



Genèse et usages d'un outil quantitatif en santé au travail dans une entreprise

*Intérêts, limites et obstacles d'une démarche d'objectivation
des liens entre santé et travail*

SYNTHESE

MEMOIRE

MASTER ORGANISATION, RESSOURCES HUMAINES COMMUNICATION ET EMPLOI

Spécialité : Organisation de la production et de l'entreprise

Sous la direction de Michel GOLLAC

Année universitaire 2005-2006

Réalisé par Marion GILLES

Tous les indicateurs – français et européens mais aussi mondiaux – mettent en évidence des conditions de travail pathogènes pour une part importante des travailleurs (salariés et non), avec la persistance des risques physiques et chimiques, une forte augmentation des contraintes temporelles, des formes diverses d'intensification du travail et des contraintes mentales dans le travail¹. Tout ceci s'inscrit dans le cadre d'une évolution de l'organisation du travail marquée par l'individualisation des situations de travail, le passage à « l'autonomie contrôlée »², le développement d'une logique de production articulée autour du flux tendu, dans l'industrie, comme dans les services³.

Les relations entre santé et travail ont fait l'objet d'analyses multiples et selon des méthodes d'investigation complémentaires. On retiendra de ces travaux le caractère complexe de ces liaisons dont une partie seulement s'élucide à partir d'un modèle déterministe, avec une causalité directe. Une caractéristique du travail aura souvent plusieurs conséquences. Et une dégradation de la santé peut avoir plusieurs causes professionnelles, auxquelles s'ajouteront des facteurs non professionnels. On sait aussi que la santé influence l'affectation sur un poste de travail, et la manière de réaliser la tâche. Certaines expositions professionnelles (l'amiante, par exemple) provoquent des pathologies qui apparaissent vingt ou trente ans plus tard, après des années de « silence du corps ». Il existe, par ailleurs, une importante variabilité interindividuelle, des relations entre santé et travail. Intégrant cette complexité et variabilité des relations entre santé et travail, diverses études de différentes disciplines ont permis d'établir l'existence de pathologies professionnelles liées à certaines caractéristiques du travail. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont les plus emblématiques de ces affections. On sait aussi que les maladies professionnelles ne représentent que la part visible des conséquences sur la santé de certaines expositions professionnelles.

Dans la compréhension des effets du travail sur la santé, les **approches quantitatives des relations entre santé et travail** sont, parmi d'autres, un point d'appui. De ce point de vue, deux démarches complémentaires peuvent s'articuler. Une démarche nationale, soutenue par des enquêtes statistiques, et des démarches plus localisées en milieu de travail centrées sur la construction d'indicateurs sur les liens entre santé et travail. La première, participant d'une

¹ Askenazy Ph. (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Ed. du Seuil et La République des idées.

² Appay B. (1993), « Individuel et collectif : questions à la sociologie du travail et des professions. L'autonomie contrôlée », Cahiers du GEDISST, n° 6, pp. 57-92.

Appay B. et Thébaud-Mony A. (1997), « Précarisation sociale, travail et santé », Paris, IRESO-CNRS.

³ Durand J-P. (2004), *La chaîne invisible*, Paris, Editions du Seuil.

meilleure « visibilité » des conditions de travail, est maintenant connue. Elle a fait l'objet de nombreux articles et de quelques controverses qui explicitent, d'une part les cadres sociaux et intellectuels qui ont façonné la constitution d'un savoir sur l'approche quantitative des relations entre santé et travail ; d'autre part la validité scientifique de sa réalisation. Dans l'entreprise, les informations chiffrées aptes à éclairer les enjeux de santé, en lien avec le travail, restent le plus souvent éparses, hétérogènes, ou peu organisées. Les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, constituent le socle essentiel des évaluations statistiques en santé au travail dans l'entreprise. Des travaux ont montré en quoi ces indicateurs peuvent être déficients⁴. De leur côté, les niveaux d'absentéisme ou de turn-over, les journées de grève, les indicateurs de productivité ou de qualité entretiennent des liens distendus ou indirects avec la santé au travail. Mais les entreprises sont peu outillées pour opérer des liens entre ces indicateurs et le travail. Aussi, peu d'hypothèses sont faites sur certaines caractéristiques du travail et de l'organisation qui pourraient contribuer à l'évolution de ces données.

Quelques expériences, menées en entreprise, reposant sur l'élaboration d'outils quantitatifs, offrent la possibilité de poser des liens entre le travail et la santé. Ce type de démarches, menées en milieu de travail, centrées sur la production d'indicateurs chiffrés de santé au travail, n'a pas, à notre connaissance, fait l'objet d'investigations approfondies. Notre objectif est d'apporter une contribution sur ce point précis. **Ce mémoire porte sur l'une de ces expériences : EVREST - *Evaluation des Relations et Evolutions en Santé au Travail***. Le dispositif EVREST est un observatoire pluriannuel, mis en place en 2000, dans un groupe de l'aéronautique, par des médecins du travail, en coopération avec un organisme de recherche. Il vise à recueillir et à suivre sur plusieurs années un ensemble de données sur le travail et la santé des salariés. Les données recueillies sont issues d'un questionnaire rempli lors des visites médicales annuelles pour l'ensemble des salariés. Certaines parties du questionnaire sont remplies par le salarié, d'autres par le médecin, d'autres en commun. **L'étude de ce dispositif vise à répondre aux questions suivantes :**

- Quels sont les différents acteurs porteurs du développement de tels indicateurs ?
Quelles sont les débats, tensions, conflits et controverses autour de ces outils dans

⁴ Lenoir R. (1980), « La notion d'accident du travail : un enjeu de lutte », Actes de la recherche en sciences sociales n° 32-33, pp. 77-88.

Letourneux V. (2005), *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*, Thèse de doctorat, université de Nantes.

Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A. (2001), Les angles morts de la connaissance des accidents du travail. *Travail et Emploi* n°88, pp. 25-42.

l'entreprise ? Comment des données quantitatives sur les champs de la santé et du travail sont-elles utilisées (ou ignorées) par les différentes personnes ?

- Interroger les conditions mêmes dans lesquelles de tels outils sont construits et utilisés, leurs apports et leurs limites, les enjeux qu'ils représentent pour les divers acteurs de l'entreprise. Qu'est-ce qui encourage le développement de ces outils ? Quelles sont les différentes étapes du processus ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Quelle place prennent ces données quantitatives dans les espaces de décisions, dans le champ de l'amélioration des conditions de travail ? Quelle inscription de ces outils dans des processus d'amélioration voire de transformation des conditions de travail ?
- En quoi, plus largement, ces approches participent-elles à une meilleure prise en compte des enjeux de santé au travail au sein de l'entreprise ?

