



MEMOIRE

MASTER ORGANISATION, RESSOURCES HUMAINES COMMUNICATION ET EMPLOI

Spécialité : Organisation de la production et de l'entreprise

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***

Marion GILLES

Sous la direction de Michel GOLLAC

Année universitaire 2005-2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
METHODOLOGIE	5
PLAN DU MEMOIRE	6
 PARTIE I. GENESE DU DISPOSITIF EVREST	 8
PARTIE I. 1. FORMES DE REPRESENTATION DU TRAVAIL	8
<i>La trame du cas.....</i>	8
1.1. <i>Le travail comme activité.....</i>	12
<i>Une certaine ergonomie.....</i>	12
<i>Une réflexion sur le vieillissement au travail.....</i>	16
1. 2. <i>Quantifier le travail et la santé</i>	18
<i>Recueillir des données par questionnaire</i>	20
<i>L'attention portée aux conditions effectives du travail dans le choix des variables</i>	21
PARTIE I. 2. LA PRODUCTION DE DONNEES COLLECTIVES EN SANTE AU TRAVAIL	27
2.1. <i>Constitution d'un groupe professionnel.....</i>	27
<i>Fonctions du médecin du travail.....</i>	27
<i>Deux approches « collectives » en santé au travail dans l'entreprise</i>	29
2.2. <i>Pluralités des formes d'acceptation du dispositif EVREST</i>	33
<i>Un environnement favorable.....</i>	34
<i>L'expression d'un accord</i>	36
 PARTIE II. DESCRIPTION DU DISPOSITIF EVREST	 39
PARTIE II. 1. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE EVREST	40
PARTIE II. 2. PRINCIPAUX RESULTATS ACCUMULES	43
2.1. <i>Suivi longitudinal et tableaux de bord</i>	47
2.2. <i>Exploitation sur un thème précis : le vécu au travail.....</i>	52
 PARTIE III : MISE EN CIRCULATION DES INDICATEURS EN SANTE AU TRAVAIL	 68
PARTIE III. 1. NOUVELLES FORMES D'ARGUMENTATION DANS LES DEBATS	69
1.1. <i>Objectivité et pouvoir.....</i>	69
<i>Pluralité des rapports aux chiffres.....</i>	69
<i>La confection de chiffres acceptables</i>	74
<i>EVREST dans les instances paritaires</i>	79
1.2. <i>Elargissement des entités rattachées à EVREST.....</i>	84
<i>Insertion d'EVREST dans des dispositifs.....</i>	84
<i>Elargissement du réseau d'alliances</i>	86
PARTIE III. 2. TENSIONS ENTRE DEFINITIONS.....	90
2.1. <i>Débats autour du vécu au travail.....</i>	92
<i>Les justifications d'une quantification du vécu au travail</i>	92
<i>Les seuils de tolérance et les contraintes acceptables</i>	99
<i>La pression comme contrainte exogène</i>	100
2.2. <i>Objectivation, perception, traitement des risques : plusieurs univers ?</i>	103
 CONCLUSION.....	 107
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 110
 ANNEXES.....	 114

INTRODUCTION

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 travail (Askenazy, 2004). 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 » (Appay, 1993, 1997), le développement d'une logique de production articulée autour du flux tendu, dans l'industrie, comme dans les services (Durand, 2004).

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 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 déficients (Lenoir, 1980 ; Daubas-Letourneux, Thébaud-Mony, 2001 ; Letourneux, 2005). 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. Ces démarches, menées en milieu de travail, centrées sur la production d'indicateurs chiffrés de santé au travail n'ont pas, à notre connaissance, fait l'objet d'investigations approfondies. Notre objectif est d'apporter une contribution sur ce point précis. **Ce mémoire portera sur l'une de ces expériences : EVREST - *Evaluation des Relations et Evolutions en Santé au Travail* ; son étude visera 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 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 ?

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. Dans la suite de ce rapport nous utiliserons le terme générique d'*indicateurs EVREST* pour désigner l'ensemble des informations chiffrées produites à l'issue de l'exploitation de ces données qu'elles aient la forme de chiffres bruts, pourcentages, tableaux de bord... Le terme de *dispositif EVREST* désignera un ensemble d'éléments hétéroclites comportant les discours, les techniques, les énoncés scientifiques...

Méthodologie

Nous analyserons 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

Dans Histoire de la raison statistique, Desrosières (1993) rappelle dans son introduction le caractère tout à la fois réel et construit des objets que permettent de créer les outils statistiques. Sous cette approche, nous reviendrons sur la genèse d'EVREST, en retraçant les controverses, les lignes de tension qui d'une manière ou d'une autre ont structuré les débats (**Partie I**). EVREST est étroitement lié à un ensemble de présupposés, de « façons de voir » la réalité étudiée – le travail et ses implications pour la santé – et la méthodologie pour « l'approcher » – la statistique en santé au travail. Il résulte aussi d'un contexte spécifique à l'entreprise dans laquelle il est implanté. Les intentions des acteurs et les conventions portant sur la définition de l'objet et de sa mesure seront resituées dans l'histoire particulière de l'entreprise. La production statistique des relations santé – travail au travers d'EVREST apparaît ainsi prise dans un ensemble diversifié de processus sociaux dont l'analyse est nécessaire pour la compréhension des débats suscités lors de leur parution publique.

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 mémoire : décrire la structure du questionnaire EVREST et esquisser une synthèse de résultats accumulés au moyen de cet instrument.

En *équipant*¹ les situations d'outils concrets (les indicateurs EVREST, les réunions, CHSCT, CE dans lesquelles « on parle d'EVREST »), en permettant leur *mise en scène*, le dispositif EVREST met en forme une réalité, fournit un cadre de perception des problèmes et de leur résolution. Si l'on considère que les indicateurs ainsi produits construisent une représentation de la réalité, alors il faut envisager la dynamique sociale qu'ils entraînent (**Partie III**). Les indicateurs EVREST constituent, pour un ensemble d'acteurs (en premier lieux les médecins du travail), une nouvelle forme d'argumentation par laquelle leur représentation entre dans les débats. Les niveaux et évolutions de ces indicateurs sont présentés chaque année dans différents lieux (Comités de

¹ Nous reprenons ce terme à L. Thévenot (1985).

Direction, CHSCT), inscrits sur le papier (Rapport annuel des médecins, compte-rendu de réunions). Les indicateurs EVREST entament alors un processus d'*enrôlement* et d'*intéressement*². Dans différents lieux, 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, les entités rattachées à EVREST se multiplient, laissant entrevoir l'expression d'intérêts de plus en plus multiples. Plus l'on s'éloigne des espaces de production des indicateurs EVREST, plus ils semblent devenir autonomes, indépendants des raisonnements qui les fondent. Nous aborderons alors les obstacles, les limites ou les pièges que rencontre une telle démarche d'objectivation. Par différents usages des données, se dévoilent de multiples visions de la réalité et dans les débats ou discussions sur les indicateurs EVREST, les tensions entre définitions sont sans cesse présentes pour affirmer ou ré-affirmer la légitimité des représentations sous-jacentes. Nous développerons ce dernier aspect au travers des 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.

Nous concluons cette troisième partie par une ouverture sur deux réflexions. La première réflexion a trait aux évolutions dans la perception des risques psychosociaux au sein de l'entreprise. La deuxième réflexion, plus large et plus ouverte, porte sur l'univers des prises de positions et l'espace des rapports de force dans le champ de la santé au travail.

² Callon (1986)

Partie I. Genèse du dispositif EVREST

A. Desrosières³ préconise, en introduction de son ouvrage sur l'histoire de la raison statistique, de mobiliser l'histoire et la sociologie pour « *suivre à la trace la façon dont ces objets sont faits et défaits, insérés dans des rhétoriques réalistes ou non, à des fins de connaissance et d'action* ». Son analyse des catégories socio-professionnelles⁴ apporte une explicitation concrète de cette préoccupation, les auteurs précisant que « *l'histoire, la fabrication et l'utilisation des CS ne sont donc pas des thèmes abordés de façon disjointe* ». De la même manière, plus que d'expliquer le fonctionnement d'EVREST en tant qu'outil statistique, nous revenons, dans cette première partie, sur sa genèse en analysant les débats, tensions, points de vue liés à la création du dispositif.

Partie I. 1. Formes de représentation du travail

La trame du cas

En 1999, le Responsable du Département des Facteurs Humains (DFH)⁵, également médecin-coordonateur, souhaite que l'activité médicale du Groupe « développe une approche collective et apporte aux décideurs, aux partenaires sociaux des données chiffrées sur les relations santé et travail ». En Juin 1999, un groupe de travail rassemblant le Responsable des Facteurs Humains, un médecin du travail et un ergonome de son équipe et deux chercheurs⁶ est créé afin de mener une réflexion sur les possibilités de réaliser, au sein de l'entreprise, une enquête statistique sur les relations entre âge, santé et travail. Ainsi, le groupe formalise les objectifs du dispositif dès les premières rencontres : plus encore qu'une enquête, il s'agira d'un *observatoire* correspondant à la volonté de « développer un dispositif de suivi à long terme des salariés de l'entreprise »⁷ ; les résultats devront prendre la forme d'*indicateurs* devant être « une aide à la décision pour les décideurs en matière de formation ou d'affectation au poste »⁸. Puis le groupe se met d'accord sur les principes généraux de l'enquête : faire appel à des médecins volontaires ; demander à chaque

³ Desrosières A. (1993), p. 12.

⁴ Desrosières A., Thevenot L. (1988), p.5.

⁵ Le Département des Facteurs Humains (DFH) est sous la responsabilité du Délégué Général aux Ressources Humaines (DGRH) au sein de la Direction Générale. Ce département intègre le département ergonomie et la coordination des médecins du travail du Groupe.

⁶ Ces deux chercheurs, appartiennent à un Centre de Recherche traitant notamment de la problématique du vieillissement au travail. Ce Centre a mené au sein de cette entreprise plusieurs études statistiques et ergonomiques sur ce sujet.

⁷ Document : Compte-rendu - Réunion du Groupe de travail du 04/10/99

⁸ Document : Compte-rendu - Réunion du Groupe de travail du 04/10/99

médecin de remplir un questionnaire adressé aux salariés lors des visites médicales annuelles ; chaque année, publier des indicateurs facilement exploitables et analysables et conduire parallèlement une étude plus poussée sur un thème précis. En novembre 1999, ce même groupe choisit le nom de l'observatoire, EVREST - Evaluation des Relations et Evolutions en Santé au Travail - qui, à terme devra suivre l'ensemble de la population. Les données seront, dans un premier temps, exploitées par le Centre de recherche, puis des ressources internes à l'entreprise devront être trouvées pour assurer la prise en charge globale du dispositif. Au cours du dernier trimestre 1999, le groupe de travail élabore une première version du questionnaire dont les variables concernent le travail (poste, CSP, conditions de travail, risques professionnels, formation) et l'état de santé (modes de vie, symptômes cardio-respiratoires, neuro-psychiques, ostéo-articulaires et digestifs). Parallèlement le Responsable du Département des Facteurs Humains présente le projet au Délégué Général aux Ressources Humaines (DGRH) qui valide son contenu et ses objectifs. Le 14 Décembre 1999, le Responsable du Département des Facteurs Humains réunit tous les médecins du travail pour présenter le projet, faire appel aux médecins du travail volontaires pour participer au dispositif et prendre en compte leurs remarques concernant le questionnaire. L'année-test se déroule en 2000. Une dizaine de médecins volontaires remplissent un peu moins de 1000 questionnaires. Les résultats sont disponibles en 2001 et restitués aux médecins du travail en Octobre de cette année.

Parallèlement, et dès 2000, l'entreprise connaît une restructuration de grande ampleur marquée par le rapprochement d'entreprises européennes pour constituer un grand Groupe Aéronautique. L'organisation du siège est profondément transformée, les effectifs y sont massivement réduits. Dans ce contexte la Direction des Facteurs Humains disparaît sans trouver d'équivalence dans la nouvelle organisation, la fonction de médecin-coordonateur également, la fonction ergonomie s'organise désormais au sein de chaque filiale selon ses propres objectifs. Le DGRH quitte le Groupe et quelques mois plus tard, fin 2000, l'ancien Responsable du DFH, à l'initiative du développement d'EVREST, également. La construction d'EVREST ne s'arrête pas pour autant : au cours de cette même année, EVREST se constitue progressivement en projet dont la responsabilité est attribuée au médecin du groupe de travail qui, suite à la disparition du Département des Facteurs Humains, a pris la fonction de médecin du travail d'un établissement. Un accord entre la Direction de cet établissement et le Directeur des Ressources Humaines du Groupe permet à ce médecin de poursuivre le pilotage d'EVREST, et donc de maintenir une activité coordonnée au niveau du Groupe, à côté de sa fonction de médecin au sein de son établissement.

A l'issue de l'année-test, le groupe de travail décide de modifier certaines questions pour prendre en compte les commentaires des médecins. Malgré un nombre de questionnaires remplis qui n'atteint pas les objectifs fixés (le nombre de salariés devant à terme atteindre l'altitude du Mont Everest – 8840 mètres – soit un quart de la population), le Groupe de travail considère ce test comme une réussite : il semble possible de mobiliser les médecins du travail, les résultats satisfont les attentes des médecins volontaires, le questionnaire, même s'il est une charge de travail supplémentaire pour les médecins est aussi considéré comme un moyen d'améliorer qualitativement la visite médicale par les échanges qu'il suscite avec les salariés qui eux-mêmes semblent trouver un intérêt à ces échanges.

L'opération se poursuit : en 2002, près de 4000 questionnaires sont recueillis, en 2003, plus de 4000, en 2004, environ 3000, en 2005, près de 5000. Chaque année, les données sont exploitées et des thèmes spécifiques approfondis. Les médecins restituent les résultats au niveau de leur établissement auprès des Responsables de Ressources Humaines, au sein des Comité d'Hygiène, Sécurité, Conditions de Travail (CHSCT), et pour certains également au sein des Comités d'Entreprise (CE) et réunions de Direction et de Production. Le cercle des médecins volontaires varie légèrement : certains se sont retirés du dispositif en 2003, puis l'ont réintégré l'année suivante. Aujourd'hui, le dispositif accueille de nouveaux médecins.

Au cœur de cette histoire, figurent quelques protagonistes que nous suivrons dans leur participation à la naissance d'EVREST, au travers de leurs témoignages⁹, leurs discours officiels, les comptes-rendus de réunions auxquelles ils participèrent, leurs productions écrites : note diffusée dans l'entreprise, articles publiés. Les témoignages sont issus des entretiens que nous avons réalisés pour la présentation de ce mémoire, ils relatent cette histoire, sept ans après, telle que les protagonistes la racontent. Certains d'entre eux ne sont plus dans l'entreprise aujourd'hui. Les autres documents ont été produits au moment où *l'histoire se faisait*, nous préciserons pour chacun la date et le contexte de leur production. Rappelons ici les principaux protagonistes qui sont intervenus dans la création d'EVREST : Le Responsable du Département des Facteurs Humains (RDFH), Le Délégué Général aux Ressources Humaines (DGRH)¹⁰, le médecin du travail, coordinateur d'EVREST, les chercheurs associés au projet, les médecins du travail volontaires pour participer au dispositif.

⁹ Les témoignages ont été recueillis entre le 15 Mars et le 15 Juillet 2006.

¹⁰ Le Responsable du Département des Facteurs Humains et le Délégué Général aux Ressources Humaines ont quitté l'entreprise en 2000. Nous n'avons malheureusement pas pu rencontrer le DGRH dans le temps imparti pour réaliser ce mémoire.

Jusqu'à quelle date faut-il remonter pour revenir sur la genèse d'EVREST ? Quel évènement marque le début de l'histoire ? La création du groupe de travail : 1999 ? L'année expérimentale : 2000 ? Le lancement officiel : 2001 ? Dans son étude « post-mortem » d'un nouveau moyen de transport, Latour nous propose les interrogations du sociologue qui enquête sur la mort d'Aramis : « *Comment cadrer une enquête technique ? En suivant le cadre et les limites que dessinent les interviewés eux-mêmes* »¹¹ et il poursuit « *disons que notre sociologie préfère une histoire locale dont le cadre est défini par les acteurs et non par l'enquêteur* ». Concernant l'histoire d'EVREST que nous disent les interviewés ?

Médecin du travail, coordinateur d'EVREST : « Fondamentalement, je rapproche la création d'EVREST de tout ce qui s'est fait avant, c'est une continuité.

Q : Avant ? Depuis quand ?

Après un temps de réflexion : depuis 10 ans, environ, avec le département ergonomie, les formations de l'encadrement à l'ergonomie, la constitution d'un réseau de médecins et préventeurs, jusqu'au début d'EVREST. »

Un médecin du travail participant à EVREST depuis le début : « EVREST peut se faire aujourd'hui parce qu'il y a eu tout le boulot de F. (*le RDFH*) avec le Département Ergonomie, le fait qu'il ait travaillé avec nous, sur le terrain, avec des ergonomes. Je crois que ça n'a pas été facile pour il. Mais peut-être que ça a permis, quand on a commencé à travailler sur EVREST, que tout le monde soit prêt, et je ne parle pas que des Directions ou des RH, ça a été important aussi pour nous, les médecins. »

On retrouve également l'évocation du département ergonomie dans l'histoire d'EVREST dans le « discours officiel » présenté par le médecin-pilote d'EVREST¹² :

¹¹ Latour B. (1992), p.23.

¹² Extrait d'une communication au Congrès de Médecine du Travail, Juin 2006.

La genèse d'EVREST

Fin des années 80, dans l'entreprise :

- Création d'un département ergonomie
- Accompagnement des transformations technologiques

Années 90, évolutions de l'entreprise :

- Programme d'études « Age et Activité »
- Coopération avec un Centre de recherche

Début 2000, dans le Groupe, les changements continuent

- Comment suivre les évolutions du travail et de la santé ?
- Quel apport de la médecine du travail ?

