



Evrest, quatre ans déjà....

Le dispositif Evrest existe au niveau national depuis 2008. Chaque année, entre 600 et 700 médecins du travail utilisent ce dispositif et contribuent ainsi à la faire vivre en interrogeant les salariés nés en octobre des années paires, permettant des exploitations nationales portant sur plus de 20 000 salariés. De plus, nombre de ces médecins, avec leurs équipes de santé au travail, ont également un usage spécifique du dispositif Evrest, notamment à l'échelle d'entreprises.

Mais Evrest ne produit pas que des chiffres, c'est également un réseau, ou plutôt une pluralité de réseaux et d'échanges, qui se constituent de façon plus ou moins formelle au fil du temps et en fonction des besoins. C'est pour cela qu'une journée nationale a été organisée le 12 octobre 2012, permettant à ceux qui font vivre Evrest à différents niveaux de se rencontrer et de renforcer les réseaux autour de ce projet. Cette journée, axée sur 2 thématiques d'actualité, la pénibilité et les risques psychosociaux, a permis aux 330 participants, déjà impliqués dans Evrest ou souhaitant simplement mieux le connaître, de débattre autour de ce dispositif. Quelques-unes des présentations de la journée sont résumées dans cette Lettre (les diaporamas des présentations sont disponibles sur le site <http://evrest.istnf.fr>).

Cette journée était également l'occasion de faire le point sur la façon dont Evrest se situe dans le paysage des statistiques en santé au travail. Dispositif original construit en coopération entre des médecins du travail et des chercheurs, Evrest se prête bien à des rapprochements et des confrontations entre les approches statistiques et les approches cliniques, approches qui habituellement tendent plutôt à s'ignorer, voire parfois à s'opposer. De plus, la connaissance du contexte, tant par les

échanges avec les salariés que par le suivi des entreprises, peut aider à « donner un sens aux données ». Cette connaissance peut permettre de mieux comprendre la nature des variables que l'on mesure, la variabilité qui se cache derrière la réponse à une même question et à la mettre en discussion. Par exemple, la réponse «5» (sur une échelle de 0 à 10) à la question portant sur les difficultés liées à la pression temporelle peut correspondre à une réponse intermédiaire (« je suis moyennement en difficulté ») mais aussi à une moyenne de ce que l'on vit, lorsqu'il existe une irrégularité importante de la charge de travail au cours de la journée (ou d'un autre intervalle de temps).

Par ailleurs, Evrest contribue au dialogue entre l'équipe de santé au travail et les représentants de l'employeur et des salariés. Les repères qu'il fournit permettent des échanges avec l'univers de la gestion - échanges qui présentent également des pièges, auxquels il conviendra de rester attentif. Evrest a de plus l'avantage d'être un dispositif pérenne, et de permettre un suivi de la santé au travail dans l'entreprise.

Le dispositif Evrest prend sa place dans les systèmes de connaissance en santé au travail, avec ses spécificités. Pas seulement en raison des caractéristiques du questionnaire (approche large du travail et la santé, interrogation portant sur le vécu du travail, approche infra-clinique de la santé) ou du dispositif technique (possibilités de suivi des salariés). Mais surtout parce qu'il s'inscrit dans une démarche qui confie directement aux médecins, avec leurs équipes, l'initiative de l'opération et ses usages.

Cette rencontre d'octobre l'a confirmé : dans les évolutions actuelles du système de santé au travail, l'intérêt d'Evrest tient tout autant à ses résultats qu'aux réflexions qu'il suscite.



Le «RPS»

existe t-il ?



Comment le terme de « risque psychosocial » a-t-il fait irruption dans les débats sociaux et politiques, voire scientifiques ? Disons en tout cas que, tout en respectant les recherches, les réflexions et les actions de ceux qui se réfèrent à ce terme, nous restons sceptiques sur son usage.

Il y a bien, derrière cette notion, des problèmes graves : des surcharges de travail, des tensions avec la hiérarchie ou entre collègues, des affrontements avec des clients ou des usagers, des réorganisations mal conduites, une insatisfaction à ne pas pouvoir faire un travail de qualité, de l'ennui à cause de tâches trop répétitives ou sans intérêt, ou encore des craintes pour l'emploi. Mais il n'est pas sûr qu'en rassemblant tout cela sous une appellation unique, on y gagne en capacité à comprendre et à agir. A fortiori, il est très contestable de chercher à mesurer « le » RPS en fabriquant un indicateur unique.