Notre approche n'amène pas à la réalisation d'un « bilan partagé » de cette expérience, bilan qui aborderait une évaluation du degré de réussite des acteurs, mais resitue la manière dont les acteurs s'y sont pris. Nous avons fait le choix d'analyser le dispositif EVREST en nous interrogeant plus particulièrement sur la manière dont les concepteurs ont construit et mis en place EVREST et la façon dont les différents acteurs de l'entreprise se positionnent par rapport aux informations chiffrées produites. Ainsi, notre approche visait à suivre les principaux protagonistes dans leur participation à la naissance d'EVREST. Lors des entretiens nous confrontions au récit des acteurs les archives de l'époque : leurs discours officiels, les comptes-rendus de réunions auxquelles ils participèrent, leurs productions écrites (note diffusée dans l'entreprise, articles publiés). Notre objectif était de revenir sur les discussions, les débats, les éventuelles controverses, les obstacles rencontrés, les soutiens. De même, sur la manière dont les acteurs exprimaient leur position, leur point de vue sur les résultats produits, nous échangeons par confrontation aux rapports diffusés dans l'entreprise, supports de présentation utilisés dans les restitutions d'EVREST, comptes rendus de réunion...

Méthodologie

Nous avons analysé cette expérience sur l'ensemble du processus allant de la construction des données à leur utilisation. Les méthodes de recueil utilisées pour élaborer cette analyse ont été les suivantes : les entretiens individuels et l'analyse documentaire. **Notre objectif était double : repérer d'une part, le rôle et les ressources des différents acteurs dans le développement de ce type de dispositif et, d'autre part, la place de ces données chiffrées dans les espaces de discussions et de décisions concernant les évolutions des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.** Nous avons ainsi mené une trentaine d'entretiens auprès d'un public varié répondant aux critères suivants : des personnes ayant contribué à l'élaboration du dispositif EVREST, jouant un rôle dans les processus de décision dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, étant susceptibles de relater l'histoire des transformations du travail, des modes d'organisation, des enjeux dans le domaine de la santé au travail. Nous avons rencontré sept médecins du travail, acteurs au centre du dispositif EVREST par leur contribution à son élaboration puis à sa diffusion, et un chercheur associé au projet. Nous avons également rencontré le médecin-coordonateur qui fut à l'initiative de la création d'EVREST mais n'appartient plus au groupe aujourd'hui, l'ayant quitté en 2001. Parmi les personnes intervenant dans les processus de décision en matière de santé et sécurité du travail, nous avons mené cinq entretiens auprès d'acteurs du champ de la prévention : un responsable sécurité, santé et environnement, deux responsables de la prévention des risques professionnels, un responsable sécurité, un ergonomiste. Trois responsables des ressources humaines de trois établissements ont été interviewés ainsi que trois personnes appartenant à l'encadrement de production. Enfin, nous avons conduit cinq entretiens auprès de membres de CHSCT.

Une analyse documentaire (les données chiffrées ou les analyses produites, tableaux de bord, mais aussi des comptes-rendus de réunions, comptes-rendus de CHSCT et CE, etc.) a également été menée.

Plan du mémoire

La construction de notre mémoire s'est fondée sur la compréhension du dispositif EVREST : son émergence, sa construction, son utilisation au sein de l'entreprise. Notre recherche a été guidée par le souci constant de répondre à notre questionnement initial : comment le dispositif EVREST a-t-il été créé, installé dans l'organisation et quelles places prennent les données produites ?

Dans la **première partie**, nous revenons sur la genèse d'EVREST, en retraçant les discussions, les

controverses, les lignes de tension qui d'une manière ou d'une autre ont structuré les débats. Nous rendons compte du « travail » préalable à la construction d'EVREST, des présupposés, des « façons de voir » l'objet étudié – le travail et ses implications pour la santé – et la méthodologie pour « l'approcher » – la statistique en santé au travail. Les intentions des acteurs et les conventions portant sur la définition de l'objet et de sa mesure sont également resituées dans l'histoire particulière de l'entreprise.

Une réflexion sur les usages des indicateurs EVREST nécessite une présentation de la construction de ce dispositif et de ses mises en œuvre (**Partie II**). Cela constitue donc un deuxième objectif de ce rapport : décrire la structure du questionnaire EVREST et esquisser une synthèse de résultats accumulés au moyen de cet instrument.

Dans la **troisième partie**, nous abordons un autre aspect du dispositif lié au fait que les médecins du travail rendent publiques les données chiffrées ; nous envisageons alors la dynamique sociale qu'entraîne leur restitution auprès de divers acteurs de l'entreprise. Les niveaux et évolutions de ces indicateurs sont présentés chaque année dans différents lieux (Comités de Direction, CHSCT), inscrits sur le papier (Rapport annuel des médecins, compte-rendu de réunions). Certains acteurs vont s'en emparer, les intégrer à leur discours, les critiquer, se positionner par rapport à eux. Les indicateurs prennent place dans différentes audiences, dans des présentations de divers acteurs et les entités rattachées à EVREST se multiplient. Nous abordons la manière dont les médecins du travail confectionnent les présentations des résultats puis nous mettons en évidence l'ensemble de ces liens qui unissent l'objet à tous ceux qui le manipulent. Par ailleurs, nous avons, tout particulièrement, analysé les débats et discussions qui ont eu lieu à l'occasion de l'étude menée, à partir des données d'EVREST, sur le vécu au travail. Au travers de la compréhension de ce processus, nous avons abordé les obstacles, les limites ou les pièges que rencontre une telle démarche d'objectivation.

Présentation des principaux résultats

Plus que d'expliquer le fonctionnement d'EVREST en tant qu'outil statistique, nous revenons, dans la **première partie**, sur sa genèse en analysant les débats, tensions, points de vue liés à la création du dispositif.

De nombreux interviewés rapprochent l'histoire d'EVREST à la création, en 1985, d'un département ergonomie, créé par le médecin-ergonome qui 15 ans plus tard, alors à la tête du département des facteurs humains au sein de la direction générale, lança l'idée d'un dispositif de

suivi de la population au travail. Les actions menées (appui à la conduite de projet industriel, améliorations des postes de travail, formation de l'encadrement à l'ergonomie) et les documents produits (guide méthodologique d'analyse de l'activité, processus de conception des situations de travail à destination des concepteurs) par ce département s'accompagnent d'une **formalisation d'un ensemble de repères sur l'homme au travail et les buts de l'action en santé au travail (Partie I.1.)**. Parmi eux, nous trouvons, d'une part, l'affirmation d'une pratique ergonomique centrée sur l'analyse de l'activité étudiée en situation de travail et visant la transformation de ces situations⁵. D'autre part, on y repère la référence au concept d'*activité* (**Partie I.1.1.**) L'une des caractéristiques de cette notion est de porter l'attention sur la diversité de la population concernée par les dispositifs techniques et organisationnels, et de s'opposer ainsi à une approche taylorienne, qui, elle, se réfère, explicitement ou implicitement, à la notion d'« homme moyen ». Introduire ainsi la notion d'activité dans l'analyse du travail implique la compréhension de la situation de travail selon deux aspects essentiels. Tout d'abord, il s'agit de repérer les principaux éléments de variabilité de cette situation, variabilité qui résulte tant de la production que de l'individu. On doit, ensuite, comprendre les régulations, les compromis qu'implique la réalisation de l'activité. En effet, celle-ci intègre des contraintes, plus ou moins compatibles entre elles : consignes, état des outils ou des logiciels, impératifs de quantité, de qualité, de réactivité. Elle intègre également des préoccupations du travailleur lui-même : préserver sa santé et sa sécurité, maîtriser son travail, valoriser et renforcer ses compétences, respecter et promouvoir certaines valeurs, tenir un projet de vie⁶. Dès 1986, les réflexions menées dans l'entreprise sur la problématique du vieillissement au travail, avec la participation active du département ergonomie, vont **introduire pratiquement, dans les débats, cette notion de variabilité**⁷. Ces actions et les formalisations qui en résulteront vont façonner une vision des finalités de l'action en santé au travail qui constituera un arrière-plan implicite selon lequel les manières de présenter les résultats d'EVREST se situeront. On retrouvera également dans EVREST le critère de l'âge et la construction longitudinale pour introduire une réflexion plus large sur les relations entre santé et travail.