Ainsi, si nous suivons la clôture que les interviewés proposent eux-mêmes : aucun ne remonte en-deçà de 1985 et tous rapprochent l'existence d'EVREST de la création du département ergonomie en 1985.

1.1. Le travail comme activité

L'histoire d'EVREST commencerait donc en 1985, lors de la création du département ergonomie 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. En arrivant à la direction générale en 1983, ce médecin-ergonome avait pour mission de développer l'approche ergonomique au sein du département sécurité. Deux ans plus tard, en 1985, il créa un département ergonomie rattaché, au sein de la direction générale, à la sécurité, et en fut responsable jusqu'en 1988, date à laquelle il prit la responsabilité du département des facteurs humains, nouvellement créé, jusqu'en 2001.

Une certaine ergonomie

Certes les deux initiatives – la création du département ergonomie et celle du dispositif EVREST - viennent de la même personne, mais y a-t-il une autre relation entre ces deux événements ? En quoi la création du Département Ergonomie est-elle liée à la naissance d'EVREST, 15 ans plus tard ?

Ancien responsable des facteurs humains : « De 1983 à 1988, à la DG, j'étais au service sécurité où on essayait de développer une approche ergonomique car dans ce service ils faisaient de l'ergonomie au sens ancien du terme, une ergonomie hygiéniste, et moi, là dedans j'ai essayé de développer une ergonomie un peu plus

systemique, un peu plus large. Je me suis beaucoup formée, j'ai participé à des séminaires. (*Evoque ses référents scientifiques : le CNAM, J. Leplat, P. Falzon, F. Hubault.*) Mais ça a été une période très difficile, très, très difficile. A l'époque par exemple, faire basculer le Responsable Sécurité ... (*soupire*). Et puis, il y avait des enjeux de territoire. Enfin, pendant toutes ces années, j'ai essayé au sein des établissements, en intégrant des projets, par des échanges avec la production, de diffuser cette nouvelle approche. Mais si on ne m'avait pas fait une proposition pour occuper un autre poste en 1988, vraiment, je crois que je serais partie parce que j'ai vraiment ramé. »

Cet extrait révèle quelques éléments du contexte de la création du département ergonomie, création à laquelle font référence les interviewés. Dans ce passage, il est question d'une distinction entre « une ergonomie hygiéniste » et une « ergonomie systémique ». « L'ergonomie au sens ancien du terme, une ergonomie hygiéniste » peut renvoyer à une approche construite autour des travaux et actions de médecins et hygiénistes qui ont cherché à décrire les conséquences du travail sur la santé, puis à comprendre les mécanismes et à en identifier les causes pour trouver les moyens de les prévenir. Ce courant est marqué jusqu'au XIX^e siècle par le fait que leurs prescriptions concernent non pas la suppression des causes au niveau du travail, mais les mesures de protection individuelle¹³. De l'autre côté, l'énoncé d'« une ergonomie plus systémique, plus large » est accompagné, dans les propos retranscrits ici, de l'évocation de références scientifiques. Parmi les chercheurs mentionnés figurent certains de ceux qui décidèrent, au début des années soixante, de créer la SELF¹⁴ pour promouvoir l'ergonomie dans les pays de langue française. La spécificité de l'ergonomie francophone, par rapport à l'ergonomie anglo-saxonne est celle d'être, en particulier, une ergonomie centrée sur l'analyse de l'activité étudiée en situation de travail.

Un chercheur ayant travaillé avec cette entreprise : « Il y avait dans cette entreprise depuis la fin des années 70, beaucoup de moyens en ergonomie, et de plus en plus jusqu'aux années 90. Mais pas n'importe quelle ergonomie : une ergonomie à la française, c'est-à-dire une ergonomie de l'activité, se préoccupant de la manière de travailler des gens et tenant très fortement les enjeux de santé, ce qui n'était pas le cas dans beaucoup d'entreprises et ce qui n'a jamais été tellement prédominant dans

¹³ Dans Laville A. (2004), pp. 37 - 50.

¹⁴ Société pour l'Ergonomie de Langue Française.

l'ergonomie si on regarde à quel point le marché de l'ergonomie fait beaucoup plus sa place à la conduite de process ou au fonctionnement cognitif. »

A travers la création du département ergonomie en 1985, il est également question d'une pratique ergonomique centrée sur la transformation des milieux de travail, explicitée dans un article publié, quelques années plus tard, par le médecin-ergonome à l'initiative de la création de ce département : *« L'action de l'ergonome, en transformant le travail, s'attaque aux causes du risque, c'est-à-dire se situe au niveau de la prévention primaire (supprimer ou réduire les facteurs de risques), et non de la prévention secondaire (repérer les atteintes à la santé et en établir les liens avec le travail) ou tertiaire (gérer les risques). L'ergonomie vise certes à améliorer l'efficacité du système de travail, mais loin de se cantonner à l'éviction du risque de pathologies, elle cherche à favoriser la santé vue comme un processus de développement. »*¹⁵

Cette ligne de partage entre deux types d'ergonomie présenterait ainsi deux dimensions : la manière dont on envisage le travail et ses relations avec la santé ainsi que les visées de l'action, orientée vers la transformation des situations. **Cette distinction est importante : elle façonne 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.**

Au cœur de l'approche proposée : le concept d'activité. Cette notion est fondée sur le constat d'une différence qui existe toujours entre le travail prescrit par le concepteur et ce que fait réellement l'opérateur, et renvoie à la distinction entre le travail réel et la tâche prescrite. Cette distinction est explicitée dans un article publié par ce même médecin-ergonome qui, rappelons-le, fut responsable du département ergonomie, puis du département des facteurs humains et le médecin-coordonateur qui a lancé EVREST : *« L'expérience de quelques années de coopération avec les ingénieurs et les concepteurs nous a appris qu'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés se situe au plan du modèle qui leur a été donné du fonctionnement de l'homme au travail, souvent mécaniste et réducteur. L'opérateur est toujours une personne saine, en bonne santé dont les capacités physiques, cognitives et psychiques sont invariables dans le temps. Le modèle repose sur une notion de stabilité humaine (...). Il nous semble donc essentiel d'apporter aux responsables des différents secteurs de l'entreprise des connaissances sur le fonctionnement de l'homme au travail dans les différents domaines, physiologique, psychosomatique, cognitif et*

¹⁵ Dans Falzon (2004), pp. 69 - 82.

*psychique ainsi que sur les transformations de l'homme avec l'âge. Il est toujours très fructueux de développer avec eux la notion d'unité psychosomatique, de globalité de l'être humain, et que le vieillissement n'est pas un état stable qui survient à un moment donné, mais un processus continu de transformation. »*¹⁶

Cet extrait permet de préciser le type d'interprétation de l'écart entre travail prescrit et travail réel, dont il est question ici. D'une part, l'attention portée à la diversité de la population concernée par les dispositifs techniques et organisationnels s'oppose à une approche taylorienne, qui se réfère explicitement ou implicitement à la notion d'« homme moyen ». Cette notion, en construisant des références homogènes, restreint les possibilités de débats sur l'hétérogénéité des situations et des individus, alors que c'est précisément sur elle que porte les débats dans une vision transformatrice des situations de travail.

Les opérateurs humains, comme le système technique n'ont pas la stabilité que postule l'organisation prescrite. A définition de poste égale, les opérateurs qui l'occupent n'ont pas tous nécessairement le même âge, le même sexe, la même expérience professionnelle, et leur état interne varie dans le temps. D'autre part, les dysfonctionnements, les pannes, les aléas viennent perturber le déroulement normal du travail prévu, et les variations quantitatives et qualitatives de la production ne s'accompagnent pas toutes de moyens spécifiques pour y faire face. Dans cette approche, l'activité de travail correspond aux régulations que mettent en œuvre les opérateurs pour gérer les variations du système technique, comme de leur état interne, afin d'assurer la production. Cette vision 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. Ensuite, on doit tenter de 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 vie.¹⁷

¹⁶ Dans Marquié J.-C., Paumès D., Volkoff S. (cord.), (1995), pp. 411- 427.

¹⁷ Gollac M., Volkoff S. (2000).

Une réflexion sur le vieillissement au travail

L'évocation dans cet article des « *transformations de l'homme avec l'âge* » fait référence aux réflexions menées au sein de cette entreprise, pendant plus de dix ans, sur le vieillissement au travail, réflexions portées par le département ergonomie d'abord, par la direction des facteurs humains, ensuite.

C'est en 1986 que les problèmes liés au vieillissement commencent à remonter au département ergonomie : c'est l'époque où s'opèrent de profondes transformations technologiques avec une spécialisation des établissements, et où interviennent les premières réductions d'effectifs d'importance avec des départs anticipés des salariés âgés de 56 ans, voire 55 ans. Ce thème, si répandu aujourd'hui, était alors relativement nouveau, notamment dans les entreprises.

La réflexion sur le vieillissement se poursuit tout au long des années 90. Elle intervient de plus en plus en amont des réflexions, dès les projets de conception, menés en association étroite avec les opérateurs et favorisant les échanges entre la production et les ressources humaines. La manière dont est conduite cette réflexion, introduit pratiquement dans les débats la notion de variabilité, défendant un autre point de vue sur l'homme au travail. Au cours du développement de ces projets, s'affrontent plusieurs représentations quant aux façons d'envisager les situations de travail. La première, centrée sur les aspects techniques, est davantage préoccupée par la performance des technologies, le chiffrage des besoins en investissements et la prévision des financements que par les caractéristiques des utilisateurs. La seconde, armée de référentiels de compétence et de plans de formation s'attache à l'élaboration de fiches de poste définissant des compétences requises à un moment donné, coupée des perspectives d'évolutions technologiques. La dernière s'attache à gérer « localement » au plus près des situations de travail les problèmes rencontrés quotidiennement, par toute une série d'actions ponctuelles. Une des conséquences de l'expression des problèmes liés au vieillissement et de sa prise en compte par le département ergonomie sera probablement de confronter, les unes aux autres, ces différentes manières d'aborder les situations de travail. L'approche ergonomique tente de matérialiser une combinaison entre différentes façons de penser le travail par le développement d'une méthodologie d'accompagnement des projets industriels. Les formalisations méthodologiques élaborées par ce département sur la prise en compte du facteur humain par les équipes techniques, en seront des expressions. Elles accompagnent aussi un positionnement de la démarche ergonomique dans le processus de conception des situations de travail : « *L'attitude de l'ergonome est orientée vers*

l'analyse de l'activité humaine dans les situations de travail. L'objectif est une meilleure compréhension du travail réel et une aide aux concepteurs pour intégrer les connaissances concernant l'homme au travail. »¹⁸

Outre la réponse à des problèmes concrets, l'investissement sur les questions liées à l'âge apparaît pour le département ergonomie comme la possibilité d'une prise en charge opérationnelle de la question de la variabilité interindividuelle en situation de travail (en l'occurrence, les formes de variabilité liées à l'âge), comme en témoignent ces propos écrits par le responsable du département, dans un article relatant quelques unes des expériences : *« Se préoccuper des populations vieillissantes est une voie pour faire pénétrer dans l'entreprise un point de vue sur l'activité de l'homme au travail et initier une démarche de changement. »¹⁹*.

On retrouvera dans EVREST le critère de l'âge et la construction longitudinale pour introduire une réflexion plus large sur les relations entre santé et travail.

C'est également au début de cette période, en 1988, que la direction générale se réorganise et que le DGRH, récemment arrivé, décide de la création d'un département des facteurs humains. Il propose au responsable du département ergonomie, la responsabilité de ce nouveau département qui inclurait l'ergonomie et la coordination des médecins du travail. Le responsable du département ergonomie voit dans cette proposition le résultat d'une démarche engagée depuis plusieurs années et le signe d'un nouveau positionnement pour le champ de la santé au travail. Ce qui l'amènera à nous dire : « on sortait enfin l'ergonomie de la sécurité et on la rapprochait explicitement des enjeux de santé au travail en m'accordant la coordination des médecins ».

Dans la même époque, un autre projet, structurant pour l'action en matière de conditions de travail, est développé : la formation de l'encadrement de production à l'ergonomie. Si aujourd'hui quelques grandes entreprises déclarent développer ce type d'actions, elles étaient, à l'époque, relativement exceptionnelles et novatrices. L'idée naît dès 1985, en même temps que la création du département ergonomie, mais prendra véritablement forme, dans les liens développés avec la problématique du vieillissement.

¹⁸ Dans Falzon P. (2004), pp. 69 - 82.

¹⁹ Dans Marquié J.-C., Paumès D. et Volkoff S. (cord.), (1995), pp. 411- 427.

Formations de l'encadrement à l'ergonomie, guides méthodologiques d'analyse de l'activité, accompagnements ergonomiques de projets industriels forment un ensemble d'intermédiaires au moyen desquels divers acteurs, au sein de l'entreprise, ont cherché à influencer sur les représentations des autres acteurs afin de déplacer leurs repères. On trouvera à ce sujet dans un bilan réalisé, par le responsable du département ergonomique, concernant l'accompagnement ergonomique d'un projet d'introduction d'une nouvelle technologie, les propos suivants : « les stéréotypes et les a priori, largement partagés dans l'entreprise, du style 'l'opérateur âgé ne peut ni apprendre ni s'adapter aux nouvelles situations' ont pu évoluer progressivement et laisser place à d'autres possibles. »²⁰

Dans cette même période, d'autres projets apparaissent, qui vont jouer un rôle important pour fournir des « catégories prêtes à l'emploi » quand naîtra, en 2000, EVREST. L'élaboration d'une grille de cotation des postes se présente dans l'entreprise comme le premier travail de mise en catégories d'aspects du travail. Cette grille constitua la trame des premières versions du questionnaire EVREST.

Ces débats et projets vont participer à l'élaboration d'un ensemble de repères sur l'homme au travail et les buts de l'action en santé au travail par rapport auquel les médecins du travail participant à EVREST se situeront, explicitement ou non, pour justifier leur intérêt pour le dispositif, puis leurs usages des indicateurs. Le lien posé par les interviewés entre la naissance d'EVREST et la création, 15 ans plus tôt, du département ergonomie révélerait ainsi l'une des significations que prend cet outil statistique. Par l'évocation de cette relation entre l'existence d'EVREST et la création d'un Département Ergonomie, c'est semble-t-il d'une certaine façon de voir l'homme au travail et l'action en santé au travail que se revendiquent les participants à EVREST. **L'usage d'EVREST apparaîtrait comme la possibilité de poursuivre - « c'est une continuité » - l'affirmation d'une représentation des enjeux de santé au travail.**

1. 2. Quantifier le travail et la santé

Ce mouvement de diffusion d'une certaine approche ergonomique va en rencontrer un autre : la capitalisation méthodologique liée à une longue pratique d'élaboration d'instruments statistiques sur les conditions de travail, sur la santé au travail et sur les questions liées à l'âge des opérateurs.

²⁰ Document interne, DFH / DGRH, daté de Mars 1997.

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 connaissances²¹ dont on peut retrouver la traduction dans les choix qui ont précédé la construction du questionnaire, et dans les différents usages d'EVREST.

La conception du questionnaire s'est déroulée en trois grandes étapes. Dans un premier temps, le groupe, constitué de trois personnes de l'entreprise, élabore « une fiche de recueil de données » soumis ensuite au groupe, élargi aux chercheurs, qui travaille à l'élaboration d'une première version d'un questionnaire. Dans un troisième temps, cette version est présentée aux médecins du travail volontaires pour intégrer le dispositif EVREST. La prise en compte de leurs remarques a débouché sur l'élaboration du questionnaire qui constitua la base du recueil des données de l'année expérimentale.

Dans la première phase, une première ébauche²², construite par les principaux porteurs du projet au sein de l'entreprise – le responsable du département des facteurs humains, un médecin du travail (qui deviendra le coordinateur d'EVREST) et un ergonome du département des facteurs humains - est proposée et discutée au sein du groupe de travail associant les chercheurs.

On y retrouve une approche assez large, tant dans le domaine du travail que dans celui de la santé. Figurent dans cette première ébauche, outre les éléments d'identification du salarié (âge, ancienneté et poste occupé), des éléments sur la formation, les conditions de travail, les risques professionnels, l'absentéisme, les accidents du travail.

Le domaine de la santé intègre une double investigation : la présence de pathologies et la recherche de symptômes, appelés successivement dans les différents documents de travail : « symptômes = infra-cliniques », puis « signes » et « troubles ». Cette orientation est importante

²¹ Nous retrouvons ces explicitations conceptuelles et méthodologiques dans de multiples productions scientifiques, nous nous référons à 4 d'entre elles :

- 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.

²² Document de travail daté de Juin 1999.

car elle renvoie à une acceptation élargie de la santé²³ qui aborde les troubles de santé plus largement que comme la seule expression révélatrice ou annonciatrice de pathologies. Les troubles de santé dits « infra pathologiques » - douleurs articulaires, fatigues, difficultés de sommeil, nervosité ... - ne relèvent pas (ou pas encore) d'une maladie clairement diagnostiquée, ils ne sont pas nécessairement « graves », mais ils perturbent l'existence quotidienne et la vie de travail, et s'avèrent difficiles à supporter à la longue. Dans cette conception, les « petits troubles », les douleurs, les mal-être, les inconforts, les déficiences légères, les difficultés perçues deviennent des objets d'analyse en soi. Ils s'inscrivent parmi les “traces de la vie” (Wisner, 1981), de la vie professionnelle notamment, et désignent des progrès possibles dans les situations de travail. Ils peuvent mener à un changement d'affectation et une augmentation du risque de perte d'emploi dans les années qui suivent (Saurel-Cubizolles & col., 2001). Ils sont responsables d'atteintes immédiates, ou de processus de fragilisation, et à l'inverse ils permettent de repérer des points d'appui pour renforcer des processus de construction de la santé. Cette approche renvoie à un autre parti pris structurant dans la manière d'aborder les questions de santé au travail : ce n'est pas dans la population au travail que l'on trouve la plupart des hommes et des femmes souffrant de pathologies graves, car celles-ci s'accompagnent souvent de sorties de l'emploi.