Cette réticence de notre part, alimentée par notre expérience dans le domaine (qu'il s'agisse d'enquêtes statistiques, d'études ergonomiques, ou de pratique médicale), trouve aussi des points d'appui dans les connaissances scientifiques. Le livre d'Yves Clot sur ce sujet¹ permet bien de comprendre comment la recherche d'indicateurs de RPS se trouve prise dans une offensive plus générale visant à « détecter » les dégâts possibles de certains choix d'organisation, sur des salariés réputés « fragiles ». Yves Clot fait remarquer aussi que cela revient à considérer les RPS comme une « exposition », dont on pourrait mesurer le degré comme on le fait pour un niveau de bruit ou un toxique. Et il souligne que cela revient à laisser dans l'ombre des préoccupations majeures : les questions du travail bien ou mal fait, les conflits légitimes que ces questions mériteraient d'alimenter.

Ce piège d'un rabotage des problèmes par une approche simplificatrice – surtout s'il s'agit de chiffrer – a aussi été pointé par le Collège d'Expertise réuni en 2010-2011 sur ce thème² ; le Collège en a conclu entre autres qu'il fallait mobiliser un faisceau d'indicateurs, relevant de dimensions différentes.

puisque une douzaine de questions d'Evrest peuvent être considérées comme renvoyant à des facteurs psychosociaux de risques au travail.

En termes d'analyses quantitatives, nous avons insisté sur deux résultats essentiellement, à partir des données 2009-2010 :

- 1) Les réponses à chacune de ces douze questions sont très différentes selon les catégories sociales, mais ces différences ne vont pas dans le même sens selon la question utilisée (dans le tableau ci-après, les questions sont présentées sous forme abrégée). Les items qui marquent une forte pression du temps, la surcharge, la hâte, sont beaucoup plus présents chez les cadres que chez les employés ou les ouvriers. C'est l'inverse pour ce qui concerne le manque d'intérêt du travail, ou le défaut de reconnaissance.

La fréquence de divers « facteurs psychosociaux de risques », par catégorie sociale

	CADRES	INTERMEDIARES	EMPLOYÉS	OUVRIERS
Pression temporelle >5	49,5	42,1	32,9	31,5
Abandon de tâche perturbant	42,6	38,8	25,5	19,6
Dépasse horaires	70,7	50,4	29	25,2
Saute repas pause	32,6	26,3	18,4	15,2
Traite trop vite une opération	36,2	28,9	21,2	16,8
Formation et informations insuffisantes	17	19,6	21	20,7
Objectifs et consignes mal définis	20,2	19,9	17,4	15,9
Ne permet pas d'apprendre	5,9	10,5	22,3	26,8
Pas varié	7,1	10,2	22,9	23,9
Pas le choix de la façon de travailler	11,2	19,6	29,5	30,7
Pas d'entraide suffisante	14,3	14,7	19	17,4
Pas reconnu	15,7	22,5	25,1	24,8

La rencontre du 12 Octobre était une bonne occasion de s'interroger sur ce que la base nationale Evrest permet de dire à ce sujet,

¹ Yves Clot, « Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux », La Découverte, 2010

² Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 2011 http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Conséquence : si l'on associe deux de ces dimensions, par exemple une pression forte d'une part, le manque d'autonomie ou le manque de reconnaissance d'autre part (comme le font les grands modèles d'analyse en épidémiologie des RPS), ces différences se compensent et les écarts entre catégories sont beaucoup plus faibles ou plus instables. A titre d'exemple : le cumul entre une pression notée >5 dans le questionnaire, et une réponse négative sur la reconnaissance, concerne 10% des cadres, 14% des professions intermédiaires, 13% des employés, et 12% des ouvriers. Cela n'ôte rien à l'intérêt des études épidémiologiques fondées sur ces modèles, mais cela relativise leur portée pour décrire les facteurs de risque dans un milieu professionnel donné, et comparer des sous-populations entre elles.