Ce mouvement de formation d'une représentation de l'homme au travail va en rencontrer un autre : la capitalisation méthodologique liée à une longue **pratique d'élaboration d'instruments**

⁵ Doppler F. (2004), « Travail et Santé », dans Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, PUF, pp. 69-82.

Laville A. (2004), « Repères pour une histoire de l'ergonomie francophone », dans Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, PUF, pp. 37-50.

⁶ Gollac M., Volkoff S. (2000), *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte.

⁷ Doppler F. (1995), « Evolution de la population et transformation ou conception des situations de travail », dans J.-C. Marquié, D. Paumès et S. Volkoff (cord.), *Le travail au fil de l'âge*, Toulouse, Octarès Editions, pp. 411- 427.

statistiques sur les conditions de travail, la santé au travail et sur les questions liées à l'âge des opérateurs (Partie I.1.2.). Les chercheurs sollicités pour l'élaboration d'un dispositif statistique sur les relations âge, santé et travail, outre leur implication dans des études ergonomiques et démographiques menées au sein de cette entreprise au cours des années 90, ont contribué à de nombreux travaux dans le champ scientifique de l'approche statistique en santé au travail. Leurs parcours professionnels et leurs productions scientifiques constituent un ensemble d'expériences et de connaissances⁸ dont on peut retrouver la traduction dans les choix qui ont précédé la construction du questionnaire EVREST, et dans les différents usages des informations chiffrées produites au moyen de ce dispositif. Nous citons dans le rapport plusieurs exemples de ces traductions. Par exemple, on retrouve, dès les premières ébauches du questionnaire EVREST, une approche assez large, tant dans le domaine du travail que dans celui de la santé : y figurent des éléments sur la formation, les conditions de travail, les risques, l'organisation du travail et le domaine de la santé intègre une investigation sur les pathologies mais aussi sur les signes, les troubles de santé, les plaintes. D'autre part, le processus de construction des variables du questionnaire révèle une démarche particulièrement attentive aux conditions effectives de la réalisation du travail. Enfin, nous trouvons, dans le travail mené en vue de la construction de ce dispositif, des formes de coopération qui décloisonnent les différentes phases de construction des variables, de collecte de données et de leur analyse, phases fortement distinguées dans certaines représentations du travail scientifique⁹. Cette modalité de coopération entre les chercheurs et les médecins a probablement eu aussi un impact sur l'implication des médecins dans le dispositif.

EVREST prendrait ainsi place dans un processus de formation d'une représentation de l'homme au travail à laquelle se réfèrent les catégories principales d'EVREST et qui permettra l'interprétation de ces catégories. Les références au concept d'activité, d'une part, puis aux démarches d'objectivation des conditions de travail, d'autre part, forment un ensemble de repères dont l'impact est lisible dans le choix des variables d'EVREST et informent tant sur les représentations qui ont façonné le dispositif que sur les modalités de son usage.

⁸ Nous retrouvons ces explicitations conceptuelles et méthodologiques dans de multiples productions scientifiques, notamment :

- Molinié A.-F., Volkoff S. (1982), « Quantifier les conditions de travail ? » Travail et Emploi n°11, pp. 63-70
- Vézina N., Stock S. (2005), « Collaboration interdisciplinaire dans le cas d'une intervention ergonomique », dans Volkoff S. (coord.), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions, pièges*, Octarès. pp. 87-108.

- Volkoff S. (1997), « Représentativité, significativité, causalité : l'ergonomie au contact des méthodes épidémiologiques ». Communication au XXXIIème Congrès de la SELF, Lyon.

- Volkoff S. (coord.) (2005), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions, pièges*. Octarès.

⁹ Merllié D. (1999), « La construction statistique », Chapitre 3, dans Champagne P., Lenoir R., Merllié D., Pinto L., *Initiation à la pratique sociologique*, 2^{nde} édition, Paris, Dunod, p.127.

EVREST s'inscrit également dans un contexte spécifique que nous abordons dans le rapport sous deux éclairages. D'une part, EVREST, en visant la production de données collectives en santé au travail, implique que les médecins opèrent un déplacement des individus au collectif. Ce **passage de l'individuel au collectif dans la pratique des médecins du travail** n'est pas neutre¹⁰ : il implique la mobilisation de repères spécifiques. Nous avons analysé les caractéristiques de ces repères et leurs modalités de construction (**Partie I.2.1**). Les premières expériences de production de données collectives en santé au travail se sont développées dans l'entreprise au cours des années 90. Cette période marque **la constitution d'un groupe professionnel** de médecins autour d'une pratique organisée qui concourt à la formation d'un objet : l'approche collective de la santé au travail. Nous abordons le type de repères que mobilisent les médecins dans la mise en œuvre de cette approche à partir de deux expériences, l'une visant la création d'une « cellule toxicologie » en 1991, l'autre la réalisation d'une étude sur les troubles ostéo-articulaire en 1994. Dispositif de connexion avec le monde scientifique, agrégation des individus en population ont en commun d'avoir pour visée, l'objectivité. Pour les médecins, cette recherche d'objectivité remplit tour à tour plusieurs fonctions : celle, d'une part, de *rendre compte* de l'état de la réalité du champ dans lequel ils sont impliqués – la santé au travail ; d'autre part de produire de nouveaux repères qui soient *pris en compte* dans l'entreprise – et ainsi renforcer leur position dans ce même champ ; enfin, de pouvoir, le cas échéant, *rendre des comptes* – ce qui participe au maintien de leur légitimité. L'objectivité est ici une ressource pour l'action dont la visée est la mise en visibilité d'une réalité. Les médecins constituent un ensemble hétéroclite de ressources, dont font partie les partenariats avec le monde scientifique, les enquêtes, dans lequel l'appel aux objets scientifiques et la mesure forment une ressource majeure. Le rapport aux chiffres, que l'on voit ainsi se dessiner, aura une répercussion visible dans la manière dont les médecins « se servent » des indicateurs EVREST, dans la manière dont ils les défendent et les font circuler.