Recueillir des données par questionnaire

Cette fiche de recueil de différentes données dans le domaine de la santé et du travail prendra véritablement la forme d'un questionnaire à adresser aux salariés, dans un deuxième temps, suite au travail réalisé, au sein du groupe, avec les chercheurs. On peut voir, dans cette orientation méthodologique, la référence à un ensemble de travaux scientifiques sur l'approche quantitative du travail et de la santé. Ces réflexions s'inscrivent dans un débat, amorcé vers la fin des années 70, sur l'objectivation des conditions de travail. Elles ont, d'une part, dressé un bilan contrasté des apports et limites de divers modes d'évaluation des conditions de travail (cotation, barèmes...), et, d'autre part, montré l'intérêt, pour une démarche d'objectivation, d'une réhabilitation des questionnaires (Prunier-Poulmaire, Gadbois, 2005) et des points de vue des salariés eux-mêmes sur leur perception de leur travail et de ses effets sur leur organisme (Gollac, Volkoff, 2000). Ces travaux ont notamment révélé les capacités intégratrices de ce type de démarche, c'est-à-dire les possibilités qu'elles ouvrent d'appréhender les exigences du travail dans leur complexité (Gollac, 1994). Les réponses des salariés traduisent à la fois une combinaison de contraintes et l'espace disponible pour leurs propres stratégies de préservation. L'intégration des appréciations des

²³ Davezies P.(1999).

salariés dans les démarches de quantification des caractéristiques du travail et de la santé, renvoie également à la question des « mesures subjectives ». Il n'est pas toujours facile pour les opérateurs d'isoler dans leurs réponses un aspect particulier du travail (Duquette & col., 1997). Leurs réponses spontanées peuvent refléter une vision réductrice de leur activité et de leurs conditions de travail, si une élucidation approfondie n'est pas menée avec eux (Teiger, Laville, 1991). Par ailleurs le questionnaire est « adressé », et leurs réponses dépendent de la représentation qu'ils se font des attentes et objectifs du destinataire ou commanditaire (pouvoirs publics, employeurs, hiérarchie, syndicats,...). Ces réponses vont fluctuer selon l'humeur du jour et les événements récents. A plus long terme, elles sont influencées par des processus sociaux, qui déterminent la visibilité des conditions de travail dans un milieu donné (Gollac, 1997). Plus problématique, pour certaines analyses en santé au travail : les réponses sur un aspect du travail peuvent dépendre de l'état de santé ; par exemple le mal de dos renforce les appréciations négatives sur le maintien de postures difficiles, bien davantage que sur les efforts à produire (Duquette & col., 1997). Enfin les appréciations des salariés peuvent aussi refléter des ignorances, voire des stratégies de déni (Dejours, 1993).

L'approche quantitative en santé au travail dont il est question ici propose, selon les termes de Volkoff (2005), de prendre en compte l'ensemble de ces remarques « *non pas pour éradiquer la question de la subjectivité, mais pour l'intégrer dans une démarche qui tente d'embrasser l'ensemble des composantes de la situation de travail et de la santé, en repérant leurs relations pour enrichir et consolider les interprétations* »²⁴.

L'attention portée aux conditions effectives du travail dans le choix des variables

Plusieurs variables apparaissent dès les premières versions du questionnaire.

Le domaine de la formation est abordé dès la première version. Les études et projets menés dans l'entreprise sur le vieillissement ont fait une large place à cette question. Dans un document interne²⁵, le médecin à l'initiative d'EVREST appuie sur « *la nécessité d'entretenir les capacités d'acquisition de connaissances et d'apprentissage par un accès régulier et durable à la formation* », puis « *la formation des opérateurs est un des piliers du traitement des questions de vieillissement dans l'entreprise. Il s'agit avant tout de maintenir des capacités d'apprendre à apprendre. Longtemps la formation des opérateurs âgés a été considérée comme coûteuse et*

²⁴ Volkoff S. (2005), p. 30.

²⁵ Document interne DGRH, Novembre 1998.

inutile et ceci avec un certain consensus regroupant directions, encadrement et salariés, eux-mêmes. Par ailleurs le développement de connaissances en psychologie du travail concernant les conditions à réunir pour mettre en oeuvre la formation des personnes vieillissantes et pour leur permettre d'apprendre à leur façon, créent l'espoir que le mouvement puisse s'inverser ». Dans ce même document, l'auteur rappelle l'engagement de la Direction Industrielle concernant « *le recueil et la transmission des savoirs et savoir-faire des salariés expérimentés* », « *véritable enjeu de compétitivité* ». Une question sur l'existence de dispositif de tutorat complète l'investigation sur l'accès à la formation dès les premières versions du questionnaire.

Dans cette première ébauche, le champ des conditions de travail est composé d'une investigation sur les contraintes temporelles et la charge physique du poste de travail. Dans l'entreprise tout le monde s'accordait à considérer la période autour de la décennie 90 comme une période d'intensification amorcée et à poursuivre avec une accélération des rythmes des commandes, des temps de cycles, des cadences. Dans un article publié en 1996, le responsable du département des facteurs humains élargit le constat en évoquant les effets possibles de ces évolutions : « *une organisation du travail rigide comme des contraintes temporelles strictes ont toutes les chances d'entraîner des phénomènes de sélection et d'exclusion, notamment des salariés âgés* ». Dans un rapport d'études ergonomiques daté de 1995, les auteurs évoqueront : « *les nouvelles formes d'organisation, notamment en flux tendu, qui augmentent les contraintes temporelles difficiles à supporter par les plus âgés d'autant plus qu'elles s'ajoutent à d'autres contraintes* ». Il ne faisait aucun doute pour le groupe de travail qu'il fallait un volet explorant les contraintes de temps dans le questionnaire. Sur la charge physique, les catégories proposées sont celles de la grille de cotation des postes résultant des études menées sur le vieillissement.

Dans cette première phase, réalisée au sein du groupe de travail de Juin à Novembre 1999, la principale évolution du questionnaire concerne l'investigation sur la charge physique, et plus spécifiquement sur la manière dont elle est mesurée. Pour mener cette investigation, le médecin du travail et l'ergonome du département des facteurs humains proposent au groupe une « *fiche de saisie des conditions de travail* »²⁶ intégrée au recueil de données et à partir d'elle de définir une cotation globale du poste sur lequel le salarié est affecté. Cette fiche est la reprise de la grille de cotation des postes résultant des études menées sur le vieillissement.

²⁶ Document de travail, *Proposition d'une fiche de saisie conditions de travail*, Juin 1999. Ce document est présenté en Annexe 1.

Cette grille de cotation visait à évaluer les conditions de travail dans des situations réelles diverses, et à transcrire cette évaluation dans une cotation. Cette évaluation est fondée sur une double démarche : estimation des contraintes ou exigences de travail au terme d'une analyse ergonomique de l'activité ; et imputation de ces données à une évaluation. L'objectif affirmé est l'amélioration des conditions de travail (et non la sélection des salariés). Cette démarche vise à fournir des éléments aux ingénieurs, concepteurs, préventeurs, c'est-à-dire toutes personnes engagées dans la conception ou la transformation des situations de travail.

La discussion engagée au sein du groupe de travail autour de cette proposition est résumée dans des notes manuscrites de deux des participants à cet échange : « préférence pour une cotation de chacune des composantes que pour une seule cotation globale : permet mieux de repérer les répartitions différentes avec l'âge, et un suivi plus fin au fil du temps »²⁷ ; « préférence pour une cotation par type de risque ». Cette discussion ne porte pas sur les différentes catégories de la grille –même si elles évolueront par la suite pour couvrir le maximum de situations - ni sur leur reprise pour le questionnaire. Les participants ont été directement impliqués dans l'élaboration de cette grille ; ils connaissent les principes qui la fondent et le périmètre de son usage. Ce qui est discuté ici est l'usage d'une valeur globale d'évaluation de la pénibilité du poste. L'une des caractéristiques des démarches de cotation des postes est qu'elle repose sur un jugement d'expert, et dans le cas présent l'expert est un médecin du travail ou un ergonomiste. Dans ce contexte, le médecin, en tant qu'expert, fournit un indicateur synthétique de pénibilité. Le questionnaire EVREST se fonde lui sur le point de vue du salarié, sur sa perception de son travail et de ses effets sur son organisme. L'intérêt ici est de recueillir des appréciations concernant diverses composantes du travail. Il ressort, par leur croisement avec d'autres variables concernant le travail ou la santé, différentes relations, comme l'exprime un des membres du groupe : « mieux repérer les répartitions différentes avec l'âge ». Par ailleurs, chacune de ces perceptions renseigne sur la conscience qu'en ont les salariés : « *Les conditions de travail se traduisent par des sensations corporelles ou psychiques. Leur conscience et leur expression ne vont pas de soi. Au contraire, les individus ont tendance à « naturaliser » leurs conditions de travail, à ne pas les séparer du reste de l'expérience de leur travail.* », (Gollac, 1997). Le dispositif EVREST en convoquant, pour ce qui concerne le domaine du travail, non plus l'avis d'un expert mais le point de vue du salarié sur son travail, déplace le médecin de l'expert vers l'enquêteur. Le médecin reprend la figure de l'expert dans l'exercice du diagnostic médical visant à déceler la présence de pathologie chez le salarié ; et un rôle plus composite lorsqu'il renseigne l'existence de douleurs. Ces déplacements

²⁷ Document de travail, 04/10/99.

successifs entre différentes figures, dans l'espace d'une consultation, participeront d'une interrogation des médecins sur leur propre pratique dont on retrouvera trace dans la manière d'organiser les restitutions des résultats d'EVREST auprès des différents publics.

La première version du questionnaire, présentée aux médecins du travail, proposera une mesure facteur par facteur, avec un assouplissement des définitions issues de la grille pour pouvoir y intégrer des tâches plus diverses (la grille avait été faite pour un secteur de l'entreprise). La référence à la logique de cotation disparaîtra dans le questionnaire modifié suite à l'année expérimentale, les appréciations concernant la charge physique du poste de travail seront recueillies au moyen d'une question - « Avez-vous des difficultés particulières sur les plans suivants ? » - à laquelle le salarié pourra répondre pour chaque catégorie proposée : Oui, importantes / Oui, modérées / Non, Pas du tout.

Le groupe de travail finalise une première version du questionnaire et la présente en Décembre 1999 aux médecins du travail volontaires pour participer au dispositif. Dans cette deuxième phase du travail, la principale évolution concerne un élargissement de l'investigation dans le domaine des conditions de travail ; des questions appelant des appréciations générales du salarié sur son travail (enrichissant, varié, autonome, collectif) sont introduites. Suite à la présentation du questionnaire aux médecins du travail, le médecin, coordinateur d'EVREST réalise un bilan des commentaires de ses collègues sur le projet de questionnaire, il écrit²⁸ : « la remarque la plus fréquente est celle de l'absence dans le questionnaire de la question du stress » et cite les différentes remarques de ses collègues : « pas assez axé sur les problèmes de charge mentale », « repenser le questionnaire en rajoutant la charge mentale », « manque des questions pour traiter du stress ». Il ajoute à ce bilan les commentaires des médecins non volontaires pour participer au dispositif : « les raisons apportées par les médecins des établissements non participants sont : problème de charge de travail, questionnaire trop orienté pour les établissements de production, ne traite pas les problèmes de charge mentale ». Resituons ces préoccupations dans leur contexte. Cette entreprise, comme beaucoup d'autres, connaît de profondes transformations résumées par Veltz (2000) dans les termes suivants : « *Au contact de nouvelles situations industrielles et l'installation d'un chômage massif qui affecte l'équilibre du monde du travail, l'activité du travail change sollicitant davantage la vie subjective ; les dimensions subjectives de l'implication professionnelle acquièrent un poids décisif, même du point de vue de l'efficacité du travail* »²⁹.

²⁸ CR Réunion EVREST de Février 2000.

²⁹ Veltz P. (2000), p.42.

Au travers de leurs remarques, les médecins se font l'écho de ces transformations du travail au sein de l'entreprise. Ces changements sont évoqués également au sein des milieux scientifiques préoccupés par l'analyse du travail, qui, confrontés à ces changements, sont amenés à revisiter certaines notions. Clot (1996), en donnant une perspective historique à l'approche ergonomique, évoque « *des problèmes théoriques nouveaux, venus des situations ordinaires où se vit le travail humain* », faisant évoluer le concept d'activité pour « *rapatrier les questions du sens à l'intérieur de l'activité elle-même* ». Le groupe de travail intègre ces remarques en ajoutant au questionnaire des appréciations générales sur le travail (enrichissant, varié, autonome, collectif). Les questions sont inspirées d'autres enquêtes³⁰, des questions ayant été testées et permettant « d'utiliser des variables communes à d'autres études pour pouvoir comparer les résultats »³¹. Les médecins réitéreront des remarques allant dans le même sens lors de la restitution des résultats de l'année-test. Ces expressions aboutiront à l'ajout de deux autres questions autour du « sens au travail » : les questions de la reconnaissance et des moyens disponibles pour faire un travail de bonne qualité. La dernière étape conduisant au questionnaire EVREST utilisé depuis 2001 est marquée par un second élargissement à la question du sens et aux établissements à population non production.

Ce processus de construction des variables révèle une démarche particulièrement attentive aux conditions effectives de la réalisation du travail. Divers travaux, dont ceux menés par les chercheurs associés à EVREST, ont montré la capacité de ce type d'approche, à assurer une pertinence au questionnement et à éviter les contresens. Ce processus révèle également 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 scientifique³². Cette modalité de coopération entre les chercheurs et les médecins a probablement aussi un impact sur l'implication des médecins dans le dispositif.

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

³⁰ Et notamment, une enquête menée à l'ANPE, voir Molinié A.-F., Volkoff S. (2000), « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique menée à l'Agence Nationale Pour l'Emploi », Pistes, Vol.2 n° 1, et l'enquête ESTEV (Santé, travail et vieillissement), réalisée en France par plusieurs centaines de médecins du travail en 1990 et 1995, voir « Vieillesse et travail : cadre général de l'enquête ESTEV », Chapitre 1, dans Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S.(s/d), (1996), *Age, Travail, Santé, études sur les salariés de 37 à 52 ans*, Paris, Editions de l'INSERM.

³¹ Compte rendu, Réunion de travail datée du 12/1999

³² Merllié D. (1999), p.127.

dans les premières versions du questionnaire d'EVREST, puis dans ses évolutions successives. Elles informent également sur les représentations qui ont façonné les catégories d'EVREST et sur les modalités de leurs usages. 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.

Partie I. 2. La production de données collectives en santé au travail

Nous avons montré que l'on pouvait mettre en évidence dans le choix des catégories d'EVREST un type de découpage principal lié à un mode de représentation de l'homme au travail. Le dispositif EVREST s'inscrit également dans un contexte spécifique que nous aborderons dans ce chapitre 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. Selon Dodier³³, ce passage de l'individuel au collectif dans la pratique des médecins du travail n'est pas neutre : il implique la mobilisation de repères spécifiques. Dans le cas qui nous intéresse ici, certains de ces repères se sont construits au travers de différentes expériences menées dans l'entreprise, et que nous caractériserons dans la première partie de ce chapitre (2.1.). D'autre part, l'existence d'EVREST a été subordonnée à son acceptation par toute une série d'individus, de groupes sociaux, aux intérêts multiples. Certains ont soutenu le projet, d'autres n'ont pas empêché son développement. Nous reviendrons, dans un deuxième temps, sur les différentes formes d'acceptation du projet (2.2.).

2.1. Constitution d'un groupe professionnel

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 population au travail.

Les médecins du travail sont au cœur du dispositif EVREST. Avant de caractériser quels types de repères les médecins mobilisent lorsqu'ils passent des individus au collectif, nous apportons quelques précisions sur leur fonction.

Fonctions du médecin du travail

Le rôle général du médecin du travail est défini par la loi de 1946 : « Les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de 'médecins du travail' et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et

³³ Dodier N. (1993).

l'état de santé des travailleurs ». Ce rôle s'exerce au travers de l'expertise dans deux grands domaines : l'aptitude médicale des salariés à leur poste ; les nuisances et les risques encourus par les salariés sur leurs lieux de travail. Détaillons un peu. Lors des visites médicales régulières, outre la vérification de l'absence d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs, le médecin du travail doit déterminer ou vérifier l'aptitude du travailleur pour le poste auquel il est affecté. Ce médecin ne soigne pas, n'a pas le droit de prescrire, mais rend des avis dans les entreprises. Il prononce, à l'issue de ces visites, un avis d'aptitude. En fonction des caractéristiques de l'activité de travail, de l'état de santé du salarié, il peut conclure à des restrictions d'aptitude, proposer des aménagements du poste de travail, ou prononcer une inaptitude. Ces avis, réglementaires, peuvent être à l'origine d'une interruption du processus de recrutement, ou d'une rupture du contrat de travail en cas d'inaptitude. Le médecin du travail est tenu au secret professionnel et les raisons médicales des contre-indications ne doivent pas être mentionnées sur ces avis.

Le médecin du travail a par ailleurs une mission de surveillance de l'état de santé des salariés. Il peut être amené dans le cadre de ces visites à dépister des états pathologiques et orienter, en tant que de besoin, le salarié vers son médecin traitant.

