la seconde orientation est celle d'une explicitation de ce qui est à révéler des situations concrètes de travail pour que la politique de prévention de la santé et de la sécurité devienne une dimension des procès de production et de travail.

C'est ainsi que se révèle la nécessité de rompre avec une conception du champ santé-travail qui détermine des formes de prévention visant exclusivement à soustraire les salariés aux conditions de travail néfastes et/ou à sélectionner les personnels capables de s'y adapter. A cette orientation enfermée dans les facteurs de risque et leurs conséquences il faut envisager de substituer une nouvelle manière de concevoir le champ santé-travail apte à susciter une forme positive de prévention visant l'ensemble des possibilités qu'il faut assurer à chaque salariés pour gérer son capital santé.

Autrement dit prendre comme point de départ qu'au travail le salarié construit sa santé et se fixer comme objectif de promouvoir la santé des membres de l'entreprise comme l'un des critères fondamentaux de sa vie et de son fonctionnement. Il s'agit là d'un changement radical de point de vue afin de renouveler les objectifs de la prévention. L'appel à la pluridisciplinarité peut y contribuer si elle est pensée sous l'impératif de réintroduire le travail comme opérateur de dialogue entre les savoirs à mobiliser dans l'action.

III - La nécessaire réintroduction du travail (et donc de ceux qui travaillent) dans le dialogue entre experts et entre experts et politiques .

Mais réintroduire le travail comme opérateur de dialogue dans le champ santé-travail ne peut pas se faire sans un certain nombre de conditions fondamentales.

Pour ma part j'en identifierais deux.

S'agissant de la prévention, il faut d'abord réintroduire le travail en tant qu'opérateur de santé. Ceci me semble complètement fondamental à rappeler. Tant que la conception de la santé au fondement de la prévention se limitera à l'absence de maladie et de risque, il n'est pas possible de réintroduire sur le versant du travail autre chose que des facteurs de risque. Il importe de prendre conscience du déficit pour ne pas dire de la mutilation que cette réduction fait subir aux possibilités de mobiliser savoirs et pratiques au service d'une promotion de la santé.

Pour ne citer que quelques exemples, les savoir faire de prudence intégrés aux gestes professionnels, la gestion de l'environnement de travail, la dimension collective de maîtrise de la sécurité..., autant de dimensions du champ santé-travail, littéralement ignorées de la prévention. Une part essentielle de la professionnalité de tous les acteurs de l'entreprise est ainsi expulsée de la pratique,

C'est en réintroduisant cette part que l'on pourra susciter des formes positives de prévention et promouvoir la santé comme critère fondamental des décisions quotidiennes des entreprises.

Réintroduire le travail, c'est ensuite faire toute sa place à ceux qui travaillent. C'est impératif si les pratiques préventives visent bien à rendre compte de ce qui se joue en matière de santé au travail.

A l'appui de cette exigence, il est habituel désormais d'invoquer la déontologie. Je ne m'y arrêterai donc pas. Par contre j'insisterai sur le fait qu'en l'absence des intéressés, porteurs de l'expérience des situations concrètes de travail, l'objet même de la visée préventive se dérobe. Remarquons d'ailleurs que les modalités d'action des préventeurs importent peu de ce point de vue : qu'ils travaillent de façon cloisonnée ou de façon pluridisciplinaire, qu'ils coordonnent leurs approches ou qu'ils cherchent à les intégrer fusse à partir du travail, seuls ce qui est anticipable des situations réelles s'offre à leurs investigations dès lors que sont absents les protagonistes qui ont l'expérience de ces situations. De ce point de vue, la pluri-disciplinarité dès lors qu'elle est entendue comme « une cuisine » entre experts (« touiller dans la marmite du voisin » comme le dit R Di Ruzza [11]) peut être un moyen de contourner l'exigence de faire toute sa place à ceux qui travaillent.

Ces deux conditions sont étroitement liées entre elles : comment mesurer en effet ce qui est savoir faire de prudence ou dimension collective construite du travail sans la participation des travailleurs ? A mon avis, cette connaissance intime du travail avec ce qu'elle implique comme participation pleine et entière des travailleurs est à la base d'un renouvellement des perspectives qu'il semble alors possible de décliner en trois orientations.