2) Du côté des effets sur la santé – ou disons, des liens statistiques avec les troubles de santé – une approche multifacettes est utile aussi. Quand on croise, toujours dans la base nationale Evrest 2009-2010, les douze questions du tableau avec, par exemple, la prévalence des problèmes de fatigue, on constate que toutes ces questions s'accompagnent d'un surcroît de troubles. Pour être plus précis, nous avons repris cette analyse en mettant côte à côte plusieurs de ces items (pas trop corrélés entre eux), et en contrôlant par ailleurs les résultats sur l'âge, le sexe et la catégorie sociale. On peut, sur cet exemple, résumer ainsi les résultats :

Effets (en cotes relatives) de quelques facteurs professionnels sur les sensations de fatigue

Traiter trop vite une opération... (souvent, assez souvent)	2,5
Formation ou informations insuffisantes	1,3
Travail ne permet pas d'apprendre	1,3
Entraide insuffisante	1,3
Travail pas reconnu	1,7

Là encore, il est important d'examiner chacune de ces dimensions, et de repérer leur rôle spécifique, puisque chacune d'elles constitue un « facteur de risque », indépendamment des autres. Mais il faut aller au-delà : la compréhension de chacun de ces facteurs, et des interactions entre eux, appellent des réflexions que les chiffres seuls ne permettent pas de mener.

Pour insister sur ce point nous avons présenté dans notre exposé un cas – parmi bien d'autres –, celui d'une aide-soignante pour laquelle se combinaient des enjeux : de surcharge de travail (les effectifs sont limités, en cas d'absences les tâches deviennent à peu près impossibles à gérer) ; de difficultés, pour cette raison, à traiter correctement les patients (mais justement, elle fait en sorte de ne pas lâcher complètement cet objectif) ; et de manque de reconnaissance, entre un supérieur qui lui reproche de se plaindre, et des collègues qui jugent qu'elle se dévoue un peu trop pour les patients. Comment faudrait-il interpréter les réponses de cette aide-soignante aux divers items d'Evrest ? Et celles de ses collègues ? Que tirerait-on de ces résultats en termes d'action sur l'organisation du travail dans cet hôpital ? On voit bien qu'on aurait besoin pour cela, non seulement des chiffres eux-mêmes, mais davantage encore de ce que ces personnels auraient confié en entretien.

Ce qui nous ramène à notre propos initial : les comptages d'ensemble de telle ou telle facette des « RPS », au sein d'une population au travail, peuvent être intéressants, mais à condition de comprendre aussi, grâce aux entretiens, les enjeux pour chaque question, en prenant notamment en compte les contenus et la qualité du travail, et les rapports sociaux dans lesquels ces enjeux prennent place. Autant de bonnes raisons pour ne pas se précipiter sur des « scores » (et moins encore sur « un » score) pour évaluer les facteurs psychosociaux de risques.

Fabienne Bardot, Serge Volkoff



Evrest pour suivre la santé des salariés d'une entreprise

Médecin du travail dans un établissement de santé depuis 1996, j'ai commencé à y utiliser Evrest en 2007. Il s'agit d'un établissement privé, en croissance permanente, ayant vécu une réorganisation et un agrandissement en 2004, puis une extension en 2011 - le nombre de salariés passant de 50 personnes dans les années 80 à plus de 200 en 2011. Je n'observais pas, dans cette clinique, de problème de santé au travail particulier, mais j'ai eu l'idée d'utiliser Evrest, afin d'une part d'avoir un support facilitant le dialogue pour parler de santé au travail dans l'entreprise et au CHSCT, d'autre part de me familiariser moi-même avec Evrest et son utilisation en entreprise.

En 2007, le dispositif Evrest a été présenté au CHSCT avant sa mise en place. J'ai complété les questionnaires au fil du temps, lors des visites périodiques des salariés, tout en recueillant leurs appréciations qualitatives. En 2009, une première présentation des résultats a été réalisée au CHSCT, à partir de l'interrogation de 150 salariés vus en 2007 et 2008 (représentant 91% des salariés de la clinique). L'écoute a été polie, mais n'a pas suscité de réactions particulières. Néanmoins, les principaux résultats ont été repris dans le procès-verbal de la réunion et affichés.

L'émergence progressive d'interrogations sur la santé au travail

Malgré tout, il m'a semblé important de poursuivre la mise en place de « mon observatoire ». J'ai donc régulièrement informé l'entreprise des résultats issus d'Evrest, et, en 2010, à l'occasion de l'accréditation de l'établissement, le responsable qualité a commencé à manifester son intérêt pour Evrest.

En 2011, du fait de la nouvelle réglementation, la question de la pénibilité a été évoquée par la direction en réunion de CHSCT. J'ai alors proposé de faire une présentation des données issues d'Evrest en rapport avec cette thématique.