D'autre part, l'existence d'EVREST a été subordonnée à son acceptation par toute une série d'individus, de groupes sociaux, parmi eux : les médecins du travail ont accepté d'intégrer le dispositif, des individus ayant la responsabilité de valider la présence ou non d'un tel dispositif au sein de l'entreprise ont autorisé sa mise en œuvre. D'autres n'ont pas empêché son existence. Quels sont les buts et les intérêts de chacun pour accepter, ou ne pas refuser, qu'EVREST existe ? Quelles sont les positions de ceux qui émettent un point de vue sur son existence ? A quoi tient

¹⁰ Dodier N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

l'adoption d'EVREST ? Est-ce le résultat d'un processus patiemment construit ? Un processus d'intéressement procédant d'une extension progressive d'un réseau d'alliances ? Un produit des rapports de force entre des agents, entre groupes sociaux ? Ou une combinaison de ces divers processus ? Nous abordons le contexte et les différentes formes d'acceptation du projet dans ce chapitre (**Partie I.2.2.**).

Tout d'abord, il semblerait que, **pour être adopté, EVREST a bénéficié d'un environnement favorable** : une entreprise dans laquelle des dirigeants semblent considérer que c'est dans l'intérêt de celle-ci d'investir fortement dans les conditions de travail. On observe, dès les années 80, des budgets élevés consacrés à l'amélioration des conditions de travail : programmes de recherches, études ergonomiques, embauches d'ergonomes, formation de l'encadrement à l'approche ergonomique centrée sur l'activité de travail ... Proximité avec la mouvance patronale porteuse depuis les années soixante dix du « double projet économique et social » ? Enjeu d'image d'une grande entreprise ? Enjeu de qualité pour une industrie comportant de fortes exigences de fabrication ? Contournement syndical dans le choix d'une direction de s'occuper des conditions de vie au travail comme elle gère la formation ou les salaires¹¹ ? Quelques soient les objectifs poursuivis le contexte, dans lequel s'insère EVREST est celui d'une sensibilisation au thème des conditions de travail.

Par ailleurs, **le contexte d'adoption d'EVREST** est aussi celui de changements majeurs dans l'entreprise, changements dont les implications sont perfectibles dans les transformations mêmes du travail. Comme dans beaucoup d'entreprises¹², l'un des changements essentiels réside dans la mobilisation de la subjectivité de tous les salariés, y compris des exécutants ou des personnels peu qualifiés. Dans cette entreprise, tout le monde s'accordait à considérer cette période des années 90 comme une période d'intensification amorcée - et à poursuivre - avec une accélération des rythmes des commandes, des temps de cycles, des cadences. Apparaît progressivement au sein de l'entreprise¹³ la conscience d'une réalité plus en nuances, plus en contradictions où les facteurs producteurs de la satisfaction ou de l'insatisfaction à l'égard du travail, dénommées successivement sous les termes « problèmes de motivation » et « problèmes de vécu au travail », deviennent une question tout à la fois plus complexe et placée sous l'enjeu de l'efficacité. La direction des ressources humaines, craignant de ne pas savoir qualifier ni anticiper ce qui est en train de se jouer ou de se préparer, s'est-elle fixé l'objectif (ou lui a-t-on fixé l'objectif) d'apporter

¹¹ Plusieurs témoignages évoquent une histoire syndicale pour le moins chaotique.

¹² Veltz P. (2000), *Le nouveau monde industriel*, Editions Gallimard.

¹³ Plus précisément, d'après les documents en notre possession : au sein de la DGRH et de manière assez dispersée au sein des établissements.

un diagnostic et des solutions à ce malaise ? L'idée d'un dispositif de suivi des relations santé et travail, sur un registre assez large de la santé, pourrait alors correspondre à cet outil permettant une meilleure compréhension de la situation. Les responsables des ressources humaines attendent alors d'EVREST qu'il apporte, selon les propos de plusieurs d'entre eux : « des choses qui éclairent la situation » et qu'il soit « une aide à la décision ». Il a fallu aussi convaincre les médecins du travail de participer au dispositif. L'argument majeur, et la principale raison pour laquelle les médecins acceptent de s'y engager, est la capacité du dispositif à proposer des indicateurs, perçus par les médecins comme l'opportunité de renouveler leur mission et leur légitimité dans l'entreprise. L'accumulation des travaux réalisés dans l'entreprise tout au long des années 90 sur les questions de santé et de conditions de travail et la garantie scientifique apportée par l'insertion dans le projet de chercheurs reconnus dans ce domaine ont également participé à l'acceptation d'EVREST par les médecins. Puis les médecins volontaires ont dû obtenir un accord, au sein de leur établissement, pour mettre en œuvre le dispositif. Ils ont présenté le projet aux responsables des ressources humaines, puis aux CHSCT en développant un argumentaire en plusieurs points. Le point de départ repose sur deux points de constat qui semblent faire accord. Le premier a trait aux transformations qui traversent l'entreprise depuis les années 90 : tout le monde s'accorde à considérer cette période comme une période d'augmentation de la pression, notamment temporelle, à tous les niveaux de l'entreprise. Le second porte sur le caractère multiple et complexe des effets de ces évolutions sur le vécu et la santé des salariés. Et les médecins de poursuivre : s'il y a bien accord sur ces constats, alors représentants employeurs et salariés sont amenés à accepter d'une part, qu'ils doivent au préalable connaître le diagnostic de la situation - quelles sont les évolutions et les relations des liens entre la santé et le travail des salariés de l'entreprises ? - et d'autre part que l'alliance autour de cette interrogation est profitable pour chacun d'entre eux. L'argumentation développée par les médecins – le passage par la réalisation préalable d'un diagnostic de la situation : quelles sont les évolutions et les relations des liens entre la santé et le travail des salariés de l'entreprises ? - définit un objectif commun, autour duquel se construit un accord dont l'expression est la création d'EVREST.

Les opposants, s'il y en a eu, ne se sont pas fait entendre, pas suffisamment puisqu'EVREST est bien né. Pour autant, son adoption ne semble pas reposer sur un accord sur sa définition entre les acteurs sollicités pour se prononcer à ses débuts ; et tous ne définissent pas EVREST dans les mêmes termes. Ils développent ce projet, y participent, y adhèrent, s'y associent, ou s'en distancient, au début, dans un certain flou. Au sein des établissements, les représentants du personnel aux différents CHSCT et les responsables des ressources humaines ne soutiennent pas franchement le projet mais ne s'y opposent pas franchement non plus. Ils semblent s'y engager en

second, « pour voir ». Est-ce le même EVREST que celui des médecins du travail, des chercheurs, du DGRH ? Non, probablement pas. Mais, à ce stade, dans la carte de tous les intérêts liés à l'existence d'EVREST, les intérêts vagues, réticents ou même divergents de ceux qui poursuivent un autre EVREST doivent aussi être comptés : ce sont des alliés de son existence. Que vont-ils devenir ? De tels alliés ne sont ni très accrochés, ni très accrocheurs, et peuvent donc « lâcher » à tout moment, attaquer, mais aussi adhérer. A ce moment là de l'histoire d'EVREST, l'avenir du dispositif est aussi incertain pour les médecins, les chercheurs associés au projet, les salariés.