- D'abord, la suppression des obstacles techniques et organisationnels à la gestion de la santé
- Ensuite la valorisation des possibilités individuelles et collectives de cette gestion
- Enfin, l'élargissement des marges de manœuvre juridiques et socio-économiques afin d'assurer un cadre adéquat à cette gestion.

Enfin comme l'écrit Nouroudine [4] « *une des questions à examiner avec tout le sérieux et la gravité qui se doit pour une approche renouvelée de la prévention est de savoir quels types de gestion et d'organisation sont appropriés pour faire de la prise de risque un acte positif* ». Car l'activité humaine et donc au premier chef l'activité de travail est toujours pour l'homme une prise de risque nécessaire au regard des exigences de construction de sa santé.

La mise en œuvre de telles orientations nécessite évidemment que soit poursuivie et même renforcée l'action en vue de supprimer les facteurs de dégradation de la santé. Il faut en effet s'appuyer sur ce qui se fait déjà et même le développer pour être en capacité d'élargir les objectifs de la prévention. Mais il doit être clair que la suppression des facteurs de dégradation de la santé est une condition nécessaire mais insuffisante pour aborder les problèmes posés par le type de gestion et d'organisation permettant à chacun de gérer en santé son activité, autrement dit de faire un plein usage de lui-même. Compte tenu des conditions de subordination (à commencer par le contrat salarial) qui caractérise l'usage de soi par les autres dans notre société, une telle orientation implique que soit interpellé le gouvernement du travail notamment sur tous les aspects relatifs à sa dimension collective. Nouroudine[4] a raison de souligner que « *toute détérioration du collectif de travail neutralise sinon fragilise la possibilité de gérer collectivement le risque dans le cours de l'activité* ». Or, comme l'écrit Y.Clot [1], « *l'organisation du travail malmène les collectifs ou les écarte en développant des formes de précarité multiple* ». A mon sens, c'est dans le champ santé-travail que les conséquences de cette situation sont les plus graves

Pour rejoindre les préoccupations actuelles, il semble alors possible sur ces bases de parler de pluridisciplinarité. En effet il ne s'agira plus de faire dialoguer et travailler ensemble des spécialistes des problèmes de sécurité et de santé à partir d'une impulsion extérieure aux situations de travail mais de permettre aux salariés de les convoquer de l'intérieur de celles-ci à partir de leur activité individuelle et collective de travail pour intervenir du point de vue de leur sécurité et de leur santé.

Références bibliographiques

- (1) André, J.C. Séminaire INRS APST sur la pluridisciplinarité (2002) (non publié).
- (2) Morin, E. (1994) *La complexité humaine*. Paris, Flammarion.
- (3) Certeau, M. de (1987) *L'invention du quotidien. L'art de faire*. Paris, Gallimard (Coll. folio essais).
- (4) Nouroudine, A. « De la positivité possible du risque », in F. Hubeault (coord. par) *Risque et activité humaine*. (2003) Toulouse, Octarès Editions (coll. Travail (à paraître)).
- (5) Ramazzini, B (1990) (1700) *Des maladies du travail*. Paris, aleXtère.
- (6) Bartoli, M. (1980). *L'intensité du travail*. Doctorat d'Etat de Sciences économiques, Grenoble, Université de Grenoble II.
- (7) Wisner, A. (1971) « A quel homme le travail doit-il être adapté ? » dans A Wisner, *Réflexions sur l'ergonomie*. Toulouse, Octarès Editions (Coll. Travail).
- (8) Derrien, M.F. (1990) « La surdétermination de la notion de risque par le droit et ses effets contradictoires sur la prévention », in J. Duraffourg *La prévention en chantier : concepts et pratiques*. Rapport de séminaire du Plan Construction et Architecture, Supplément au n° 34 de Plan Construction Actualité. Paris, Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer.
- (9) Schwartz, Y. Séminaire INRS-APST sur la pluridisciplinarité (2002) (non publié)

- (10) Duraffoug, J. (1990) *La prévention en chantier : concepts et pratiques*. Rapport de séminaire du Plan Construction et Architecture, Supplément au n° 34 de Plan Construction Actualité. Paris, Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer.
- (11) Di Ruzza, R.. Séminaire INRS APST sur la pluridisciplinarité (2002) (non publié)
- (12) Clot, Y. (2003) « L'attente du métier, la douleur de la retraite », Paris, *Le Monde* 22/23 juin.