Le médecin du travail a enfin une mission d'action sur le milieu de travail : amélioration des conditions de travail, adaptation des postes à la physiologie humaine, protection des salariés contre les nuisances. Pour accomplir l'ensemble de ces missions, il peut visiter les lieux de travail, entreprendre des études de postes, faire des prélèvements, mettre en œuvre des enquêtes épidémiologiques, ou participer à d'autres recherches.

On distingue deux formes d'organisation des services médicaux : les services « autonomes », intégrés dans l'entreprise qui rémunère directement le ou les médecins ; les services « interentreprises », associations auxquelles les employeurs doivent adhérer lorsqu'ils n'ont pas de service autonome, leurs cotisations servant à payer le personnel de l'association, dont les médecins qui partagent leur temps entre plusieurs entreprises. Les entreprises du Groupe dans lequel s'est développé EVREST sont, en majorité, des entreprises de grande taille pourvues de services autonomes. La plupart des médecins participant à EVREST sont intégrés à des services autonomes et salariés de l'entreprise depuis plusieurs années (les anciennetés sont comprises entre 10 et 30 ans). L'indépendance du médecin du travail est consolidée par deux types de mesures : sa présence dans l'entreprise est une obligation légale ; il ne peut être nommé ou licencié qu'avec l'accord d'instances paritaires dans lesquelles siègent les représentants du personnel. En outre, rappelons qu'avant la loi de 1946, les médecins ne faisaient pas partie du dispositif réglementaire de prévention des risques professionnels. La loi de 1946, en mentionnant l'action en matière de conditions de travail, apporte de nouveaux objets d'investigations aux médecins du travail et rend

possible l'intervention directe des médecins dans les ateliers, sur les machines, sur les postes, sur les règles d'hygiène et de sécurité. Elle ouvre la voie à une intégration progressive de disciplines connexes : ergonomie, épidémiologie, toxicologie.

Ceci posé, examinons, la manière dont les médecins ont opéré le passage de l'individu au collectif à partir de deux exemples antérieurs à EVREST : la création d'une « cellule toxicologie » au sein de la direction des facteurs humains en 1991 et la réalisation d'une étude sur les troubles ostéo-articulaires en 1994.

Deux approches « collectives » en santé au travail dans l'entreprise

Au début des années quatre vingt dix, le responsable du département des facteurs humains décide de la création d'une cellule de toxicologie, en association étroite avec un pôle scientifique. En 1991, cette cellule est mise en place, elle a existé jusqu'à la disparition du département des facteurs humains. Voici les termes dans lesquels l'initiative est justifiée :

Ancien responsable des facteurs humains : « Quand j'ai pris la responsabilité du département facteurs humains, j'ai tout de suite structuré l'activité médicale et ensuite la partie ergonomie. Concernant la partie médicale, je connaissais, et le terrain, aussi, donc je savais de quoi le médecin du travail avait besoin de la part d'une direction générale. Donc, j'ai assez rapidement fait des propositions aux collègues médecins par rapport à ce qui m'avait manqué dans mon expérience passée. J'ai mis en place des partenariats avec la recherche, et notamment avec un service toxicologie, et puis, après j'ai pu embaucher un jeune toxicologue au sein de l'équipe et constituer une « cellule toxicologie ». On a beaucoup travaillé sur les problèmes de fibres car dans l'aéronautique avec les nouveaux matériaux, on ne savait pas grand chose. Et, par ailleurs, j'avais une obsession : je ne voulais pas qu'il y ait un deuxième scandale de l'amiante, c'était quelque chose qui me tenait vraiment à cœur, je ne voulais pas de pépin. D'ailleurs ça m'a apporté une certaine rigueur : ne pas apporter d'éléments scientifiques qui n'étaient pas validés, et c'est ce qui m'a fait reconnaître au sein de la direction industrielle. J'étais venu faire un exposé au directeur industriel qui ne savait rien du tout sur les fibres et ma démarche m'a permis d'être entendue. Et puis on a fait d'autres grosses études dans cet esprit là, on avait des moyens à l'époque. »

La démarche du médecin-coordonateur consiste ici à rechercher dans la littérature scientifique des éléments qui semblent se référer à des faits observés localement. Le médecin formule l'incertitude sur les effets possibles de la présence de nouveaux matériaux sur la santé des salariés en contact avec ceux-ci. Puis il opère une connexion entre ses observations locales et les connaissances scientifiques relatives aux risques toxicologiques. Cette démarche nécessite un premier niveau de traduction : un fait scientifique (l'exposition aux fibres) se réfère aux mêmes entités de l'entreprise (l'usage de nouveaux matériaux). Puis, la mise en place d'un dispositif de connexion entre le monde scientifique et l'entreprise par la création de la Cellule Toxicologie constitue un *problème théorique* dans l'entreprise : les effets de l'usage de nouveaux matériaux sur la santé des salariés. L'allusion aux échanges avec la Direction Industrielle évoque une deuxième dimension de la démarche du médecin. Pour « ne pas avoir de pépin » et « éviter un second scandale de l'amiante », l'action du médecin se déploie sous la forme d'une stratégie. Pour « être entendu » auprès de la Direction Industrielle, il invente tous les maillons d'une chaîne qui permettent d'articuler des faits scientifiques aux repères de l'entreprise afin de montrer que la réalité locale est concernée par le *problème théorique*. « Dans cet esprit là », le partenariat avec le monde scientifique participe de la construction au-delà de l'entreprise d'un réseau d'alliés qui permettront d'apporter les pièces qui feront foi devant certaines audiences. L'ensemble de la démarche aboutit à l'identification de nouveaux facteurs de risques dans l'entreprise.

Deuxième exemple : comment les médecins d'un établissement en sont-ils venus à monter une enquête sur les troubles ostéo-articulaires ?

Médecin du travail, impliqué dans l'enquête sur les troubles ostéo-articulaires : « La première enquête vraiment importante dans l'entreprise sur santé - travail, c'était au milieu des années 90. On a alerté nos collègues médecins et à l'époque le médecin-coordonateur parce qu'on voyait dans nos cabinets de plus en plus d'opérateurs qui se plaignaient de douleurs aux épaules et aux coudes. Mais, c'était assez nouveau. Il y en a eu un, puis un autre, et progressivement de plus en plus. Et puis c'était toujours un peu les mêmes secteurs. On a regardé de plus près les postes que ces salariés occupaient. Et puis en discutant avec les collègues médecins des autres établissements, ils retrouvaient des choses similaires. »

Ici le médecin constate un problème collectif. Il quitte une préoccupation individuelle, observe des répétitions puis recherche des ressemblances : il étudie les points communs dans les diverses plaintes qui s'expriment au fil des jours dans son cabinet, et relie un cas à d'autres cas. En reprenant la formule de Dodier, nous pouvons dire que « *le médecin déclenche ainsi un procédé d'agrégation de cas en population* »³⁴.

Plusieurs médecins de cette entreprise nous ont témoigné pratiquer le même type de démarches, même si celles-ci restent moins formelles. Ces démarches sont mobilisées pour l'élaboration de bilans sur l'état de santé de la population, intégrés dans leur rapport annuel, ou dans des échanges au cours de réunions plus informelles. Ces bilans sont constitués à partir de rapprochements de cas qui font ressortir des thèmes émergents. Le médecin part des expressions des salariés formulées lors des visites, dans un cadre non directif ; par l'écoute, il accède aux réalités vécues. Puis, il observe les similitudes des plaintes ou des difficultés de salariés travaillant dans le même atelier, sur la même machine... Enfin, le médecin en dégage des thèmes : « fatigue », « douleurs », « pénibilité », « stress » ... Son objectif est alors d'organiser un diagnostic de l'état de santé de la population en combinant ce type d'approche avec d'autres données (nombre de maladies professionnelles, nombre d'actes, nombre d'aménagements de postes ...).

Une fois le problème collectif soulevé à partir de cas répétés, le médecin soumet ces interrogations aux débats des instances paritaires : le plus souvent les CHSCT. Dans le cas de la répétition de troubles ostéo-articulaires en lien avec la réalisation de certaines activités, les inquiétudes des médecins rencontrèrent des résultats ergonomiques sur les contraintes de cette même activité. Ce rapprochement déboucha sur l'enquête concernant l'état articulaire des opérateurs. Le principe de cette enquête fut validé par le CHSCT. Elle reposa sur un recueil systématique, auprès de 680 opérateurs, des douleurs articulaires dont l'exploitation se combinait avec des données ergonomiques. Les médecins y trouvèrent le moyen « d'objectiver un ressenti ». Ces travaux ouvriront, entre autres, sur l'élaboration d'une grille d'évaluation de la pénibilité des postes dont les différentes catégories seront reprises pour EVREST. L'extension de son action par la réalisation d'une étude, puis par la démarche de cotation, est pour le médecin le signe qu'il « a été entendu ». Les médecins évoquent la rareté de ce type de « succès », et l'un d'entre eux nous dira pour justifier son intérêt pour EVREST : « On en avait marre de pas être écouté, voire d'être parfois un peu moqué quand on disait 'ils sont beaucoup stressés' ou 'ils sont de plus en plus

³⁴ Dodier N. (1993), p. 266.

fatigués’. Pour eux (*les directions*) ça voulait dire ‘le dernier salarié que vous avez en visite médicale était plus fatigué par rapport à la visite d’avant’ ! En même temps nous n’étions pas toujours crédibles parce qu’on ne pouvait pas vraiment dire combien de personnes ça concernait ».

Ces approches jouent un rôle important dans la manière de prendre en compte les plaintes individuelles car elles conduisent le médecin à séparer les problèmes des individus : « *pour dire que le problème individuel n’est pas un problème « de l’individu », le médecin observe une répétition de cas, et impute le problème à ce qui lie les cas (les caractéristiques du poste, de l’organisation du travail). Le problème devient ainsi collectif, au sens où l’action porte sur des objets, des conventions de travail et vise la santé d’une population.* »³⁵

Dans le cas de l’étude sur les troubles ostéo-articulaires, le repérage des répétitions a conduit ces médecins à rechercher au-delà de leur établissement, pour trouver des cas semblables chez des collègues. En parlant de leurs cas respectifs, et à partir de repères communs (des organisations, des activités, des postes identiques), ils s’aperçoivent de la similitude des problématiques. Les confrontations entre collègues ont permis de valider le procédé d’agrégation par l’existence « suffisante » de cas semblables. Par la mobilisation de plusieurs médecins d’autres établissements de la même entreprise autour d’une même problématique, **ce type d’approche entraîne progressivement la formation d’un groupe professionnel que l’on retrouvera autour d’EVREST.**

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

³⁵ Dodier N. (1993), p. 224.

indicateurs EVREST, dans la manière dont ils les défendent et les font circuler. Nous reviendrons sur cet aspect dans une analyse détaillée des usages des indicateurs EVREST par les médecins (Partie III).

2.2. Pluralités des formes d'acceptation du dispositif EVREST

Nous avons précédemment abordé les débats qui ont entouré l'élaboration d'EVREST ; il nous reste maintenant, pour aborder les contours de sa genèse à revenir sur quelques éléments liés au contexte de son adoption dans l'entreprise. Car, l'existence d'EVREST est 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 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 ?

Le projet, dès le stade de « l'idée », a été présenté par le Responsable du Département des Facteurs Humains, au début de l'année 1999, à son responsable hiérarchique, le Délégué Général au Ressources Humaines, idée que ce dernier a « tout de suite validée » selon le RDFH. Puis, « je l'ai tenu informé progressivement de nos réflexions, des choix que nous prenions. Et puis, un jour je lui ai simplement dit que EVREST commençait ». De ce point de vue, loin des processus chaotiques de validation que peuvent connaître certains projets, en voilà un qui, semble-t-il n'a pas fait débat. Pourquoi ? Selon le même point de vue, « ça rentrait complètement dans les missions que C. (*le DGRH*) m'avait confiées quand il m'a proposé la responsabilité du département des facteurs humains (*en 1988*) ». Mais il a fallu ensuite que les responsables des établissements, leurs responsables des ressources humaines et les représentants des salariés aux CHSCT acceptent que leurs médecins passent du temps sur ce dispositif et que des données soient exploitées. Il a fallu enfin que les salariés, eux-mêmes, répondent au questionnaire adressé par leur médecin du travail au cours de la visite médicale annuelle.

Nous disposons sur cette période, outre le point de vue de l'initiateur du projet, tout au plus de quelques notes produites par le DGRH au cours des années 90, de publications diverses du département des facteurs humains et de points de vue de chercheurs ayant mené des études ergonomiques au cours de ces années. Ainsi, il nous est difficile, à partir de cette matière, de rétablir les points de vue et les projets des uns et des autres. Nous tenterons donc modestement de mener quelques interrogations en évitant « *les pièges des explications rétrospectives* » et « *les récits qui invoquent après coup, une fois le projet adopté, toutes les conditions qui ont permis cette adoption* » pour « *construire une histoire qui se tienne* »³⁶.

Un environnement favorable

Nous dirons pour commencer que pour être adopté, EVREST a bénéficié d'un environnement favorable. Certes, ce n'est peut être pas un hasard si ce dispositif est né dans une entreprise où « on fait des choses sur l'amélioration des conditions de travail depuis les années 80 ». On peut alors voir dans les parcours des deux premiers protagonistes de l'histoire un révélateur de cette politique qui intègre la question des conditions de travail. Ce médecin-ergonome entré dans l'entreprise dans les années 80, à l'initiative de la création d'un département ergonomie, à la tête duquel il développa, « pour une meilleure prise en compte du travail », des méthodes, des formations pour les concepteurs, les ingénieurs, favorisant le rapprochement avec la recherche, avec les acteurs de production fut choisi pour être médecin-coordonateur, responsable du département des facteurs humains pour « bien connaître le terrain, être proche des médecins et s'entendre avec le monde de la technique ». Ce délégué général aux ressources humaines, dont on dit qu'il était « un vrai n°2 », a pris la décision de créer un département des facteurs humains, rattaché à la Direction Générale, décision qui « sépare l'ergonomie de la sécurité et rapproche le travail (*à travers l'ergonomie*) et la santé (*à travers les médecins du travail*) » et choisit, tout justement, d'en octroyer la responsabilité à ce médecin-ergonome. On peut y voir l'affirmation d'une volonté d'appréhender les liens entre santé et travail, liaison qui trouverait son expression dans la création de ce département par le DGRH. Ces deux itinéraires sont très probablement révélateurs des qualités propres à ces deux personnes, de leurs engagements, de leurs propres capacités de conviction, de manœuvre, mais peuvent être aussi des indicateurs d'un écho dans l'entreprise, à ce moment là, sur les questions de conditions de travail. Ce DGRH fut lui-même choisi par un « n°1 » qui a décidé de positionner à cette place là, à un certain moment, quelqu'un

³⁶ Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), « A quoi tient le succès des innovations », Annales des Mines, Juin 1988, pp. 4 – 20.

qui portait une certaine réflexion sur les conditions de travail. Cet acte peut être significatif de la présence d'une Direction Générale qui, à cette époque, considérait que c'était dans l'intérêt de l'entreprise d'investir fortement dans les conditions de travail. Les budgets élevés consacrés à ce thème iraient également dans le sens de ces constats : programmes de recherches, études ergonomiques, embauches d'ergonomes ... 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 salaires³⁷ ?

Une fois le projet EVREST accepté et validé par le délégué général aux ressources humaines il se charge d'en informer les RRH des établissements du groupe en précisant que les médecins de leur établissement pourraient y participer. Il informe aussi les partenaires sociaux.

Le contexte d'adoption d'EVREST est aussi celui de changements majeurs dans l'entreprise dont les implications sont perfectibles dans les transformations mêmes du travail. S'il peut y avoir de fortes divergences quant à la nature profonde de ces transformations, se construit au cours des années 90 un relatif accord sur la description des changements qui ont traversé l'organisation du travail depuis deux décennies, d'une part en raison de l'exacerbation de la concurrence qui a modifié les conditions de production et, d'autre part en raison de l'irruption des technologies de l'information et de la communication dans tous les segments de la production et de la circulation des marchandises. 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 l'entreprise tout le monde s'accordait à considérer cette période des années 90, fin des années 80, 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'entreprise³⁸ 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. Forte de ces constats, la direction des ressources humaines, craignant de ne pas savoir qualifier ni anticiper ce qui est en train de se

³⁷ Plusieurs témoignages évoquent une histoire syndicale pour le moins chaotique.

³⁸ Plus précisément, d'après les documents en notre possession : au sein de la DGRH et de manière assez dispersée au sein des établissements.

jouer ou de se préparer, s'est-elle fixé l'objectif (ou lui a-t-on fixé l'objectif) d'apporter un diagnostic et des solutions à ce malaise ? Mais disposait-elle des outils pour le faire ?

Les interviewés évoquent la profusion, au cours des années 90 dans l'entreprise, des boîtes à outils faites de solutions formation, carrière, incitation salariale, critères et modes de recrutement, évaluation, toutes appelant à la « motivation ». Dans la plupart des entreprises, les directeurs ou responsables des ressources humaines ont contribué à diffuser nombre des changements du travail contemporain, dont ceux qui devraient ou auraient dû rendre le travail plus agréable, mieux reconnu, mieux valorisé : le management participatif, la gestion des compétences, les dispositifs de carrière, etc. Dans le même temps, la double facette du métier de manager se fait de plus en plus prégnante au sein des grandes entreprises : d'un côté, fabriquer de la communication interne et externe attestant de la croyance de l'entreprise dans la contribution décisive des hommes à la création de valeur et bâtir les outils de gestion destinés à concrétiser cette idée ; de l'autre, passer un temps croissant à chiffrer des sureffectifs et à échafauder leurs plans de réduction (Beaujolin, 2000), c'est-à-dire : tenter d'objectiver par le calcul la conviction que les performances peuvent être redressées par cette solution claire et lisible, pour les investisseurs financiers, qu'est la rationalisation de l'emploi ; mettre en place tout le dispositif qui va désigner les personnes dont on va se défaire, participer à la réorganisation, aux redéploiements d'effectifs, etc. Si, dans le champ des ressources humaines, les outils construits (gestion des parcours, formation...) visent à faire quelque chose simultanément pour les individus et pour l'entreprise – et ainsi à rendre acceptable une position de plus en plus intenable – certains responsables des ressources humaines peuvent reconnaître qu'ils n'arment guère au diagnostic. L'idée d'un dispositif de suivi des relations santé et travail, sur un registre assez large de la santé, peut alors correspondre à cet outil manquant pour la compréhension de la situation. Les responsables des ressources humaines attendront 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 ».