La deuxième partie du mémoire présente la structure du questionnaire EVREST et quelques résultats accumulés au moyen de cet instrument (**Partie II**). Nous reprenons un ensemble de résultats, choisis, le plus souvent, parce qu'ils nous ont été évoqués par les interviewés. Ils sont repris, dans notre mémoire, tels qu'ils ont été présentés dans les établissements, par les médecins ou les chercheurs associés au projet, en mentionnant pour chacun d'entre eux, le public et le lieu de présentation. Dans l'ensemble des établissements dans lesquels des médecins du travail participent à EVREST, des résultats sont restitués annuellement au responsable des ressources humaines et au CHSCT de chacun des sites. Selon les cas, sont également conviés le responsable de production, le responsable de l'hygiène et de la sécurité, le responsable de formation. Nous rendons compte des caractéristiques des indicateurs que produit EVREST. Parmi les résultats restitués, les médecins présentent des tableaux de bord qui proposent un suivi des évolutions du travail et de la santé dans l'entreprise. Ces tableaux suscitent attention et intérêt chez les directions et l'encadrement de production qui retrouvent dans cette forme de présentation des caractéristiques assez proches des indicateurs de gestion : ils montrent les évolutions d'une année à l'autre et une comparaison avec les niveaux du Groupe, ils résument la situation, en donnant un « abrégé »¹⁴, avec un graphisme très visuel. Par ailleurs, la manière d'organiser l'ensemble des éléments, de sélectionner les données chiffrées restituées, d'organiser entre eux ces chiffres, de les accompagner de commentaires reflète **l'aboutissement d'un travail de construction des données restituées**. Cette dernière remarque introduit la réflexion de notre troisième partie concernant les usages de ces informations chiffrées au sein de l'entreprise.

La **troisième partie** du rapport envisage **la dynamique sociale qu'entraîne la présentation des indicateurs EVREST**. Nous avons abordé, dans la première partie, la question de l'objectivité

¹⁴ Berry M. (1983), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, CRG, École polytechnique, Paris.

apparaissant, pour les médecins, comme une ressource pour l'action dont la visée est la mise en visibilité d'une réalité ; le chiffre sert à donner une visibilité aux objets. Cette mise en visibilité d'une réalité, au travers de données chiffrées, laisse entrevoir, chez les médecins, **différents rapports aux chiffres (Partie III.1.1)**. Ces différentes postures éclairent les manières dont les médecins utilisent les chiffres produits, restituent leurs données, font circuler les indicateurs.

En premier lieu, les médecins se servent **des chiffres pour convaincre** les audiences des enjeux de santé au travail et ainsi de la nécessité de leur implication dans les décisions en matière de conception ou d'aménagement des situations de travail, d'une part, de gestion de ressources humaines, d'autre part. Le public visé par les médecins dans cette stratégie de conviction est celui des décideurs : responsables des ressources humaines, de la production, de l'établissement. Les médecins n'abordent pas les décideurs comme un groupe social uni mais définissent un point qui leur est commun : l'appétence pour les chiffres. Ils partent de l'hypothèse qu'ils sont face à une population scientifique dont l'attrait pour le chiffrage constitue un repère commun quels que soient les domaines dont ils ont la responsabilité (ressources humaines, hygiène et sécurité, production, méthodes ...). C'est donc, selon les médecins, un moyen dont il faut s'emparer pour entrer dans les univers décisionnaires de l'entreprise dominés par la quantification. Ils expriment ainsi l'espoir qu'en parlant le même langage, leurs analyses gagneront en légitimité, permettant ainsi à leurs préoccupations d'être davantage entendues : ils *traduisent* leurs préoccupations dans le langage du groupe qu'ils cherchent à *intéresser*¹⁵. A ce niveau, les représentants des salariés constituent aussi le public des résultats d'EVREST, mais, pour les médecins, il s'agit moins de les convaincre : ils sont censés être intéressés par l'accroissement des connaissances sur les évolutions et les relations entre santé et travail dans l'entreprise et ne pas être gênés par le recours à la quantification pour aborder ce sujet. A travers la capacité de quantification du champ de la santé au travail les médecins se voient parer d'une nouvelle ressource, d'une force supplémentaire dans les rapports de forces qui se jouent au sein des directions des ressources humaines - leur direction hiérarchique - et des instances paritaires. Davantage que les chiffres, c'est leur capacité à indiquer qui suscite l'intérêt, lorsqu'ils accèdent, en 2004, au statut d'indicateur, par comparaison de deux années. Les indicateurs ainsi construits suscitent d'autant plus d'intérêt pour le public visé qu'ils se déclinent au niveau du Groupe et permettent de positionner et de comparer les établissements entre eux : dès 2005, les données chiffrées ainsi produites prennent toutes les caractéristiques extérieures de l'indicateur de gestion usuel. Cette nature des indicateurs d'EVREST est centrale : les médecins

¹⁵ Nous empruntons ces notions à Callon (1986), « Eléments pour une sociologie de la traduction », L'Année sociologique N° 36, pp. 169-208.

peuvent les utiliser comme des repères communs avec d'autres acteurs de l'entreprise. L'indicateur incarne alors le travail de *traduction* des médecins pour mettre en relation leurs repères avec ceux des décideurs. Si la discussion est acceptée c'est sans doute que la représentation quantitative semble donner l'illusion à ce public d'un langage univoque, dénué d'ambiguïté, donc servant à des fins purement référentielles – et non politiques - par rapport à une réalité externe. L'argumentation, grâce aux recours aux indicateurs, prend l'apparence pour les acteurs d'une démonstration. Invoquer des chiffres, c'est sembler adopter une logique formelle dont le résultat s'impose comme la vérité.

D'autre part, les médecins ne sont pas dans un rapport uniquement instrumental avec les statistiques, ils attendent aussi du dispositif d'objectivation, des informations sur la réalité qu'ils observent. Les indicateurs, outre le moyen d'obtenir une écoute à leurs discours, sont perçus comme des indicateurs de veille, d'alerte, de confirmation ou au contraire d'invalidité de leurs ressentis, de leurs perceptions. Ils vivent ce dispositif comme **un soutien de leur action apportant une assurance à leur diagnostic.**

Forts de la légitimité donnée à leur parole et d'une conviction renforcée dans leurs constats, les médecins vont alors développer de nouvelles stratégies pour que les chiffres circulent dans l'espace social. Ils poursuivent alors l'objectif que les chiffres présentés soient repris par leurs différents interlocuteurs. Dans cette visée, les médecins développent par rapport aux chiffres trois points de vue qui se combinent dans la logique de leur action.