Comment utiliser les données d'Evrest collectées au fil du temps ?

Deux approches étaient possibles, au vu des données recueillies : soit une analyse « transversale répétée », c'est-à-dire présentant les réponses de tous les salariés aux deux périodes de suivis (2007-2008 et 2010-2011) – une partie des salariés interrogés ayant donc changé entre ces deux périodes ; soit une analyse s'intéressant aux seuls salariés vus à l'une et l'autre dates. La première approche me permettait d'avoir une vue sur l'entreprise, quelle qu'en soit l'évolution ; la deuxième répondait plus à un questionnement sur l'évolution de la perception de la santé et du travail pour les salariés étant restés dans l'entreprise et qui avaient pu être vus aux deux périodes.

J'ai décidé finalement de présenter les deux approches, du fait de leur complémentarité. Tout d'abord, il me fallait comprendre qui étaient les salariés que j'avais revus, et ceux que je n'avais pas revus. Parmi les 150 salariés vus en 2007-2008, 100 ont été revus à la 2ème période. Les 50 salariés non



revus avaient pour moitié quitté l'entreprise (démission, retraite, inaptitude, mais parfois devenir inconnu), et pour moitié étaient toujours présents mais n'avaient pas rempli de questionnaire Evrest car je les avais vus dans le cadre d'une autre visite (reprise), ou vus en visite périodique mais sans avoir rempli le questionnaire Evrest ; et enfin, certains n'avaient pas été revus du fait parfois de congés pour un temps prolongé - longue maladie, congé parental.

Au total, j'ai constaté toutefois que les salariés revus étaient en moyenne, lors de la période 2007-2008, en meilleure santé que ceux qui n'avaient pas été revus. C'est un résultat fréquent dans ce type de protocole, et à mon avis c'est important. Du point de vue de l'approche statistique, il faut avoir en tête que l'étude longitudinale porte forcément sur des salariés un peu sélectionnés de fait, et qui en moyenne se portent plutôt mieux que les autres ; ce sera d'autant plus vrai que la période de suivi sera longue. Et du point de vue de notre pratique en entreprise c'est révélateur aussi d'un phénomène que nous connaissons bien : ceux à qui nous devrions pouvoir porter davantage d'attention sont parfois ceux qui, justement, ne restent pas assez longtemps pour que nous les suivions correctement.

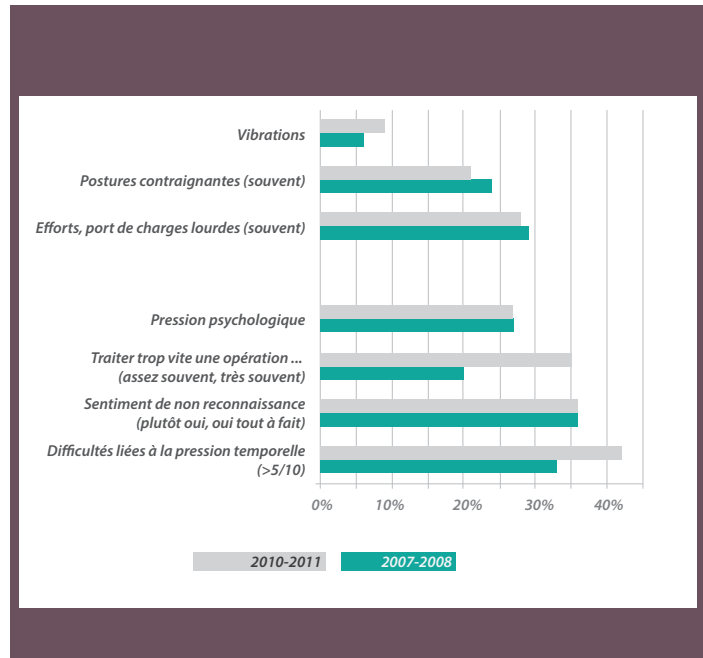
Les données saillantes du suivi

Les résultats ont été présentés au cours d'un CHSCT élargi aux membres de l'encadrement sur invitation de la direction.