L'expression d'un accord

Il a fallu aussi convaincre les médecins du travail de participer au dispositif. Pourquoi fallait-il les convaincre ? La première raison est liée à la charge de travail qu'induit la participation à ce type d'opération, raison d'autant plus importante que l'engagement et la mobilisation étaient, à priori, durables puisque EVREST devait se prolonger aussi longtemps que les participants et l'entreprise le décident et, par ailleurs, être répété chaque année. Deuxième raison : le dispositif repose sur un questionnaire relativement « léger ». En effet, pour des médecins intéressés par des démarches de

type scientifique, attentifs aux communications de congrès ou aux résultats épidémiologistes, et qui connaissent bien toute la complexité des enjeux de santé au travail, le questionnaire EVREST peut apparaître trop « superficiel ». Il fallait donc, d'une part que les médecins puissent s'exprimer lorsqu'ils considéraient les questions comme trop sommaires et, d'autre part qu'ils admettent l'idée de pouvoir travailler avec un tel instrument. Face à ces motifs, les arguments développés par l'équipe à l'initiative de la création d'EVREST sont liés à la capacité de ce dispositif à pouvoir aborder puis mettre en relation beaucoup d'aspects du travail et de la santé et développer une sorte de veille sur ces divers aspects. Autre argument : les possibilités de rechercher, avec les médecins participants, des formulations de questions adaptées aux spécificités des contextes locaux. 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 comme l'opportunité de renouveler leur mission et leur légitimité dans l'entreprise. Enfin, l'accumulation des travaux réalisés dans l'entreprise tout au long des années 90 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, recherchant un accord au sein de leurs établissements, pour s'engager dans le dispositif, ont présenté le projet aux responsables des ressources humaines, puis aux CHSCT. Dans cette entreprise, la médecine du travail est rattachée hiérarchiquement au responsable des ressources humaines au même niveau que les trois autres axes de la direction des ressources humaines : le développement (carrière, développement des compétences, ...), l'administration et la gestion du personnel, la formation. L'hygiène, la sécurité et l'environnement relèvent d'une autre direction elle-même divisée en plusieurs axes. A ce schéma s'ajoute une organisation matricielle dans laquelle il existe un « pôle hygiène, sécurité, santé et environnement » auquel sont rattachés fonctionnellement les médecins, les préventeurs, les techniciens sécurité, les ergonomes ...

Le point de départ de l'argumentation des médecins 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 deuxième point d'accord sur lequel repose l'argumentation est relatif au caractère multiple et complexe des effets de ces évolutions sur le vécu et la santé des salariés. 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. Nous retrouverons cette argumentation dans les notes de présentation du projet ou dans les séances de restitution des résultats.

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. Ce projet constitue néanmoins un « *bon échangeur de buts* », « *une bonne agence de traduction* »³⁹. Cette perspective ne minimise pas pour autant l'affrontement entre différents groupes sociaux, entre différents univers présents dans l'entreprise qu'engage l'existence d'un tel dispositif. Nous l'aborderons en tentant de mettre en évidence les logiques des acteurs dans les différents usages des chiffres ainsi construits, logiques dont nous chercherons la détermination.

³⁹ Latour (1992), p. 43.

Partie II. Description du dispositif EVREST

EVREST, rappelons-le, est « *un observatoire pluriannuel qui vise à recueillir et à suivre sur plusieurs années un ensemble de données sur le travail et la santé des salariés* »⁴⁰. Les concepteurs d'EVREST ambitionnent, grâce au suivi annuel d'indicateurs, « *une meilleure prise en compte des relations entre la santé et les caractéristiques du travail* » ; les usages de ces données devant « *orienter les décisions en matière de gestion des ressources humaines, de formation, d'affectation au poste, de conception et d'amélioration des situations de travail* ». Le dispositif est basé sur le volontariat des médecins du travail qui recueillent les informations à l'aide d'un questionnaire adressé aux salariés lors des visites médicales. Une dizaine d'établissements de différentes filiales participent actuellement à l'observatoire avec le recueil de 3899 questionnaires en 2002, plus de 4000 en 2003, 2800 en 2004 et près de 5000 en 2005.

Afin de présenter différents résultats accumulés au moyen de cet instrument, nous reprendrons un ensemble de résultats, choisis, le plus souvent, parce qu'ils nous ont été évoqués par les interviewés. Ces résultats seront exposés tels qu'ils ont été présentés dans les établissements, par les médecins ou les chercheurs associés au projet. Nous ferons référence aux rapports, documents de synthèse, supports de présentation réalisés par les médecins ou les chercheurs, en mentionnant pour chacun d'entre eux, le public et le lieu de présentation. L'intégralité de ces documents est présentée en annexe (Annexes 2, 3, 4 et 5). Nous poursuivons pour cette partie un double objectif : d'une part, rendre compte des caractéristiques des indicateurs que produit EVREST, d'autre part, introduire la réflexion de notre troisième partie concernant les usages de ces informations chiffrées au sein de l'entreprise. Dans cette dernière perspective, nous présenterons les résultats de manière à montrer que ces données résultent d'une sélection, d'un travail spécifique et qu'elles sont donc des « *construits* »⁴¹ relevant d'un processus que nous aborderons plus en détail dans la dernière partie de ce mémoire.

⁴⁰ Fiche de présentation d'EVREST. Document interne.

⁴¹ Curie J. (1995)

Partie II. 1. Structure du questionnaire EVREST

Outre les variables d'identification de l'établissement, du médecin et du salarié interrogé, le questionnaire explore quatre grands thèmes : les conditions de travail (horaires, contraintes de temps, appréciations sur le travail, charge physique, nuisances chimiques) ; la formation et le tutorat ; le mode de vie (sport, tabac, café, alcool) ; et enfin l'état de santé limité à quelques questions simples sur quatre appareils (cardio-respiratoire, neuropsychique, digestif et ostéo-articulaire). Il est remis lors des visites médicales systématiques à tout ou partie (échantillon tiré au sort) des salariés. Les trois premiers volets du questionnaire (conditions de travail, formation, mode de vie) sont remplis directement par le salarié. Le médecin reprend le questionnaire lors de la consultation et complète la partie « état de santé ».

QUESTIONNAIRE EVREST

Date Médecin N°Salaire Date naissance **CONDITIONS DE TRAVAIL****I - Depuis la dernière visite avez-vous changé de travail ?**Oui ☐ Non ☐

Si oui pour raisons médicales :

Oui ☐ Non ☐**II - Quels sont actuellement vos horaires de travail ?**

Temps plein

Oui ☐ Non ☐Normaux ☐2 * 8 ☐3 * 8 ☐VSD ☐Autre **III - Contraintes de temps**

• En raison de la charge de travail, vous arrive-t'il de :

Dépasser vos horaires normaux

Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause

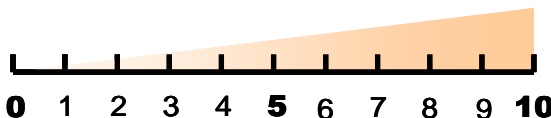
Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

Très
souventAssez
souvent

Rarement

Jamais

• Pouvez-vous coter les difficultés liées aux cadences, aux délais, au cumul de tâches, à la variabilité



• Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

Oui ☐ Non ☐

• Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :

 Perturbe votre travail
 Est sans conséquences pour votre travail
 Est un aspect positif de votre travail
IV - Appréciations sur le travail Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

Il vous permet d'apprendre des choses

Il est varié

Vous pouvez choisir la façon de procéder

Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération

Oui,
tout à fait

Plutôt oui

Plutôt non

Non, pas
du tout

• Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

• Pour faire un travail de bonne qualité vous disposez

De formation et d'informations suffisantes et adéquates

D'objectifs et de consignes clairement définies

V - Charge physique du poste de travail

- Votre poste de travail présente-t'il des

difficultés particulières sur les plans suivants

 Posture
 Déplacement verticaux
 Déplacements horizontaux
 Gestes répétitifs
 Effort
Oui,
importantesOui,
modéréesNon, pas
du tout

VII - Avez-vous une exposition aux nuisances suivantes?

85 dBA / Bruit pathogène

Gêne sonore

Solvants

Huiles

Poussières / fibres / fumée

TT de surface/ Usinage chimique

Résines /

Epoxy

VIII - Avez-vous souvent des déplacements professionnels ? Non ☐ < 1 /sem. ☐ > 1 /sem. ☐

Des missions hors CEE dans l'année ? Non ☐ Oui ☐

Si OUI trouvez-vous ces voyages difficiles ? Non ☐ Oui ☐

FORMATION

I - Depuis la dernière visite avez - vous eu une formation? Oui ☐ Non ☐

Si oui, était-ce une formation
en rapport avec votre poste de travail ? ☐ un futur poste? ☐ d'intérêt général? ☐

II - Avez-vous eu depuis la dernière visite un rôle de formateur, de tutorat ? Oui ☐ Non ☐

MODE DE VIE

I - Pratiquez-vous de façon occasionnelle ou régulière une activité sportive? Oui ☐ Non ☐

En Amateur ☐ En compétition ☐

II - Consommations usuelles

	0	1	2	3		
Tabac	Nul	< 5cg/j	5 à 15cg/j	>15cg/j	<input type="checkbox"/>	
Café	Nul	1 tasse/j	2 à 4 tasses/j	> 4 tasses/j	<input type="checkbox"/>	
Alcool	Nul	< 2 verres /j	2 à 4 verres/j	> 4 verres /j	<input type="checkbox"/>	

Ex fumeur Oui ☐
Non ☐

ETAT DE SANTE

Avez-vous depuis la dernière visites des signes	Signes	Consommation de médicaments		Pathologie diagnostiquée
Cardio respiratoire				
RAS <input type="radio"/>				
Cardio vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
HTA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Neuro - psychique				
RAS <input type="radio"/>				
Fatigue, lassitude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anxiété, Nervosité, irritabilité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dermatologie				
RAS <input type="radio"/>				
Existence d'un problème d'ordre dermatologique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Digestif				
RAS <input type="radio"/>				
Existence d'un problème d'ordre digestif ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ostéo - articulaire		Limitation des mouvements	Consommation de médicaments	Pathologie diagnostiquée
Membres supérieurs				
RAS <input type="radio"/>				
Epaule	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poignet	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs				
RAS <input type="radio"/>				
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertèbres				
RAS <input type="radio"/>				
Cervicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorso-lombaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La population potentielle concernée par le dispositif est constituée de tous les salariés du Groupe. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. D'une part, tous les médecins ne participent pas à l'opération. D'autre part, selon la taille des établissements et les disponibilités des médecins volontaires, sont inclus dans le champ de l'observatoire soit tous les salariés d'un établissement, soit un échantillon, tiré au sort. Le tirage s'effectue en fonction des mois de naissance des salariés, choisis de manière aléatoire : le mois de naissance est une variable indépendante des conditions de travail ou de l'état de santé afin de constituer un échantillon représentatif. Dans ce cas, les médecins interrogent au cours d'une année tous les salariés nés ces mêmes mois de naissance. La population choisie est suivie tous les ans ou tous les deux ans selon la rythmicité des visites systématiques. Ce dispositif ne concerne que les salariés permanents du Groupe, c'est-à-dire les salariés en contrat à durée indéterminée, en sont donc exclus les personnels temporaires et ceux appartenant aux entreprises sous-traitantes du Groupe.

Partie II. 2. Principaux résultats accumulés

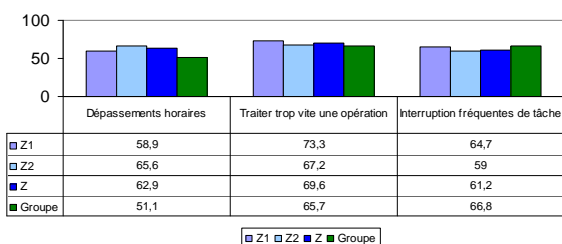
Après informatisation, les données sont centralisées et analysées de façon anonyme en conservant les notions d'établissement et de filiale. L'observatoire fonctionne depuis 2001 et diverses exploitations ont été faites : analyses transversales et longitudinales, élaboration de tableaux de bord, exploitations de certaines questions pour des thèmes précis. Ces exploitations visent la production de données stables et régulières et l'approfondissement, de manière ponctuelle, de questionnements plus précis.

Depuis 2003, les médecins participant au dispositif présentent, chaque année, à la direction des ressources humaines et au CHSCT de leur établissement respectif, des analyses transversales. Elles donnent un état des lieux, pour une année, du vécu des conditions de travail et de l'état de santé de leurs salariés avec comparaison possible aux résultats globaux du groupe. Ce type de données est également intégré aux rapports annuels d'activité des services médicaux des établissements. Les résultats, présentés sous forme de tableaux, de courbes ou d'histogrammes, donnent une description pour chaque item relevant des caractéristiques du travail et de la santé. Les données pour chaque établissement sont mises en comparaison avec les autres établissements de la filiale et comparées à celles du Groupe. Dans ces présentations, l'objectif des médecins est double : donner les résultats annuels, présentés de manière simple et accessible, pour chaque item du questionnaire, puis les comparer entre les établissements d'une même filiale et par rapport au Groupe. Chaque graphique est accompagné d'un commentaire. Par exemple, le médecin du travail

de la filiale Z, appartenant à l'établissement Z1, a présenté au CHSCT de Janvier 2006, les résultats de l'année 2004, de la manière suivante⁴² :

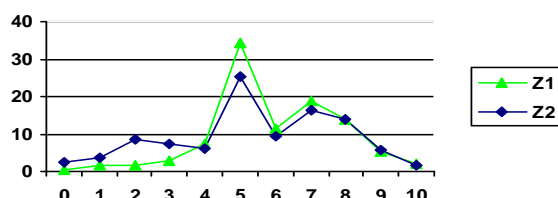
CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL 2004

Contrainte temporelle 2004



Comme les années précédentes, par rapport au Groupe, **Z présente un % plus important** :

- de **dépassements d'horaires** en particulier à Z2
- d'**opérations traitées trop vite** surtout à Z1



L'échelle temporelle est comparable à Z2 et Z1 avec un 1^{er} pic à 5 et un 2^{ème} moins important à 7/8. Le même type de courbe est retrouvé au niveau du Groupe

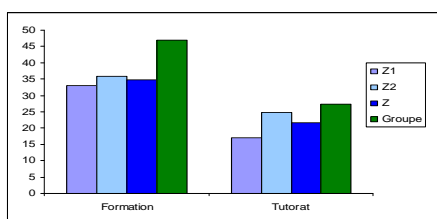
Appréciation sur le travail 2004

L'appréciation sur le travail reste très positive et comparable au niveau de Z et du Groupe.

	Z1	Z2	Z	Gpe
Travail Permet d'apprendre	77,6	85,3	82,3	84,8
Travail varié	78,7	87,7	84,2	83,6
Choix ds la façon de procéder	69,5	78	74,7	78

	Z1	Z2	Z	Gpe
Entraide coopération	85,3	86,6	86,1	86,9
Reconnaissance prof.	71	78,8	75,7	78,3
Formation info suff.	75,9	79	77,7	80,2
Objectifs et consignes claires	83,9	78,6	80,7	78,4

Formation et Tutorat

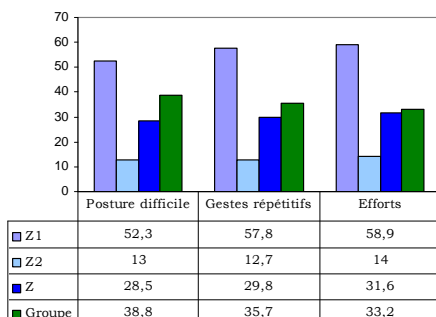


A Z1 comme à Z2 les salariés rapportent moins de formation dans l'année qu'au niveau du Groupe. Le tutorat est également moins fréquent en particulier à Z1.

⁴² Document interne « EVREST, Résultats 2002-2004, Filiale Z », 2006. Voir annexe 3.

CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL 2004 (suite)

Charge physique 2004



Le % de réponses positives (importante ou modérée) aux 3 questions postures difficiles, gestes répétitifs et efforts est plus important à Z1 qu'à Z2 mais il est comparable à celui rencontré dans les autres établissements de production du Groupe.

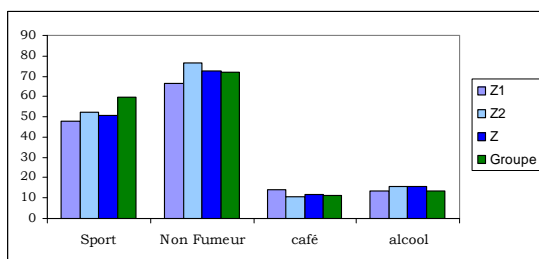
Les % de Z et du Groupe sont très voisins.