Premièrement, aguerris par l'expérience des relations sociales et des rapports de forces qui se jouent dans les différents espaces où ils abordent la santé au travail¹⁶, les médecins ont acquis la conviction qu'il ne suffit pas aux chiffres d'être donnés pour qu'ils soient discutés puis repris, que **leur seule existence ou leur valeur scientifique ne suffit pas à garantir l'utilisation, la diffusion de ces indicateurs.**

Deuxièmement, les données chiffrées sont *mises en scène* pour **construire une représentation de la réalité qui doit être suffisamment acceptable pour qu'elle devienne objet de discussion** voir de débat. D'une certaine manière, la scientificité a opéré un premier mouvement de mise à distance des rapports passionnels à l'objet - la santé au travail - puis la présentation par les médecins d'une réalité contrastée permet à la question de revenir plus sereinement dans les débats. Dans la manière dont les médecins sélectionnent les données, confectionnent les présentations, organisent les restitutions des résultats, ils anticipent les tensions entre différents *mondes* pour

¹⁶ Rappelons que la plupart des médecins participant à EVREST ont une forte ancienneté dans la fonction et dans l'entreprise.

confectionner un ensemble acceptable, composé de chiffres, de courbes, de flèches et de commentaires. En quelque sorte, pour faire admettre de nouveaux objets, les chiffres doivent respecter deux contraintes¹⁷ : ils doivent se référer à des objets scientifiques et ils doivent être compatibles avec la contrainte d'équilibre liée à l'instance dans laquelle les chiffres circulent. Dans ce processus, la description d'une diversité des situations de travail est, du point de vue des médecins, très utile. En effet, les comparaisons désignent autant l'ampleur des contraintes, des expositions, des dégâts sur la santé, etc. que des situations rassurantes dans certains domaines. Ces situations globalement rassurantes sont ce que plusieurs médecins ont appelé « des points d'appui » dans la confection de diagnostic acceptable pour les parties en présence. Le diagnostic ainsi construit à partir de multiples données sélectionnées apporte un ensemble d'informations « tolérables ».

Le troisième point de vue est résumé dans les propos d'un des médecins : « les chiffres seuls n'interprètent pas, seule la discussion, la confrontation peuvent ouvrir sur différentes interprétations ». **Pour les médecins, la description d'une diversité des situations au sein de l'entreprise est un bon « déclencheur » de discussions, de réflexions collectives.** Le constat que certaines situations sont meilleures que d'autres, moins contraignantes, que certaines populations vont moins bien que d'autres, a pour vertu d'esquiver des arguments de type fataliste. Le fait qu'une partie de la population soit un peu plus abritée ou très abritée montre qu'il y a peut-être des moyens de faire en sorte que d'autres populations le soient, elles aussi. Pour les médecins, peuvent alors s'amorcer des discussions sur les marges de manœuvre pour agir.

Les niveaux et évolutions de ces indicateurs sont présentés chaque année dans différents lieux (Comités de Direction, CHSCT), inscrits sur le papier (Rapport annuel des médecins, compte-rendu de réunions). Progressivement, les indicateurs EVREST constituent pour les médecins du travail une nouvelle forme d'argumentation par laquelle leur représentation entre dans les débats. Si les discussions avec des directions ou l'encadrement ont pu ouvrir des discussions sur les différentes interprétations des résultats, celles-ci ne s'ouvrent pas à la confrontation avec les représentants des salariés. L'ensemble des interviewés témoignent de la même chose : **les résultats d'EVREST n'ont pas suscité beaucoup de débat dans les CHSCT.** Ce constat appelle plusieurs réflexions.

¹⁷ Nous rejoignons ici les constats de Dodier (1995) issus de son analyse sociologique du dispositif SUMER (enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels) : Dodier N. (1995), « Qu'est-ce qu'un bon chiffre ? Confection et circulation d'une statistique sur les risques professionnels. » dans *L'usage des méthodes statistiques dans l'étude du travail*. Cahier Travail et Emploi, La Documentation Française, pp. 71-99.

La première a trait à l'alliage entre le dispositif EVREST et les dispositifs de représentations du personnel. Au sein de ces instances paritaires, EVREST semble constituer un nouvel instrument d'accès à la réalité. Comment s'articule-t-il avec les dispositifs de représentation du personnel ? La deuxième réflexion concerne les conditions même de l'ouverture d'un débat sur les résultats. Au sein des échanges avec les directions et l'encadrement, le chiffrage et la scientificité de la démarche d'EVREST semblent constituer un socle de repères communs que les médecins utilisent pour engager des discussions, dans la reconnaissance d'intérêts différents. Les conditions de restitution des résultats d'EVREST au sein des CHSCT offrent-elles à ces instances paritaires les repères pour en débattre ? D'une part, EVREST est abordé une fois par an pendant une à deux heures lors des présentations par les médecins des bilans annuels au sein des CHSCT. Les représentants des salariés aux CHSCT ont, au travers du rapport annuel, accès à un exposé écrit et commenté des résultats. Par ailleurs, les formations des représentants des salariés dans les CHSCT sont majoritairement constituées d'une approche qui traite les questions relatives aux risques d'atteinte à la santé par des normes, des procédures, des réglementations. Enfin, ces instances paritaires correspondent à des univers très institutionnalisés dans lesquels les espaces de discussion sont fortement structurés par les positions. Chaque prise de position est interprétée par les différents groupes en fonction d'intérêts sociaux qu'ils s'imputent les uns aux autres. L'absence de débat sur les résultats dans les instances paritaires rendrait compte des rapports complexes, faits d'alliances, d'oppositions, de concurrence et constituerait en ce sens l'expression des rapports de force qui s'y déploient. Les interprétations des chiffres d'EVREST pourraient ouvrir sur le véritable objet du débat : la transformation du travail, et donc les mesures à prendre, avec différentes options envisageables. Ceci montre l'enjeu social que révèle la production de ces indicateurs : ignorés des deux parties, le jeu est à somme nulle ; l'expression des attentes des directions envers ces résultats leur confère un nouveau statut. Les rapports inégalitaires dans la confrontation aux résultats d'EVREST accroît alors la distribution inégale de la connaissance sur les évolutions de la santé et du travail au sein de l'entreprise et tendrait à renforcer une position dominante.

Mais parallèlement, au fil des années, les lieux où l'on évoque EVREST se diversifient, faisant naître de nouvelles audiences pour les résultats : d'une part, des instances ayant pour objet, parmi, le plus souvent, d'autres sujets, la restitution des résultats d'EVREST et conviant un public plus ou moins élargi selon les établissements ; d'autre part, des audiences traitant de multiples sujets et au cours desquels dans les discours, préparés ou non, des résultats d'EVREST sont convoqués par certains participants. Ce sont ces **différents types d'insertion des données d'EVREST dans des**

dispositifs de l'entreprise que nous abordons dans ce chapitre (**Partie III.1.2.**). Alors que les premières années les chiffres restaient dans les audiences institutionnelles (CHSCT et réunions de direction) progressivement les résultats d'EVREST circulent dans des réunions associant l'encadrement de production, des réunions des pôles santé et sécurité au sein des établissements, des réunions inter-établissement regroupant des responsables de la prévention des risques, dans des échanges autour de projet d'aménagement de situation de travail. Les chiffres sont convoqués tour à tour par des médecins, des ergonomes, des directions, des responsables santé et sécurité, une organisation syndicale. Si certains groupes les intègrent dans leurs discours, d'autres les placent dans des dispositifs institutionnels, dans des tracts syndicaux ou encore se positionnent par rapport à eux. Le dispositif EVREST et les indicateurs prennent place dans différentes audiences, des présentations de différents acteurs, on observe alors un élargissement des entités rattachées à EVREST en même temps qu'une diversification de ces formes de connexion laissant entrevoir l'expression d'intérêts de plus en plus multiples. Cet élargissement relève de différents mécanismes : association d'individus en nombre de plus en plus important, rattachement du dispositif EVREST à différentes réglementations, assemblage, autour de l'outil, d'intérêts de plus en plus variés. Plus l'on s'éloigne des espaces de production des indicateurs EVREST, plus ils semblent devenir autonomes, indépendants des raisonnements qui les fondent. Plusieurs exemples de ce processus sont présentés dans le rapport.