Les exploitations « transversales répétées » (incluant, à chaque date, tous les salariés présents) permettaient de voir que les contraintes physiques marquées (réponse « souvent » aux questions « efforts et port de charges lourdes », « postures contraignantes » et « vibrations ») étaient fréquentes dans cette entreprise, mais ne s'étaient pas aggravées entre les deux périodes. Le sentiment de non reconnaissance, et le fait de se dire exposé à une pression psychologique étaient fréquents (respectivement 40% et 28%) mais également stables dans le temps. En revanche, on voyait augmenter les difficultés liées à la pression temporelle (>5 sur l'échelle de 0 à 10) – passant de 38 à 43%, et surtout le fait de traiter trop vite une opération qui demanderait plus de soin – passant de 23 à 34%.

Ces évolutions étaient confortées par les observations réalisées pour les 100 salariés vus aux deux périodes, qui montraient ces mêmes tendances.

Concernant la santé des salariés, les deux approches montraient que les plaintes neuropsychiques étaient stables et que les plaintes ostéoarticulaires avaient légèrement diminué entre les deux périodes.



Qu'en disaient les participants à ce CHSCT ? Ils se sont « reconnus » dans les chiffres, et le débat a été rapidement lancé, orienté sur la compréhension des chiffres et les possibilités de prévention envisageables. Et c'est essentiellement à partir des éléments qualitatifs, issus des entretiens avec les salariés, que la discussion a eu lieu. Parmi ces éléments, l'irrégularité de la charge de travail a été considérée par les participants comme le facteur explicatif essentiel de l'augmentation de la contrainte temporelle, mais aussi du fort manque de reconnaissance, du fait de congés ou de récupérations imposés par l'employeur. La discussion a donc glissé de la problématique des pénibilités au risque organisationnel. Un document de synthèse de 4 pages a été donné aux participants et annexé au procès-verbal du CHSCT.

L'observatoire Evrest aura ainsi permis de parler de santé au travail dans l'entreprise à partir de données communes, d'en débattre, de mettre des mots sur des phénomènes implicites. On peut également penser que cela aura contribué à renforcer le rôle de conseil du médecin du travail auprès de l'employeur et du collectif des salariés. L'intérêt de la poursuite d'Evrest a paru une évidence désormais, tant pour les représentants employeurs que salariés.

Dr. Marie B.

■ Evrest et ses usages

■ Interview de Marion Gilles, sociologue

Pourquoi et comment des chiffres concernant la santé au travail, dans les entreprises, sont-ils (ou non) produits, utilisés, commentés ?

C'est le thème général d'une recherche menée par la sociologue Marion Gilles, chargée de mission à l'Anact, et qui achève un doctorat à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Les chiffres... et donc ceux d'Evrest, en particulier. D'où son intervention, très écoutée, à la journée Evrest du 12 octobre. Nous revenons ici avec elle sur quelques-uns des points qu'elle a développés.

Comment avez-vous été amenée à vous intéresser à Evrest ?

J'étudie la façon dont les chiffres en santé au travail sont utilisés ou pas dans l'entreprise, critiqués, ignorés, repris, voire manipulés, et par quels acteurs. Compte tenu du développement d'Evrest, et de ses particularités – en particulier, cet observatoire est directement à l'initiative des médecins du travail – c'était évidemment un « cas » auquel j'ai été attentive. J'ai vu Evrest à l'œuvre dans deux contextes différents : un grand groupe de l'aéronautique où le dispositif s'est créé il y a une dizaine d'années, et un équipementier automobile où sa mise en place date de 2009 et s'inscrit dans le dispositif interentreprises.

Votre première interrogation est de comprendre pourquoi des médecins décident de se lancer dans une telle opération ?

En effet, et spécialement pour ceux qui font des « Evrest entreprises », au-delà de la simple alimentation de la base nationale. On se rend compte qu'ils perçoivent le langage chiffré comme une ressource pour faire une place à la santé au travail dans des espaces de décision où ils jugent que cette question est, sans cela, négligée. Ils attendent des chiffres qu'ils appuient leur action pour convaincre des interlocuteurs, notamment les employeurs. Ils ont le sentiment que ce qu'ils recueillent par le colloque singulier avec les salariés, l'examen clinique, ne suffit pas toujours pour rendre légitimes leurs interventions et leurs recommandations. Selon eux l'argument chiffré a une réputation d'autorité auprès des décideurs. Ils espèrent qu'en parlant le même langage qu'eux, en avançant des indicateurs, ils feront mieux valoir leurs points de vue.