Autres nuisances

	Bruit	Gêne sonore	Solvants	Huiles	Poussières fumées	TT surface	Epoxy
Z1	5,2	46,3	46	14,4	52	3,5	38,5
Z2	10,1	16	24,6	13,6	5,8	1,5	6
Z	8,1	27,9	33	13,9	24	2,3	18,8
Groupe	14	28,3	27,1	15,3	18,8	2,3	8,1

Les résultats des questions sur les autres nuisances sont le reflet à la fois de l'établissement et de la population interrogée : forte proportion de composite, de poussières et solvants à Z1 notamment avec également un fort % de gêne sonore.

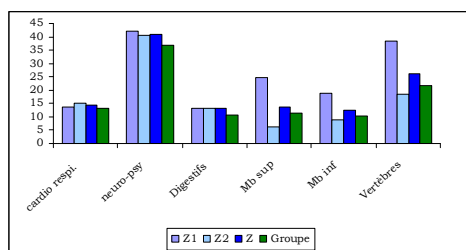
Mode de vie



Le mode de vie à Z est très comparable à celui du Groupe avec cependant :

- Un peu moins de pratique sportive à Z/Groupe
- Plus de fumeurs à Z1 (% moins important de non fumeur)

INDICATEURS SANTE



Les troubles neuro-psychiques (fatigue, anxiété, nervosité, problèmes de sommeil) sont toujours les troubles les plus souvent rapportés et semblent un peu plus fréquents à Z que dans les autres filiales.

C'est surtout le fort taux de **troubles ostéo-articulaires** rapporté à Z qui est notable, en particulier au niveau du membre supérieur et des vertèbres.

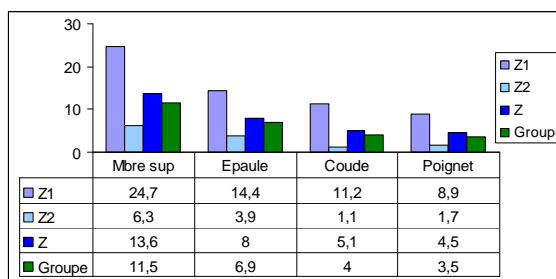
Troubles neuro psychiques

Si les troubles du sommeil avoisinent les 20 % à Z comme au niveau de Groupe, la fatigue est plus souvent notée à Z1 (presque 30% contre 19% à Z2 et 23% au niveau du Groupe). L'anxiété / nervosité est également plus fréquente à Z par rapport au Groupe (29% contre 23 %) mais dans une moindre mesure.

	Troubles neuro-psy	Fatigue	Anxiété nervosité	Trouble du sommeil
Z1	42,2	29,3	28,5	22,7
Z2	40,4	19	29,2	20,1
Z	41,1	23,1	28,9	21,1
Groupe	36,9	22,7	23	19,2

Troubles ostéo articulaires

C'est à Z1 que les troubles ostéoarticulaires sont les plus fréquents que se soit au niveau du membre supérieur comme du membre inférieur ou des vertèbres.



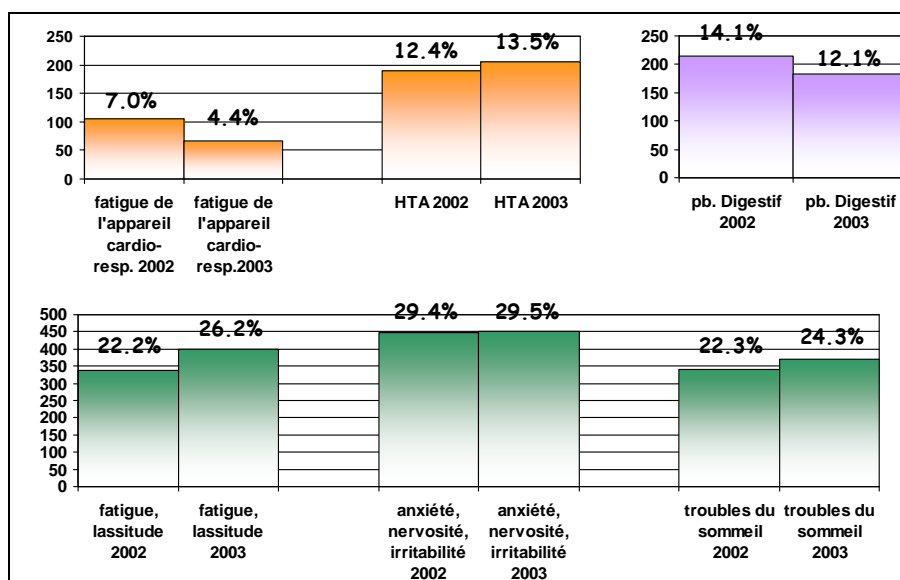
Autres domaines

Sur le plan cardio-respiratoire, les signes rapportés sont du même niveau à Z et au niveau du Groupe (10 % environ). De même pour les troubles digestifs (13% à Z contre 11 % au niveau du Groupe)

2.1. Suivi longitudinal et tableaux de bord

Depuis 2004, des analyses longitudinales ont été menées et présentées par les médecins au sein des établissements. Ces analyses ne concernent que l'effectif présent sur la période et suivi sur 2 ou 3 ans c'est-à-dire les salariés ayant été interrogés tous les ans ou tous les 2 ans selon le rythme des visites médicales et le mode d'échantillonnage retenu.

Un médecin du travail a présenté, en 2005, dans un CHSCT⁴³ le suivi longitudinal des indicateurs de santé au niveau de sa filiale X et concernant les années 2002-2003. Ces résultats concernent 1525 individus qui ont été interrogés en 2002 et 2003 :



*Suivi longitudinal des indicateurs de santé dans la filiale X du
Groupe
2002 – 2003
(Ces résultats portent sur un échantillon apparié de 1525
individus)*

Un autre médecin, de l'établissement Z1, a opté pour une autre manière de présenter ces analyses longitudinales⁴⁴ :

⁴³ Extrait : Support de présentation, Médecin du travail, CHSCT de Décembre 2005.

⁴⁴ Document présenté en annexe 3.

Sur le plan Santé, seule la fatigue s'est aggravée entre 2002 et 2004, à Z comme pour le Groupe. Par contre les troubles digestifs ont diminué ainsi que la plupart des troubles osteo articulaires.

	2002/2003	2002/2004
Cardio respiratoire		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
HTA		
Z	**	NS
Groupe	*	**

Neuro psychique		
Z	**	*
Groupe	*	NS
Fatigue lasitude		
Z	*	**
Groupe	**	**
Anxiété Nervosité		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Troubles du sommeil		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS

	2002/2003	2002/2004
Troubles digestifs		
Z	**	*
Groupe	*	NS

	2002/2003	2002/2004
Membre sup		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Membre inf		
Z	NS	NS
Groupe	NS	**
Vertèbres		
Z	NS	*
Groupe	NS	**
Douleurs cervicales		
Z	NS	NS
Groupe	*	NS
Dorso lombaires		
Z	NS	NS
Groupe	NS	**

Ces résultats présentent l'évolution de l'état de santé conduite sur 2 groupes de salariés dits appariés c'est-à-dire vus en 2002 et en 2003 ou vus en 2002 et 2004.

Pour chacune des comparaisons appariées un test statistique a été réalisé pour lequel :

- NS signifie que le test n'est pas significatif et donc qu'il n'y a pas de différence

- *, ** ou *** signifie un test significatif, la différence entre les années étant d'autant plus marquée que le nombre d'étoile est grand.

Dans les tableaux, le code couleur rouge indique une dégradation, le vert une amélioration.

Dans la confection de ces présentations, les médecins cherchent d'une part, à montrer la diversité des questions abordées par EVREST, et donc sa capacité à appréhender un certain nombre de problématiques touchant le travail et la santé et, d'autre part, à faire ressortir les éléments qu'ils jugent importants à prendre en compte.

A partir de ces effectifs appariés, ont été construit des tableaux de bord qui proposent un suivi des évolutions du travail et de la santé dans l'entreprise. Ils présentent le sens et la force de l'évolution pour des items de travail et de santé. 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 donnent un « abrégé »⁴⁵, avec un graphisme très visuel.

Les tableaux de bord suivants rendent compte de l'évolution des conditions de travail d'une part, et de l'évolution de l'occurrence des problèmes de santé par tranche d'âges d'autre part, au sein de la filiale X et au niveau du Groupe. Ils ont été présentés en 2005 par les chercheurs associés au projet et des médecins de la filiale X à des directions d'établissement et des ressources humaines, ainsi qu'à certains membres de l'encadrement de production de X⁴⁶ :

La force des évolutions est mesurée en calculant des odds-ratios (OR), ou rapports de cotes en français. L'interprétation se fait comme suit :

- un OR strictement inférieur à 1 rend compte d'une diminution entre les deux dates du nombre d'occurrences de l'événement. Plus l'OR s'éloigne de 1, plus cette diminution est grande.
- à l'inverse, un OR strictement supérieur à 1 rend compte d'une augmentation, qui est d'autant plus forte que l'OR est éloigné de 1.
- un OR égal à 1 implique une absence d'évolution.

Dans les tableaux de bord suivant, ont été définis pour la valeur des OR des seuils qui déterminent la nature et la force des évolutions :

- un OR compris entre 0,95 et 1,05 sera considéré comme non significativement différent de 1. La conclusion est l'absence d'évolution des items concernés. (=)
- Un OR supérieur à 1,05 est considéré comme significativement supérieur à 1 et rend donc compte d'une augmentation de la survenue de l'événement considéré. Cette augmentation est considérée comme très notable si l'OR est strictement supérieur à 1,15. ( ou )
- Un OR strictement inférieur à 0,95 est considéré comme significativement inférieur à 1 et rend donc compte d'une diminution de la survenue de l'événement considéré. Cette diminution est considérée comme très notable si l'OR est strictement inférieur à 0,85. ( ou ).

⁴⁵ Berry (1983)

⁴⁶ Extrait : Rapport sur le stress au travail chez les salariés de X en 2002-2003 - Une analyse à partir du dispositif EVREST, Aout 2005.

Tableaux de bord travail pour X et pour le Groupe dans son ensemble :

Tableau de bord Travail (Filiale X, 2002-2003)		
Contraintes de temps		
Dépasser très souvent les horaires	↗↗	
Sauter très souvent un repas ou une pause	↘	
Traiter très souvent une opération trop vite	↗↗	
Cotation > 7	↗↗	
Abandon fréquent d'une tâche pour une autre perturbant	↗	
Charge physique du poste de travail		
Difficultés importantes de posture	↗	
Difficultés importantes de geste répétitifs	↗↗	
Difficultés importantes d'effort	=	
Appréciation sur le travail		
Le travail ne permet pas d'apprendre	↘	
Il n'est pas varié	↘	
Pas le choix de la façon de procéder	↘↘	
Manque de possibilité d'entraide	=	
Travail non reconnu par l'entourage professionnel	=	
Formation et/ou info. non suffisante ou adéquate	=	
Objectifs et consignes peu clairs	=	
Exposition aux nuisances		
Bruit pathogène	↘	
Gêne sonore	↗	
Solvants	↘↘	
Huiles	↘	
Poussières/fibres/fumée	↘↘	
Traitement de surface / usinage chimique	↘↘	
Résines/Epoxy	↗↗	
Légende : = OR ∈ [0,95 ; 1,05[↗↗ OR > 1,15 ↘ OR ∈ [0,85 ; 0,95[↗ OR ∈ [1,05 ; 1,15[↘↘ OR < 0,85		

Tableau de bord Travail (Groupe, 2002-2003)		
Contraintes de temps		
Dépasser très souvent les horaires	↗↗	
Sauter très souvent un repas ou une pause	=	
Traiter très souvent une opération trop vite	↗↗	
Cotation > 7	↗↗	
Abandon fréquent d'une tâche pour une autre perturbant	=	
Charge physique du poste de travail		
Difficultés importantes de posture	=	
Difficultés importantes de geste répétitifs	↗↗	
Difficultés importantes d'effort	↗	
Appréciation sur le travail		
Le travail ne permet pas d'apprendre	↘	
Il n'est pas varié	↘	
Pas le choix de la façon de procéder	↘↘	
Manque de possibilité d'entraide	=	
Travail non reconnu par l'entourage professionnel	=	
Formation et/ou info. non suffisante ou adéquate	=	
Objectifs et consignes peu clairs	↗	
Exposition aux nuisances		
Bruit pathogène	=	
Gêne sonore	↗	
Solvants	↘	
Huiles	=	
Poussières/fibres/fumée	↘	
Traitement de surface / usinage chimique	↘↘	
Résines/Epoxy	↗	
Légende : = OR ∈ [0,95 ; 1,05[↗↗ OR > 1,15 ↘ OR ∈ [0,85 ; 0,95[↗ OR ∈ [1,05 ; 1,15[↘↘ OR < 0,85		

Tableaux de bord santé pour X et pour le Groupe dans son ensemble :

Tableau de bord Santé (Filiale X, 2002-2003)				
	< 40 ans	40-49 ans	> 50 ans	Ensemble
Fatigue de l'appareil cardio-resp.	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘
Hyper tension artérielle	↗↗	↗	↘	↗
Fatigue, lassitude	↗↗	↗↗	↗↗	↗↗
Anxiété, nervosité	=	↗	↘	=
Troubles du sommeil	↗	↗↗	=	↗
Problème d'ordre digestif	↘↘	↘	↘↘	↘↘

↗↗ OR > 1,15 ↘ OR ∈ [0,85 ; 0,95[
 ↗ OR ∈ [1,05 ; 1,15[↘↘ OR < 0,85
 = OR ∈ [0,95 ; 1,05[

	< 40 ans	40-49 ans	> 50 ans	Ensemble
Membres inférieurs				
Problème (avec ou sans limitation)	↘↘	↘	↘	↘
Dont avec limitation	↘↘	↘↘	=	↘↘
Membres supérieurs (épaule, coude, poignet)				
Problème(s) (au moins un, avec ou sans limitation)	↘	↘	↘	=
Dont avec limitation (au moins un)	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘
Vertèbres (cervicales, dorso-lombaires)				
Problème(s) (au moins un, avec ou sans limitation)	↘	↘↘	↘	↘↘
Dont avec limitation (au moins un)	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘

Tableau de bord Santé (Groupe, 2002-2003)				
	< 40 ans	40-49 ans	> 50 ans	Ensemble
Fatigue de l'appareil cardio-resp.	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘
Hyper tension artérielle	↗↗	↗↗	=	↗↗
Fatigue, lassitude	↗↗	↗↗	↗↗	↗↗
Anxiété, nervosité	=	=	=	=
Troubles du sommeil	↗	↗↗	=	↗
Problème d'ordre digestif	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘

↗↗ OR > 1,15 ↘ OR ∈ [0,85 ; 0,95[
 ↗ OR ∈ [1,05 ; 1,15[↘↘ OR < 0,85
 = OR ∈ [0,95 ; 1,05[

	< 40 ans	40-49 ans	> 50 ans	Ensemble
Membres inférieurs				
Problème (avec ou sans limitation)	↘↘	↘	↘	↘
Dont avec limitation	↘↘	↘↘	=	↘↘
Membres supérieurs (épaule, coude, poignet)				
Problème(s) (au moins un, avec ou sans limitation)	=	=	↘	=
Dont avec limitation (au moins un)	=	↘	↘↘	↘
Vertèbres (cervicales, dorso-lombaires)				
Problème(s) (au moins un, avec ou sans limitation)	↘↘	↘↘	↘	↘
Dont avec limitation (au moins un)	↘↘	↘↘	↘↘	↘↘

La plupart des médecins constituent ces tableaux de bord pour leur filiale et donnent ces informations au niveau du Groupe, à des fins comparatives.

2.2. Exploitation sur un thème précis : le vécu au travail

Dès la conception du dispositif, les médecins du travail s'engageaient, outre la publication d'indicateurs issus d'analyses transversales et longitudinales, à « *mener, en parallèlement, une ou plusieurs analyses plus poussées sur un ou des domaines spécifiques* »⁴⁷. Ce fut notamment le cas, en 2005, sur les facteurs de stress au travail.

En 2002, le Groupe développe une réflexion sur le vécu au travail et ses évolutions. Des études sont commandées, suivies au niveau du Groupe par plusieurs directions et menées, notamment, par une cellule d'audit interne⁴⁸. Progressivement cette préoccupation s'exprime dans plusieurs filiales du Groupe et des directions d'établissements sont sollicitées pour rechercher des moyens d'accéder à d'autres formes de connaissance de la situation sur cette question. En 2004, les médecins du travail d'une filiale du Groupe (Filiale X) ont eu connaissance de cette préoccupation, relayée par le directeur des ressources humaines de leur établissement. Ainsi, après vérification avec les chercheurs associés au projet de l'usage possible d'EVREST pour approfondir la thématique du vécu au travail, les médecins ont proposé d'utiliser le questionnaire pour appréhender les facteurs de stress au travail. La direction de cet établissement, et tout particulièrement son responsable des ressources humaines, accepte et commande alors au Centre de recherche une étude sur le stress au travail chez les salariés de l'ensemble de la filiale X. A l'issue de la réalisation de cette étude, menée en coopération avec plusieurs médecins d'établissements appartenant à cette filiale, un rapport de synthèse est réalisé par l'équipe de chercheurs et restitué à plusieurs directions d'établissements de X. Les résultats présentés dans ce rapport résultent d'une construction, opérée par les chercheurs en coopération avec les médecins. Plusieurs réflexions guident ce travail. Une interrogation vise à rechercher les éléments qui peuvent intéresser l'ensemble des acteurs (directions, encadrement, médecins et représentants des salariés) et les manières de présenter les résultats pour qu'ils soient « accessibles ». Dans cet échange, chacun apporte différents types de connaissance : les médecins, leurs savoirs sur les enjeux spécifiques en matière de santé, de conditions de travail de leur établissement et sur les caractéristiques des acteurs qui « recevront » ces résultats ; les chercheurs, leurs réflexions, développées à partir d'expériences analogues menées dans d'autres entreprises ou de travaux sur les usages d'outils quantitatifs en santé au travail. Une autre préoccupation a trait à la mise en

⁴⁷ Fiche de présentation d'EVREST. Document interne.