Nouvelles formes d'argumentation sur les enjeux de santé au travail, processus d'intéressement d'entités de plus en plus élargies et enrôlement des indicateurs EVREST mettent en lumière quelques mécanismes par lesquels un tel dispositif, participant d'un processus, en cours, d'objectivation des risques et de leurs causes, prend place progressivement dans une organisation. Dans les débats ou discussions sur les indicateurs EVREST, **par les différents usages de ces données, se dévoilent de multiples visions de la réalité, diverses formes de représentations sur le travail**, les tensions entre définitions sont sans cesse présentes pour affirmer ou ré-affirmer la légitimité des représentations sous-jacentes. L'appréhension de ces différents mécanismes constitue l'objectif du dernier chapitre (**Partie III.2.**). Nous les avons abordés au travers des débats et discussions développés à l'occasion de l'étude menée, à partir des données d'EVREST, sur le vécu au travail. Si quelques réunions avec des responsables de ressources humaines, l'encadrement de production, des responsables prévention, des CHSCT ont eu lieu, les restitutions des résultats de cette étude sont récentes, les premiers échanges s'étant déroulés en 2005. D'autres présentations sont prévues par les médecins ; des responsables de ressources humaines envisagent d'aborder entre gestionnaires de cette fonction ces résultats, au cours du dernier trimestre de

l'année 2006 ; certains membres de CHSCT attendent l'accès à de nouveaux résultats ; un réseau de préventeurs de l'entreprise s'organise autour de cette problématique. Le processus est donc en cours. Pour autant, en choisissant de centrer l'analyse sur cet événement, nous avons pris le parti de nous attacher à un moment qui nous est apparu critique dans le processus d'objectivation des risques et de leurs causes, au sein de cette entreprise.

Sur ce thème du vécu au travail, la scientificité du dispositif prend une importance grandissante par rapport aux analyses développées à partir d'EVREST sur les effets de caractéristiques plus physiques du travail sur la santé. Le vécu au travail, constitutif du rapport subjectif au travail, est perçu, dans l'entreprise, comme quelque chose de flou, difficile à objectiver, par rapport à des caractéristiques physiques que l'on dit plus facilement objectivables et mesurables. Si des travaux scientifiques¹⁸ ont montré les possibilités de quantifier le rapport individuel au travail, tel n'était pas la vision dominante dans l'entreprise. **EVREST semble apporter une démonstration appliquée de la faisabilité technique de l'objectivation du rapport au travail.**

Dans ce processus d'objectivation des risques et de leurs causes organisationnelles, les concepteurs d'EVREST incitent différents acteurs – et en premier lieu les responsables des ressources humaines – à entrer davantage dans la compréhension des problèmes concrets du travail. Ils forcent l'attention à se porter sur ce qui se passe au sein des collectifs de travail, dans les conditions mêmes de réalisation de l'activité. Les lieux de débat sur les facteurs de stress sont encore relativement restreints, d'autres discussions sur les indicateurs de vécu au travail sont à venir, d'autres acteurs – du champ de la prévention, notamment – mobilisent EVREST dans une évaluation des risques psychosociaux. Le processus est en cours et son déroulement certainement semé d'incertitudes. Pour autant, le contenu des premiers débats, et de nos entretiens apportent des éléments à partir desquels nous avons formulé quelques hypothèses.

Tout d'abord, on peut voir dans la dynamique existante autour de l'objectivation des risques et de leurs causes organisationnelles, une démarche favorable à une **évolution dans la perception des risques psychologiques du travail**. Ceci n'est pas le fait de toutes les entreprises.

Pour autant, si l'objectivation des causes organisationnelles, et non seulement individuelles, de ces risques est déterminante, elle ne décrète pas en elle-même leur traitement. L'ouverture des discussions aux causes organisationnelles incite à entrer davantage dans la compréhension du travail et du travailleur. Mais **l'affrontement de ce qui fait problème dans le travail se heurte à**

¹⁸ Notamment : Baudelot C., Gollac M. et al. (2003), Travailler pour être heureux ? Le bonheur en France, Paris, Fayard.

Gollac M., Castel M.-J., Jabot F., Presseq P. (2006), « Du déni à la banalisation », Actes de la recherche en sciences sociales n° 163, Juin 2006.

de fortes résistances. Si quelques discussions sur les causes organisationnelles du stress peuvent renvoyer le paradigme dominant, reposant sur une forme de psychologisation du phénomène, à ses incomplétudes, les quelques actions concernant le traitement de ces risques laissent à penser que la prégnance de ce paradigme n'en est pas pour autant menacée. En effet, les actions développées dans l'entreprise visent principalement à réduire les effets des situations de travail stressantes en améliorant les capacités des personnes à mieux s'adapter à la situation et à mieux gérer le stress. Les réponses RH tendent à investir dans **un traitement des tensions vécues par les salariés en opérant par la périphérie de l'exercice du travail**, restant bien loin des déterminants les plus profonds de la fatigue du travailleur, loin de s'attaquer aux exigences du travail et aux conditions dans lesquelles elles peuvent être gérées. Il nous semble que cette approche peut être mise en rapport avec les caractéristiques, d'une part des formations des gestionnaires des ressources humaines et celles, d'autre part, des outils de gestion qui participent à guider, au quotidien, des façons de voir, de se représenter les problèmes et les solutions.

Un certain nombre de travaux scientifiques apportent un éclairage précieux sur **l'approche dominante dans laquelle s'inscrit la fonction ressources humaines**. D'une manière générale, la question des « motivations » des salariés envahissent très largement les formations des gestionnaires de ressources humaines. Cette question donne lieu à diverses théories qui ont en commun de déployer le concept de ressources humaines sous l'unique angle du facteur humain répondant à des lois de comportements stables, univoques qu'une science pourrait révéler. Dans cet esprit, les vocabulaires, outils, techniques RH les plus répandus visent alors à corriger, maîtriser des comportements.

D'autre part, différents travaux scientifiques, analysant des **dispositifs de gestion**, révèlent leur pouvoir de structuration des manières de voir, de penser, d'agir¹⁹. Si les calculs de productivité présentent toutes les apparences de la neutralité et de l'objectivité, l'établissement de ces ratios est loin d'être une opération technique²⁰. Un indicateur de productivité a une double propriété. D'une part, il dit la manière dont ses concepteurs se représentent le déroulement de la production, ce qui sous-tend l'efficacité et les moyens privilégiés d'obtenir cette efficacité²¹. Il intègre notamment une représentation de la manière dont le travail contribue au produit et à la performance : il repose sur une théorie implicite du travail²². Par exemple, le travail est un acte relevant de la mécanique, qui peut être optimisé selon les lois de la mécanique. Ou il s'agit du « facteur travail », lequel est

¹⁹ Berry M. (1983)

²⁰ Gadrey J. (1996), *Services : la productivité en question*, Paris, Desclée de Bronwer.