D'autre part – c'est un peu lié – ils présumant que les chiffres pourront jouer un rôle de médiateurs dans les discussions entre employeurs et représentants des salariés.

Ils ont des stratégies pour cela ?

Oui, des stratégies adaptées à leurs auditoires. Ils exposent leurs résultats sous des formes qui ressemblent à celles dont les gestionnaires ont l'habitude. Les « tableaux de bord », par exemple, reflètent bien ce souci. Avec un graphisme très visuel, ils condensent les informations, montrent les évolutions d'une année sur l'autre, offrent des comparaisons entre diverses entités de l'entreprise ou catégories de la population. Ils proposent une présentation en partie stabilisée, presque routinière, des informations chiffrées, comme le font les gestionnaires dans bien d'autres domaines.

Les médecins cherchent aussi à présenter les résultats en des termes tels que la discussion puisse au moins s'ouvrir. Dans mon exposé j'ai cité ce commentaire d'un des médecins interrogés : « Ça ne sert à rien de donner des chiffres explosifs, il faut que ça intéresse, que ça étonne, que ça interroge aussi mais il ne faut pas que ce soit effrayant ; et puis pas complètement noir, mais pas complètement lisse non plus. » Les chiffres destinés aux instances paritaires intègrent donc cette « contrainte d'équilibre ». Les médecins confectionnent un ensemble « acceptable », composé de chiffres, de courbes et de commentaires, en considérant les équilibres passés entre les différents intérêts en présence pour les déplacer sans trop les bousculer. Ils sont attentifs à présenter une diversité de situations, pour désigner l'ampleur des contraintes, des expositions, des dégâts sur la santé dans certains lieux, et montrer des situations plus rassurantes dans d'autres.

Et puis, à chaque fois que c'est possible, ils essaient d'articuler Evrest avec d'autres dispositifs dans l'entreprise : une démarche d'évaluation d'un accord sur l'emploi des seniors, une étude sur les facteurs de stress, ou sur la pénibilité. C'est l'occasion de relier des questions de santé au travail avec des aspects techniques, organisationnels, du domaine des ressources humaines, de la production ou de la prévention des risques. Le dispositif s'installe comme cela au sein de l'organisation.

Est-ce simple, de transformer des chiffres en outil de dialogue ?

Cela n'a rien d'automatique. Il y a plusieurs obstacles à franchir. Les médecins du travail restituent leurs chiffres dans des instances – CHSCT, comité de prévention ou de direction – qui ont en charge la définition des problèmes, et des moyens pour agir dessus. Or la question des effets du travail sur la santé des salariés demeure un sujet conflictuel, tant les intérêts peuvent être divergents. En se positionnant par rapport aux chiffres, chacun cherche aussi à singulariser sa position, à délimiter et définir son champ d'intervention par rapport à d'autres. Les chiffres sont ainsi une ressource (parmi d'autres) dans des luttes de définition et de position. Diverses définitions du travail et de ses relations avec la santé sont formulées, révélées, et se confrontent. La mise en débat de ces enjeux (avec



ou sans Evrest, d'ailleurs) est chaotique, et son issue est incertaine. Dans un premier temps la production statistique va peut-être dissimuler ces tensions, mais l'interprétation des résultats révèle, ensuite, des conflits sur la définition du domaine mesuré et les modalités d'action.

En pareil cas la tentation est forte de laisser « les chiffres parler d'eux-mêmes », de contourner le processus chaotique et conflictuel du débat sur les conditions de travail. Alors le risque est grand que la production chiffrée entre dans un fonctionnement purement formel et routinier, apte à « occuper » les instances ou afficher une volonté d'agir, mais peu efficace du point de vue des objectifs de prévention. En outre le positionnement des médecins joue un rôle sur la manière dont sont discutés, ou pas, les chiffres qu'ils restituent. Le statut des chiffres issus d'Evrest en objet de dialogue n'est donc jamais acquis une fois pour toutes, il est à reconstruire en permanence.

Ce positionnement des médecins ne repose pas seulement sur les évaluations chiffrées qu'ils apportent...

C'est un point essentiel, en effet. Pour débattre des résultats, il faut interpréter les chiffres au regard des contextes particuliers de travail. Interpréter et discuter des niveaux et des évolutions d'indicateurs chiffrés impose de contextualiser les données, en liant les approches chiffrées et les observations qualitatives des conditions de travail et des troubles de santé. Il y a là une petite contradiction à surmonter : ce sont les médecins qui apportent les chiffres, mais ils veulent eux-mêmes contrer une trop forte « fétichisation » des nombres, qui conduirait à tarir l'intérêt pour d'autres approches, notamment qualitatives, ou pour des objets non quantifiables.