⁴⁸ Nous n'avons pu avoir accès à ces études confidentielles.

visibilité du dispositif même et donc des possibilités qu'il offre mais aussi de ses limites. Les résultats montreront la diversité des sujets abordés et les commentaires rappelleront que le dispositif ne permet pas leur analyse approfondie. EVREST concerne quelques milliers de salariés et plusieurs établissements et filiales du Groupe, permettant de comparer diverses situations : le plus souvent, les résultats sont exposés de manière à montrer la diversité potentielle, les similitudes, les comparaisons entre grands métiers, entre âges, entre établissements, entre filiales.

La restitution orale de cette analyse fut réalisée par les chercheurs, en présence des médecins des établissements concernés, auprès du directeur d'établissement, du responsable des ressources humaines, parfois du responsable de formation et de membres de l'encadrement de production. De nos entretiens auprès de ce public, plusieurs types de résultats semblent avoir tout particulièrement retenu l'attention. En préambule les interviewés évoquent majoritairement l'intérêt pour une démarche qu'ils qualifient de « scientifique » : le recours à un centre de recherche, le chiffrage de dimensions perçues comme « très subjectives et très floues », le caractère « léger » du dispositif (le questionnaire ne fait que deux pages) et, en même temps sa capacité à aborder de multiples sujets, pouvant concerner plusieurs aspects de l'entreprise, le suivi sur plusieurs années d'une population interrogée avec le même dispositif. Par ailleurs, les acteurs voient dans la méthodologie proposée pour analyser les facteurs de stress la possibilité de « décriper les débats », de « sortir des idées toutes faites, ou des approches qui incriminent soit l'entreprise, soit le salarié », « d'avoir une approche complète d'un problème complexe ». Cette approche repose sur l'analyse de trois composantes⁴⁹ :

**Évaluation des facteurs de « stress »
chez X à partir d'EVREST**

**On utilise les 3 dimensions du
modèle de Karasek et Theorell :**

- Demande psychologique (job demand)
- Autonomie décisionnelle (job latitude)
- Soutien social

Situation de stress :

*= grande demande et faible autonomie
aggravée par un faible soutien social*

⁴⁹ Rapport sur le stress au travail chez les salariés de X en 2002-2003 - Une analyse à partir du dispositif EVREST, Aout 2005.

Le questionnaire EVREST a été utilisé en considérant certaines questions d'EVREST comme « représentantes » de chacune des trois dimensions de ce modèle :

La demande psychologique

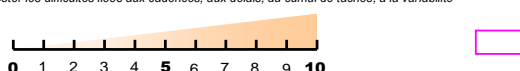
Toutes les questions du thème « contraintes temporelles » de la partie sur les conditions de travail

III - Contraintes de temps

• En raison de la charge de travail, vous arrive-t'il de :

	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
Dépasser vos horaires normaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Pouvez-vous coter les difficultés liées aux cadences, aux délais, au cumul de tâches, à la variabilité



• Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

Oui Non

• Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :

Perturbe votre travail	<input type="text"/>
Est sans conséquences pour votre travail	<input type="text"/>
Est un aspect positif de votre travail	<input type="text"/>

La latitude décisionnelle

Les trois premières questions du thème « appréciation sur le travail » de la partie sur les conditions de travail

IV - Appréciations sur le travail Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Il vous permet d'apprendre des choses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il est varié	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vous pouvez choisir la façon de procéder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

• Pour faire un travail de bonne qualité vous disposez

De formation et d'informations suffisantes et adéquates
D'objectifs et de consignes clairement définies

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le soutien social

Deux questions du thème « appréciation sur le travail » de la partie sur les conditions de travail

IV - Appréciations sur le travail Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Il vous permet d'apprendre des choses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il est varié	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vous pouvez choisir la façon de procéder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

• Pour faire un travail de bonne qualité vous disposez

De formation et d'informations suffisantes et adéquates
D'objectifs et de consignes clairement définies

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'approche propose ensuite l'analyse de chacun des trois groupes de questions :

On analyse d'abord chaque groupe de questions correspondant à la dimension considérée de manière descriptive, avec l'ensemble des données 2003. On s'intéresse ensuite à l'évolution des réponses entre 2002 et 2003 : on utilise alors le fichier apparié, c'est-à-dire correspondant aux seuls individus ayant répondu au questionnaire les deux années.

Puis, est recherchée la proportion de salariés « sous tension » :

On choisit un indicateur pour chacune des trois dimensions du modèle de Karasek et Theorell :

- **demande psychologique** : échelle analogique de cotation des difficultés liées aux cadences, aux délais, au cumul de tâches. Une cotation inférieure ou égale à 5 (demande faible ou modérée) sera opposée à une cotation strictement supérieure à 5 (demande forte).
- **latitude décisionnelle** : avoir le choix de la façon de procéder dans son travail. Les modalités de réponses « non » et « plutôt non » (latitude faible) seront opposées aux modalités « oui » et « plutôt oui » (latitude forte).
- **soutien social** : avoir des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération. Les modalités de réponses « non » et « plutôt non » (soutien faible) seront opposées aux modalités « oui » et « plutôt oui » (soutien fort).

En croisant les dimensions du modèle, on détermine la proportion de salariés de X soumis à la tension au travail :

Proportion de salariés sous « tension » (1)
X, évolution 2002 - 2003

Faible job demand	Forte job demand	Faible job latitude	Forte job latitude
54,0	46,0	32,4	67,6
43,5	56,5	26,6	73,4

	Faible job demand	Forte job demand
Faible job latitude	16,9	15,5
Forte job latitude	37,1	30,5

Les tableaux contiennent des pourcentages.
Légende: **année 2002**
année 2003

Proportion de personnes en situation de « **job strain** » (tension au travail)
(Groupe : **14,6** et **14,7**)

On observe qu'entre les deux années, la proportion de salariés concernés par une forte demande psychologique a augmenté d'environ 10%. A l'inverse, la proportion d'individus ayant une faible latitude décisionnelle a diminué de presque 6%. Il en résulte que la proportion d'individus sous tension au travail est restée à peu près stable, ces facteurs allant dans des sens opposés. Beaucoup de salariés sont soumis à davantage de pression temporelle, mais leur autonomie décisionnelle augmentant aussi, cela évite qu'ils se retrouvent en situation de stress. Restent tout de même ces 15.6% de salariés en état de « job strain », non négligeables.

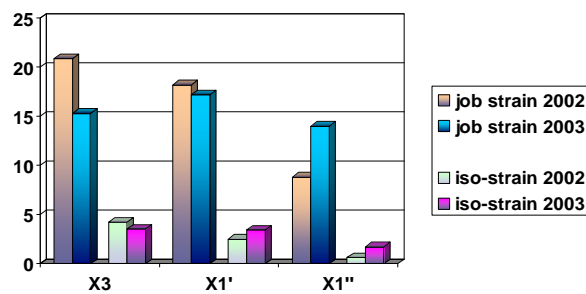
Le public a particulièrement retenu la comparaison des proportions de salariés « sous tensions » entre établissement :

Le graphique suivant montre l'évolution de la job strain (tension au travail) et de l'iso-strain (tension et isolement) au sein de chaque établissement :

Proportion de salariés sous « tension » (3)

X, évolution 2002 - 2003

« job-strain » et « iso-strain », en % de chaque établissement :



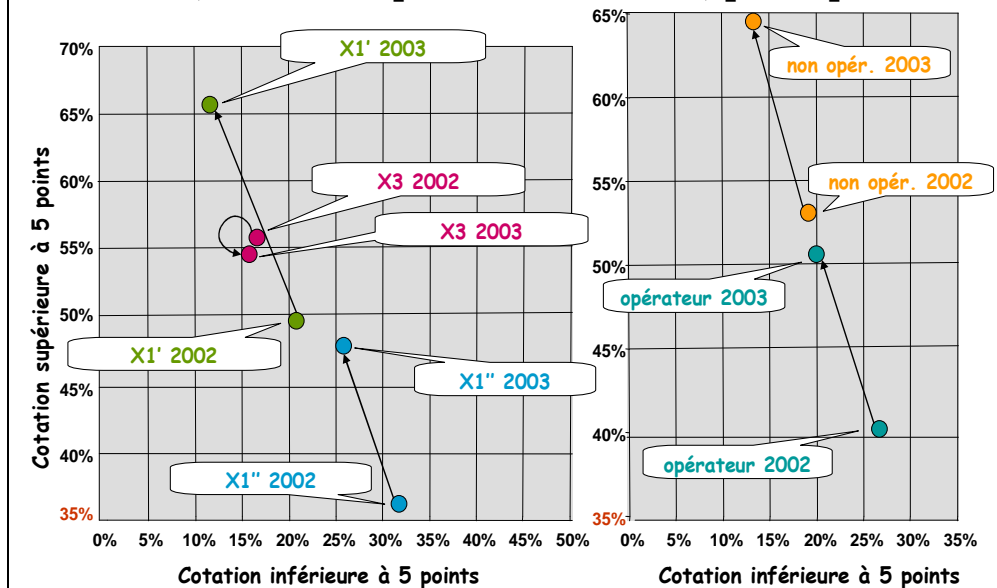
Année 2003 : À X2, 8,2% des répondants sont en situation de « job strain » et aucun en situation d'« iso-strain ».

On observe que les évolutions sont très différentes selon les établissements : il y a diminution de la « job strain » à X3, légère diminution à X1', et augmentation à X1''. On a vu que l'établissement X3 n'a pas connu entre 2002 et 2003 d'évolution marquée de la demande psychologique, contrairement aux autres. C'est aussi à X3 que la latitude décisionnelle a le plus progressé. Il en résulte cette diminution marquée du nombre de salariés de cette usine concernés par la tension au travail. A X1', ces évolutions s'équilibrent à peu près. Quant à l'établissement de X1'', une augmentation de la job demand assortie d'une job latitude quasiment inchangée conduit à cette nette progression du nombre d'individus en situation de tension au travail. Au final les situations des établissements se rapprochent les unes des autres.

Ce graphique, montrant la différence dans l'évolution du nombre de salariés concernés par la tension au travail entre X1' et X1'', a été, chez Z1, l'un des éléments déclencheurs du débat. X1' et X1'' sont deux établissements de X, situés à quelques kilomètres l'un de l'autre. Si des éléments empiriques amenaient plusieurs personnes à repérer des différences entre ces sites, elles n'avaient pas fait l'objet d'une analyse spécifique, faute d'éléments plus « objectifs ». Cet écart observé a ouvert une discussion sur les éléments explicatifs, et notamment à un débat sur la pression temporelle. Sur ce sujet, un autre graphique comparant les établissements par rapport aux cotations de la pression (graphique de gauche), a éveillé curiosité et intérêt chez les participants à la restitution des résultats :

Pression temporelle (6)

X, évolution par établissement, par csp



L'étude de l'évolution des cotations par établissement montre une très forte évolution de la pression temporelle dans l'établissement X1' (avec en 2003 plus de 65% des enquêtés évaluant leurs contraintes temporelles comme fortes), qui ainsi dépasse celui de X3 de ce point de vue. L'établissement X1'' connaît la même évolution, dans une moindre mesure, et en gardant un effectif d'individus soumis à une pression temporelle forte inférieur à 50%. L'établissement de X3 est le seul à rester au même niveau d'exigence temporelle vis-à-vis de ses salariés entre 2002 et 2003*.

Les difficultés liées à la pression temporelle grandissent à peu près autant chez les opérateurs que chez les non opérateurs, mais sont toujours beaucoup plus importantes chez ces derniers.

* Il y a tout de même une augmentation des cotations très élevées (>7) dans l'établissement X3 (OR>1,15, alors que les niveaux 6 et 7 sont, eux en recul (OR<0,85).

Enfin les effets des facteurs de stress sur la santé, les interviewés disent avoir eu plus facilement recours au texte suivant :

Dans le domaine ostéo-articulaire, on constate que ce n'est pas tant la pression temporelle mais le fait de ne pas avoir le choix de la façon de procéder au travail et plus encore de ne pas bénéficier de possibilités de coopération qui va de pair avec une prévalence élevée de troubles.

Pour la survenue de troubles d'ordre neuro-psychique, il y a un effet aggravant de la pression temporelle, il y a aussi un effet aggravant de la faible latitude, mais c'est la combinaison des deux qui semble le plus néfaste. Il en va de même si on considère le soutien social couplé à la pression temporelle.

La prévalence des troubles digestifs augmente avec la combinaison pression temporelle et absence de possibilités de coopération au travail, mais la combinaison pression temporelle et faible autonomie ne semble pas jouer de rôle.

Pour les troubles d'ordre cardio-respiratoires, les plus grandes prévalences se trouvent du côté d'une latitude faible, d'un soutien faible, mais pour une demande faible. On peut supposer que les salariés concernés par ce type de troubles ont été en partie abrités des situations de forte demande. L'explication ne semble pas être que ces salariés sont plutôt des opérateurs qui sont moins soumis à la pression temporelle comme on l'a vu précédemment.

On avait constaté auparavant que pour les troubles d'ordre neuro-psychique en général, chaque facteur de « stress » a un effet délétère, mais que c'est la combinaison pression temporelle et pas de latitude dans la façon de procéder, et

plus encore pression temporelle et manque de possibilité de coopération, qui est la plus néfaste à la santé dans ce domaine.

- Fatigue, lassitude :

La pression temporelle seule suffit pour augmenter l'occurrence de ce trouble de santé. L'absence d'autonomie pour la façon de procéder l'augmente aussi, mais dans une moindre mesure. Le manque de coopération seul ne semble pas jouer de rôle dans l'apparition de ce trouble de santé, alors que couplé à la pression sa prévalence augmente d'environ 10% par rapport à celle pour la contrainte de pression temporelle seule, et d'environ 20% par rapport à la situation « idéale ».

- Anxiété, nervosité, irritabilité :

La pression temporelle seule semble plus augmenter l'occurrence de ces troubles que le manque de latitude décisionnelle. Quand on étudie la pression temporelle couplée au soutien social, c'est l'inverse : le manque de possibilités d'entraide et de coopération semble très néfaste, beaucoup plus que la pression temporelle. Le croisement pression et faible latitude est plus délétère que l'exposition à chaque composante séparément. C'est la même chose pour la combinaison pression et faible soutien social, de manière encore plus discriminante.

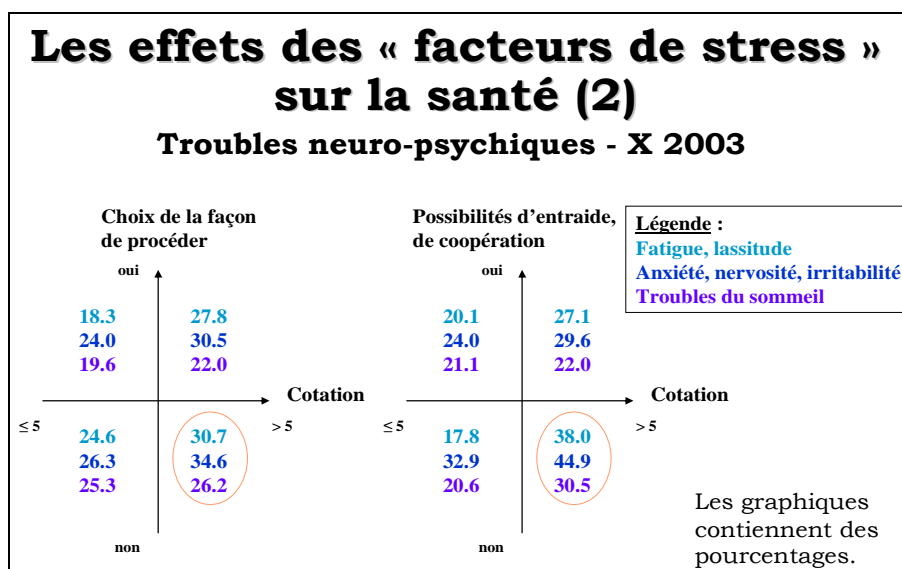
- Troubles du sommeil :

L'absence de latitude décisionnelle au travail semble être un facteur prépondérant par rapport à l'exposition à la pression temporelle en ce qui concerne l'apparition de troubles du sommeil. Il ne semble pas y avoir d'effet de la combinaison des deux plus fort que l'effet du manque d'autonomie seul. En ce qui concerne le soutien social, le manque de coopération ne semble pas plus jouer sur la survenue de troubles du sommeil que la pression seule. Par contre, la combinaison des deux augmente la prévalence de ces troubles d'environ 10%.

Pour les troubles ostéo-articulaires, on a constaté que ce n'est pas tant la pression temporelle que le fait de ne pas avoir le choix de la façon de procéder au travail, et plus encore de ne pas bénéficier de possibilités de coopération, qui va de pair avec une pathologie dans ce domaine.

Dans l'ensemble, les prévalences les plus élevées se trouvent plutôt dans le demi plan correspondant au manque de latitude décisionnelle pour le graphique de gauche, et dans le demi plan correspondant au manque de soutien social pour le graphique de droite (le cas flagrant étant celui des problèmes de vertèbres). En sus, pour les problèmes ayant trait aux membres supérieurs et inférieurs, les proportions d'individus concernés sont plus grandes parmi ceux n'étant pas soumis à la pression temporelle. On peut supposer que cela vient du fait que beaucoup de salariés souffrant de ces pathologies ont été « mis à l'abri » d'une trop grande pression temporelle, qui induit beaucoup de sollicitations des membres affectés.