²¹ Moisdon J.-C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Paris, Editions Seli Arslan.

²² Veltz P., Zarifian P. (1993), « Vers de nouveaux modèles d'organisation ? », *Sociologie du travail* n° 1-93, pp. 3-25.

supposé être une source d'erreurs humaines que les machines doivent prévenir et contenir le plus possible²³. D'autre part, une fois en place, les indicateurs de productivité (ou d'autres outils de gestion) guident les façons de voir, ils contraignent les utilisateurs dans leurs façons de se représenter les processus productifs et les moyens d'agir²⁴. Un indicateur de performance dit dans quels termes on doit envisager ce qui coûte et ce qui génère de la performance. La gestion et ses outils sont une manière d'appréhender le réel afin d'agir dessus, une façon de se montrer réceptif et intéressé par certains signaux, certains messages, et, nécessairement, dans le même mouvement, d'en effacer d'autres de son champ de perception. Les dispositifs de gestion encadrent les actions bien au-delà des seules directions des ressources humaines. Ces cadres de pensées sont fortement institués, irriguant l'ensemble de l'organisation.

Les édifices gestionnaires sont des réponses à des problèmes construits, c'est-à-dire qui n'existent pas en soi mais à partir de la représentation qu'on se donne. L'interrogation porte alors sur la possibilité de « discuter » ces problèmes. Ils sont en effet discutables au sens où ils n'existent pas dans une absolue objectivité mais à travers des médiations, en particulier leur mise en forme grâce à une certaine interprétation des enjeux, les controverses à leur sujet entre acteurs. Envisagé comme tel, le débat inciterait à reconnaître que la notion de travail est elle-même un compromis, plus ou moins stable, de lutte entre les agents intéressés à faire reconnaître une définition.

Dans l'entreprise où nous avons mené notre enquête, l'objectivation des risques psychosociaux et de leurs causes organisationnelles a parfois invité la notion de productivité dans des débats suscités par le niveau de « pression temporelle »²⁵ auquel sont exposés les salariés. La question repose alors sur les conditions de son accès à un statut d'objet de controverses, de délibération, voire de conflit. A cet égard, on peut penser que le processus de naturalisation des contraintes ne va pas dans le sens d'une mise en débat de ces notions. En effet, la pression est posée, dans la majorité des discours, comme une contrainte exogène, face à laquelle l'entreprise ne peut agir. Ceci viendrait alors renforcer les actions et discussions demeurant en périphérie de la réalisation du travail en formant un rempart à l'appréhension du problème que pose celui-ci.

Si les conditions de l'exercice du travail sont largement fabriquées par les dispositifs de gestion, **les dispositifs de réglementation des conditions de travail** sont issus d'une histoire où l'on a pensé les conditions de travail indépendamment de tout lien avec la gestion. Le cadre classique d'intervention en matière de conditions de travail est lui même une construction, historique, politique, cognitive, une manière de se représenter un problème. Il semblerait notamment que **le**

²³ Dejours C. (1995), *Le facteur humain*, Que sais-je ?, PUF.

²⁴ Boussard V. (2003), *Du politique dans les organisations. Sociologies des dispositifs de gestion*, L'Harmattan.

²⁵ Variable du questionnaire EVREST

primat de la norme et du risque dans la façon d'aborder les conditions de travail réduit également l'occurrence de traiter ces sujets dans le cadre des relations professionnelles instituées.

Dans la première partie, en rendant compte du « travail » préalable à la construction d'EVREST, nous avons montré que l'on peut voir, dans ses variables, un résumé, une synthèse d'un ensemble plus vaste de façons de voir l'homme au travail et l'action en santé au travail. La création de ce dispositif est alors étroitement liée à la formation de ces représentations sur le travail et ses enjeux de santé, représentations qui permettront aussi l'interprétation des résultats. Son adoption au sein de l'entreprise résulte aussi d'une *histoire accumulée*, d'un contexte spécifique qui amène divers acteurs, portés par des intérêts différents liés à l'existence d'EVREST, à accepter ou ne pas à refuser sa création.

Nous avons abordé dans les deux autres parties la manière dont les données chiffrées sont confectionnées, constituées par les concepteurs, leur manière de *faire tenir les chiffres*²⁶. Pour les médecins, la scientificité de la démarche est une ressource pour convaincre les décideurs de l'utilité des données, pour introduire, dans les débats, leur représentation des enjeux de santé au travail. Ils mettent en place divers dispositifs pour *traduire* dans différents langages professionnels leur objectif, ils utilisent des schémas, des graphiques, des couleurs pour rendre accessibles leurs données, ils développent des modalités particulières d'association au projet de manière à *enrôler* différents types d'acteurs. A travers les différentes prises de position des acteurs par rapport à la démarche et aux informations chiffrées, au sein des instances de direction et des instances paritaires, se dévoile l'enjeu social que représente la production de tels indicateurs. Notamment, nous avons vu que l'ouverture au débat sur l'interprétation des résultats d'EVREST constitue un enjeu de pouvoir. Le niveau d'information sur les données lié à la position des acteurs dans l'entreprise, leur formation, mais aussi le cadre institutionnel de la santé au travail dans l'entreprise apparaissent comme des éléments déterminants dans les différents usages et les « non-usages » de ces données.

²⁶ Au sens de Desrosières. Voir notamment Desrosières A. (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.

Pour autant, si les entretiens avec les responsables des ressources humaines font apparaître des points communs dans les discours, il serait certainement erroné de les considérer comme un groupe homogène, dont les prises de position s'organiseraient sous l'angle unique d'une approche dominante. Par ailleurs, si la position dans l'organisation des responsables des ressources humaines leur confère un statut d'individus *efficients* dans l'espace des pouvoirs en matière de gestion des ressources humaines, intégrant le domaine de la santé au travail, d'autres occupent dans cet espace des positions stratégiques. Les décisions d'orientation des politiques de gestion des ressources humaines résultent des rapports de force et de lutte qui se jouent dans un espace infiniment plus vaste et plus complexe. La complexité ne réside pas seulement dans le nombre d'organisations intervenant dans cet espace mais du fait que celui-ci est constitué de sous-espaces aux enjeux spécifiques et eux-mêmes traversés d'affrontements et de luttes spécifiques.

Afin de poursuivre l'analyse amorcée dans ce mémoire, il nous faudrait donc considérer attentivement l'ensemble des novateurs, qui dotés d'intérêts et de propriétés différents, créeraient de nouvelles controverses. Peut-on voir par exemple dans l'engagement de certains responsables de ressources humaines dans le développement d'EVREST ce type de coalition autour d'alliances entre des connaisseurs de la réalité du travail et des espaces de décision, sortes d'adversaires complices ? La légitimité dans le champ des décideurs qu'acquièrent les médecins par la scientificité de leur démarche favorise-t-elle une nouvelle manière d'envisager les liens complexes entre travail, santé et organisation ? Enfin, en quoi l'entrée de nouveaux groupes, les préventeurs, par exemple, renforcés par l'évolution de la réglementation, modifierait l'espace et les rapports de force, redéfinirait les frontières des espaces de discussion ?