Y a-t-il des cas où les résultats ne sont pas utilisés, ou presque pas ?

Cela peut se produire. Evrest ne se combine pas toujours spontanément avec les repères, et les modes d'actions, mobilisés usuellement par les acteurs dans l'entreprise. Il y a un temps d'apprentissage pour comprendre les chiffres, les combiner à d'autres données quantitatives ou qualitatives, les interpréter et les relier avec d'autres éléments de la pratique. On entend dire alors qu'Evrest n'est « pas assez concret », ou encore, que c'est difficile de traduire ces statistiques en indicateurs de niveau : que signifie par exemple, m'a demandé un membre d'un CHSCT, le fait de passer de 15% à 20% de la population qui cotent la pression temporelle à 7 et plus ? Est-ce une évolution forte, modérée ? Est-ce un niveau déjà élevé, ou pas trop ? Etc.

On imagine aussi que tout le monde n'est pas à l'aise avec les chiffres...

C'est vrai. Quand la présentation des résultats est un peu sophistiquée, cela impose une sorte de distance culturelle, qui éloigne les acteurs les moins familiers de la statistique. En outre certains représentants des salariés redoutent que, face à une suprématie des arguments chiffrés, les expressions de souffrance plus individuelles ou les analyses qualitatives issues de leurs observations ne soient dévalorisées. Du côté de certains

managers c'est presque l'opposé : ils se montrent soupçonneux à l'égard du dispositif, justement parce que ces chiffres reposent sur l'expression directe des salariés, d'autant plus que ceux-ci renseignent le questionnaire dans le cabinet médical, ce qui, aux yeux de ces managers, augmenterait leur propension à exprimer des plaintes.

Une fois que les résultats sont produits et connus, y a-t-il aussi des divergences sur l'usage que l'on peut en faire ?

Oui, et c'est même là que les tensions sont les plus apparentes. Il y a toute une variété d'usages possibles des résultats (chez ceux qui décident d'en faire usage). Pour simplifier je peux pointer deux attitudes opposées : une optique plutôt « descriptive », dans un but de compréhension, qui serait spontanément celle des médecins eux-mêmes, et une optique « évaluative », dans un but direct de prescription des actions à entreprendre, de priorités à établir, que l'on rencontre beaucoup chez les managers. On peut en arriver à des usages qui déplacent peu à peu les fonctions initialement attribuées aux chiffres par leurs concepteurs – les médecins, ou les animateurs du réseau Evrest.

Dans le groupe aéronautique, par exemple, et plus précisément lors de l'accord sur la prévention du stress au travail, les médecins ont développé un argumentaire face à la direction, qui voulait faire appel à Evrest pour « classer les différents secteurs sur une échelle de vigilance » visant à « évaluer le niveau de vulnérabilité au stress des différents secteurs ». Les médecins refusaient l'idée d'une échelle de vigilance basée sur des chiffres bruts, et demandaient qu'un autre usage des résultats d'Evrest, basé sur la combinaison de sources quantitatives et qualitatives, soit explicitement inscrit dans l'accord. Ils n'ont pas obtenu gain de cause. Autre exemple : dans les comparaisons (entre secteurs d'une entreprise, entre entreprises d'un Groupe), le constat d'une diversité des situations

peut amener à rechercher, en combinant diverses sources, ce qui favorise la protection et la construction de la santé dans certains métiers ou secteurs et ce qui y fait obstacle dans d'autres. On est là dans une logique de compréhension. Dans une logique d'évaluation, au contraire, la comparaison des résultats tend à définir une norme, et à indiquer, en creux, le bon niveau à atteindre. Par exemple, le niveau du groupe tend à servir de référence, et les résultats dans les filiales sont jugés rassurants ou inquiétants par rapport aux écarts observés. Cela reviendrait à considérer que le niveau moyen est « objectivement » moyen, c'est-à-dire ni bon ni mauvais – une façon de voir que les médecins jugent contestable. Finalement, plus les médecins font circuler les chiffres face à des auditoires et dans des projets variés, plus ils doivent lutter pour imposer un usage des chiffres qui soutiendrait un débat collectif sur les enjeux de santé au travail.

GIS Evrest : les partenaires du GIS Evrest sont l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'Agence Française d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'European Aeronautic Defense and Space Company (EADS), le Centre Interservices de Santé et de Médecine du Travail en Entreprise (CISME), le Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail (CEE/CREAPT), l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) et l'Université Lille 2.

Présidente : Corinne Archambault

Directrice : Ariane Leroyer.

Equipe Projet Nationale :

les membres de cette équipe sont Amélie Adam (ALMST), Corinne Archambault (Eurocopter), Fabienne Bardot (CIHL45), Marie-Claire Bardouillet (MT71), Liliane Boitel (CISME), Claude Buisset (PST Métropole Nord), François Jabot (CISME), Françoise Jacquet (CISME), Ariane Leroyer (Université Lille 2), Céline Mardon (CEE/CREAPT), Anne-Françoise Molinié (CEE/CREAPT), Marie Murcia (APST Centre), Jean-Louis Pommier (DIRECCTE Poitou-Charentes), Pascal Rumèbe (SIMT), Jean Phan Van (EdF), Serge Volkoff (CEE/CREAPT).

Réseau des médecins référents régionaux Evrest :

ALSACE : François **BECKER** (Häger),
Carine BONTEMPS (AST67) **AQUITAINE** :
 Marie-Christine **LACROIX** (AH133),
AUVERGNE : Martine **JACQUAND** (AIST63),
BOURGOGNE : Marie-Claire **BARDOUILLET**
 (MT71), **CENTRE** : Fabienne **BARDOT**
 (CIHL45), **FRANCHE-COMTE** : Bénilde
FEUVRIER (SSTBTP), **ILE DE FRANCE** :
 Gérard **FAUCHER** (AMETIF), Françoise
FAUPIN (ACMS), Pascal **RUMÈBE**
 (SIMT), **LANGUEDOC – ROUSSILLON** :
 Jean-Louis **BATTU** (AISMT 30), Aymeric
DIVIES (AMETRA), **LIMOUSIN** : Christine
DEGRASSAT (AIST87), **LORRAINE** : Amélie
ADAM et François **JABOT** (ALSMT), Denis
LECLERC (AMETRA Metz),
MIDI-PYRENEES : Michel **NIEZBORALA**
 (DIRECCTE Midi-Pyrénées),
NORD – PAS DE CALAIS : Claude **BUISSET**
 (PST), Ariane **LEROYER** (Université Lille 2),
HAUTE NORMANDIE : Jean-François
CAILLARD et Laetitia **ROLLIN** (Université
 Rouen/CHRU Rouen), **PAYS DE LA**
LOIRE : Olivier **DURAND** (SSTRN), Joëlle
BARRIT (DIRECCTE Pays de la Loire),
PICARDIE : Gérard **ARASZKIEWIRZ** et Luc
FAUQUEMBERGUE (SMIBTP), **POITOU-**
CHARENTES : Jean-Louis **POMMIER**
 (DIRECCTE Poitou-Charentes), **PROVENCE –**
ALPES – COTE D'AZUR : Gérald **MAGALLON**
 (GEST 05), Sylvie **ROMAZINI** (STP Aix),
RHONE – ALPES : Brigitte **SELLIER**
 (AGEMETRA), Nadine **VIAL** (Santé au Travail
 Loire Nord), **ANTILLE-GUYANE** : Delphine
ACH-TEXIER (SIST-972), **REUNION** : Marion
ACHERITEGUY (INTERMETRA), Marie-
 Joselle **ANDRIANJAFINDRASATA** (SISTBI)
NOUVELLE CALEDONIE : Thierry **MAREZ**
 (SIST-972),

Industries Electriques et Gazières : Michel
DESSERTY et Jean **PHAN-VAN** (EdF),
SNCF : David **DEBENSASON** (SNCF).

Partenaires du GIS Evrest



MENTIONS LEGALES : Directrice de publication : Ariane Leroyer. Rédactrice en chef : Anne-Françoise Molinié.

Organisme éditeur : GIS Evrest, dont le mandataire est : ANSES DSET, 27/31 avenue du Général Leclerc, 94701 Maisons-Alfort cedex.

Imprimeur : BIALEC, Nancy. Internet : <http://evrest.istnf.fr>. ISSN : 2256-9154