Le graphique ci-dessous, accompagnant ces commentaires, étant perçu plus complexe, plus « technique » :



Suite à la restitution de cette étude aux directions, les médecins de chaque établissement ont présenté des résultats au CHSCT en accentuant la présentation sur les caractéristiques des situations de tension au travail et leurs effets sur la santé des salariés. Des résultats ont également été intégrés dans le rapport d'activité annuel des médecins des établissements de X1 et X3. Dans ces derniers, la présentation des résultats reprend quelques éléments de méthodologie et la conclusion du rapport réalisé par l'équipe de chercheurs⁵⁰ :

Le suivi d'indicateurs de santé au travail nous paraît nécessaire et ce d'autant plus, que le lancement de nouveaux programmes aéronautiques et l'augmentation du nombre de produits livrés influent sur les charges de travail. L'outil EVREST est devenu un projet transnational au niveau de X, l'exploitation des données recueillies depuis 2002 par le service de santé au travail de X1 et X3 faisant référence en la matière. D'autres entreprises, comme A. s'intéressent aussi à cet outil permettant un suivi d'indicateurs. L'exploitation des données recueillies par le questionnaire EVREST peut être confiée à C. (*Centre de recherche associé au projet*) en ciblant des domaines bien particuliers. Nous leur avons donc demandé d'orienter leurs requêtes sur les facteurs de stress au travail.

Aujourd'hui, quand on parle de stress professionnel, il existe deux « modèles » dont celui de Karasek qui a été retenu. Ce modèle est composé des dimensions suivantes :

- La *demande psychologique* (job demand) qui fait référence à la quantité de travail à accomplir ainsi qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail.
- L'*autonomie décisionnelle* (job latitude) qui fait référence aux possibilités de prendre des décisions au sujet de son travail, d'utiliser et développer ses compétences. Cette dimension du modèle comprend donc deux composantes, l'une en rapport avec l'autorité et l'autre en rapport avec l'accomplissement de soi au travail.
- Le *soutien social* (social support) est une dimension ajoutée ultérieurement au modèle qui fait référence à toutes les interactions sociales utilitaires qui sont disponibles au travail avec les collègues et la hiérarchie, ainsi qu'à l'importance de l'aide et de l'assistance qu'ils donnent dans l'accomplissement du travail. Cette dimension regroupe donc deux types de soutien social au travail : le soutien socio émotionnel et le soutien instrumental.

Karasek caractérise une situation de tension au travail (*job strain*) par le cumul d'une forte job demand et d'une faible job latitude. Cette situation cumulée avec un faible soutien social (le salarié est alors en situation dite d'*iso-strain*) semble être la plus pathogène.

Principaux résultats

En analysant une à une les trois dimensions du modèle de Karasek, on a constaté que les salariés de X sont en général soumis à une « demande psychologique » forte (ici la pression temporelle), mais qu'ils bénéficient pourtant d'une importante « latitude décisionnelle » (ici avoir le choix de la façon de procéder dans son travail). Ils sont une grande majorité à être concernés par un fort « soutien social » (ici le fait de bénéficier de possibilités d'entraide). En terme d'évolution, la demande psychologique augmentait assez fortement entre 2002 et 2003, la latitude augmente aussi mais dans une moindre mesure, et le niveau de soutien social reste à peu près identique.

Les non opérateurs sont plus nombreux que les opérateurs à être soumis à une « demande forte », mais l'augmentation de cette demande est comparable entre ces deux catégories.

Par rapport à l'âge, cette augmentation est également comparable entre les catégories, les plus âgés (50 ans et plus) étant un peu moins exposés à la pression temporelle.

Enfin, les proportions d'hommes et de femmes soumis à une pression temporelle forte en 2002 étaient équivalentes, alors qu'en 2003 ce sont les hommes les plus concernés par cette situation.

La situation de tension au travail (job strain), qui est caractérisée par une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle, reste à peu près stable d'une année sur l'autre, du fait de la compensation de la hausse de la demande par une hausse de la latitude. Cette situation (qui, avec les critères adoptés ici, concerne quelque 15 à 16 % des salariés de X), est assimilable à l'état de « stress », ainsi que le définit Karasek. La situation de tension au travail

⁵⁰ Extrait du Rapport d'activité annuel 2005, Service médical, X1, Avril 2006.

accompagnée d'un faible soutien social (iso-strain), qui est une situation « pire » que la tension seule, ne concerne qu'une très petite proportion de salariés, mais est par contre en légère augmentation entre 2002 et 2003.

En ce qui concerne les effets des « facteurs de stress » sur la santé, on a vérifié qu'une forte demande psychologique, une faible latitude décisionnelle, ou un faible soutien social sont particulièrement délétères dans les domaines neuro-psychique et ostéo-articulaire, surtout s'ils se combinent entre eux. L'effet de cette combinaison est même supérieur à l'addition des effets de chaque composante. Les résultats les plus tranchés concernent l'item « anxiété, nervosité, irritabilité » du questionnaire.

Les pistes d'action

L'objectif de cette exploitation de données était de réaliser une analyse statistique. Celle-ci ne peut pas elle-même édicter des priorités d'actions. Rappelons que de façon générale il existe plusieurs pistes d'actions pour réduire la proportion de salariés soumis aux facteurs de « stress » ou tension au travail, et ainsi contrôler un facteur non négligeable de pathologies. On peut agir sur un ou plusieurs des aspects du travail qui composent le modèle de Karasek : la demande psychologique, la latitude décisionnelle, et le soutien social.

Sur la demande psychologique, une amélioration ne consiste pas nécessairement à desserrer les délais de production, mais aussi éventuellement à modifier des aspects d'organisation pour par exemple éviter de nombreuses interruptions qui, on l'a vu, sont jugées perturbantes par environ la moitié des salariés concernés chez X.

Pour le manque de latitude décisionnelle, un aménagement des conditions de travail allant dans le sens de l'enrichissement de soi par le travail et du développement des compétences réduirait la proportion de gens concernés par ce facteur de stress. Ce peut être au travers de la formation ou de la variété du travail.

Une diminution de la proportion de « stressés » par une action sur la dimension du soutien social consisterait à développer les possibilités d'entraide et de coopération dans le travail, c'est à dire à développer une collaboration solide entre les individus, éventuellement régie par les supérieurs.

Sur ces trois pistes, des analyses statistiques complémentaires (pour certains emplois types notamment) pourraient permettre de définir plus précisément des priorités. Mais de façon générale, la statistique ne peut se substituer à l'examen concret des situations mises en cause – et c'est vrai à fortiori quand le questionnaire est léger, comme c'est le cas pour EVREST.

Suite à cette exploitation menée sur les facteurs de stress chez X, les médecins d'une autre filiale du Groupe, Z, ont souhaité mener cette même analyse au sein de leur filiale. Chez Z, les directions d'établissement et de ressources humaines n'ont pas été, comme chez X, à l'initiative de cette investigation, mais n'ont pas refusé aux médecins la possibilité de la mener avec le Centre de recherche associé à EVREST. Cette étude n'a pas fait l'objet d'un rapport mais a été présentée par les chercheurs avec les médecins aux différentes directions de Z. Puis au sein des deux établissements de la filiale (Z1 et Z2), les médecins ont restitué des résultats aux CHSCT, CE et les ont intégrés à leur Rapport annuel d'activité. Selon les établissements et les audiences les résultats ont été sélectionnés et présentés de manière différente.

Tout d'abord, les deux médecins de Z1 et Z2 ont restitué un même document aux CHSCT de chacun des deux établissements. Ce document est présenté en annexe 4. Pour les médecins, ce document doit être assez court (une dizaine de pages maximum) et inclure la méthodologie d'analyse, les caractéristiques de la population de l'échantillon et ce qu'ils estiment être les principaux résultats. Ainsi, deux pages sont consacrées à la méthodologie utilisée pour appréhender les facteurs de stress : la première page présente le modèle général et la deuxième la manière dont ce modèle est adapté en vue de l'utilisation du questionnaire EVREST. Cette explicitation est, pour les médecins, un enjeu crucial : elle vise à montrer la capacité du dispositif à appréhender la question du stress, à l'objectiver, alors même que c'est une préoccupation forte au sein de l'entreprise mais pour laquelle directions et représentants des salariés avaient exprimé des difficultés ou des réticences à l'aborder, faute d'outil pour mener l'analyse. Voici la description de la méthodologie⁵¹ :

⁵¹ Document de synthèse « EVREST, Outil d'évaluation des facteurs de tension au travail, Filiale Z, 2002-2003 ». Voir annexe 4.

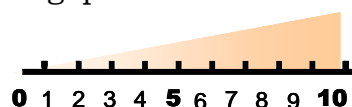
Afin d'évaluer les facteurs de Tension au travail et leurs répercussion sur la santé, le questionnaire EVREST a été utilisé en considérant certaines questions d'EVREST comme « représentantes » de chaque dimension du modèle de Karasek et un indicateur pour chacune des trois dimensions a été choisi.

Demande psychologique :

Toutes les questions de la partie « contraintes de temps » rendent compte de la partie demande psychologique du modèle de Karasek.



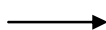
L'indicateur choisi est l'échelle analogique de cotation



Cotation inférieure ou égale à 5 = demande faible ou modérée
Cotation strictement supérieure à 5 = demande forte.

Latitude décisionnelle :

Les trois premières questions ayant trait à « l'appréciation sur le travail » rendent compte de la latitude décisionnelle du modèle de Karasek.

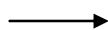


L'indicateur choisi est
« avoir le choix de la façon de procéder dans son travail »

Réponses « non » et « plutôt non » = latitude faible
Réponses « oui » et « plutôt oui » = latitude forte.

Soutien social :

Deux questions sur le thème de l'appréciation sur le travail rendent compte du soutien social du modèle de Karasek, l'une sur l'entraide et l'autre sur la reconnaissance professionnelle.



L'indicateur choisi est la question
« avoir des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération »

Réponses « non » et « plutôt non » = Faible soutien social
Réponses « oui » et « plutôt oui » = Fort soutien social

En croisant les dimensions du modèle, on détermine la proportion de salariés soumis à la Tension au travail.

Une fois la méthodologie décrite, une page est consacrée à la description de l'échantillon concerné et quatre pages aux résultats. Ces quatre pages sont composées de deux types de résultats : deux pages concernant la proportion de salariés « sous tension » analysée sous l'angle de son évolution entre deux années et selon les catégories socioprofessionnelles et les âges ; les deux autres pages sont consacrées aux résultats concernant les effets de la tension sur la santé des salariés. Dans ce document, les médecins ont choisi de ne pas reprendre les résultats concernant chaque composante du modèle (Demande psychologique, Latitude décisionnelle, Soutien social) mais de présenter les résultats concernant la proportion de salariés « sous tension » et les effets de cette tension sur la santé. Les propos d'un des médecins de Z résume ce « parti pris » : « Il faut veiller à faire des documents assez courts, en évitant de mettre trop de graphiques, et des graphiques assez simples, éviter de donner trop d'informations, donc il a fallu faire un tri parmi tous les résultats que nous avions au départ. Notre valeur ajoutée, dans l'entreprise, c'est de parler de la santé des salariés et de poser des liens entre la santé et le travail. Et on fait aussi attention à parler autant du travail que de ses effets possibles sur la santé. Donc il fallait entrer assez vite dans le sujet : les situations de tension au travail, mais en étant très clair et transparent sur la méthode utilisée et les liens avec le questionnaire EVREST, pour après parler des effets de cette tension au travail sur la santé. Là je pense qu'on est bien dans notre rôle ».

Proportion de salariés sous tension **évolution 2002 - 2003**

Faible job demand	Forte job demand
58,0 56,4	42,0 43,6

Faible job latitude	Forte job latitude
35,3 38,8	64,7 61,2

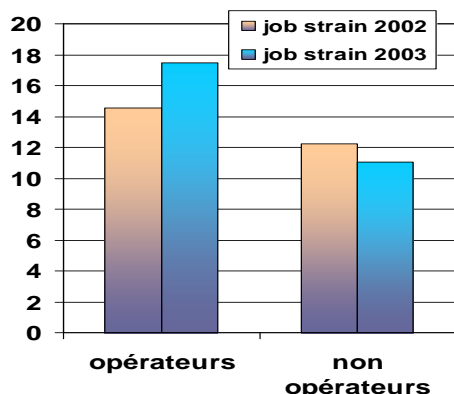
Entre 2002 et 2003, la proportion de salariés sous forte demande a légèrement augmenté (42 % à 43,6%) de même que celle des salariés sous faible latitude décisionnelle (35,3 à 38,8 %).

	Faible job demand	Forte job demand
Faible job latitude	21,7 23,8	13,6 15,0
Forte job latitude	36,4 32,6	28,3 28,6

Le croisement des ces 2 facteurs permet de situer le nombre de salariés sous tension et de suivre leur évolution :

- Le pourcentage de salariés en situation de job strain est entre 14 et 15 %, chiffres voisins de ceux notés au niveau du Groupe.
- Entre 2002 et 2003, le pourcentage a légèrement augmenté alors que celui du Groupe est stable.

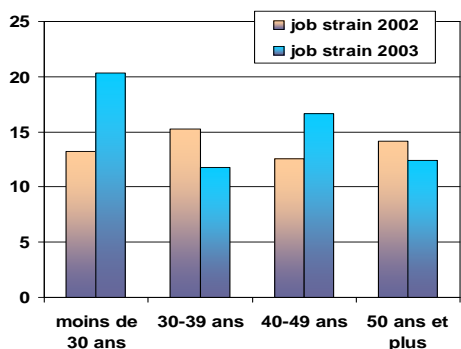
Les histogrammes suivants compare le pourcentage de salariés en situation de job strain ou tension au travail selon leur catégorie socio professionnelle puis selon leur classe d'âge en 2002 et en 2003.



Si l'on compare opérateurs (AF1, AF2, AF3 et TA) aux autres salariés (non opérateurs), on note une plus grande tension au travail chez les opérateurs en 2002 comme en 2003.

De plus, la proportion d'opérateurs en situation de « job strain » augmentent entre 2002 et 2003 alors qu'elle diminue chez les non opérateurs.

Ainsi en 2003 on retrouve plus de 17% d'opérateurs sous tension contre environ 11% de non opérateurs.



En considérant les classes d'âge, on remarque que :

- **En 2002** la proportion de salariés sous tension est assez voisine d'une classe à une autre avec un peu plus de tension chez les 30-39 ans et les 50 ans et plus.

- **En 2003**, les différences entre les classe d'âge sont plus marquées avec des évolutions différentes :

- o Nette augmentation chez les moins de 30 ans qui sont les plus sous tension
- o Augmentation moins marquée pour les 40-49 ans
- o Diminution dans les autres classe d'âge

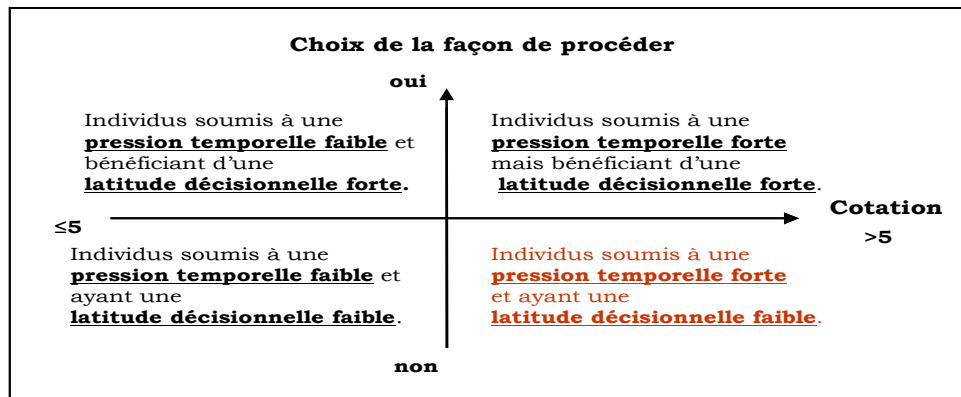
Les deux pages sur les effets de la tension sur la santé des salariés explicitent en une page la manière d'étudier les répercussions possibles de la tension au travail sur la santé :

Les effets de la tension sur la santé des salariés

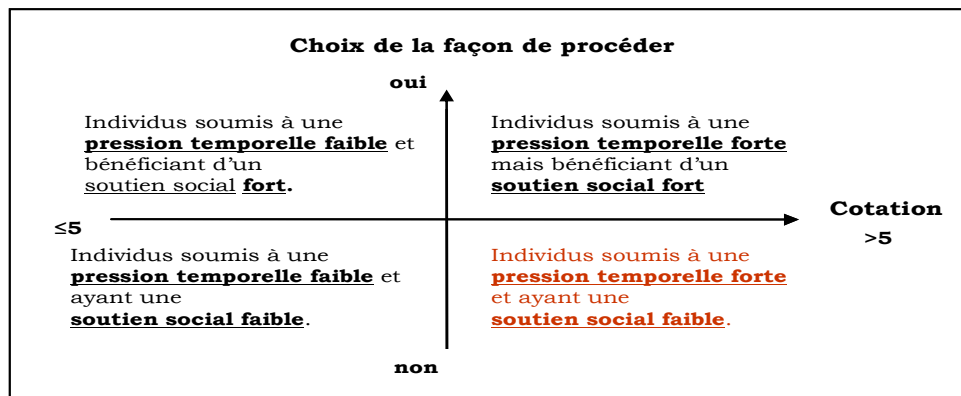
Afin d'étudier les répercussions possibles de la tension au travail sur la santé toujours en considérant les trois dimensions du modèle de Karasek, l'échantillon a été coupé en quatre selon que les individus :

- sont ou non soumis à une pression temporelle forte (cotation inférieur ou supérieur à 5 sur l'échelle analogique)
- ont ou non le choix de la façon de procéder dans leur travail.(oui ou non)

On peut résumer cette répartition de l'échantillon de manière graphique :



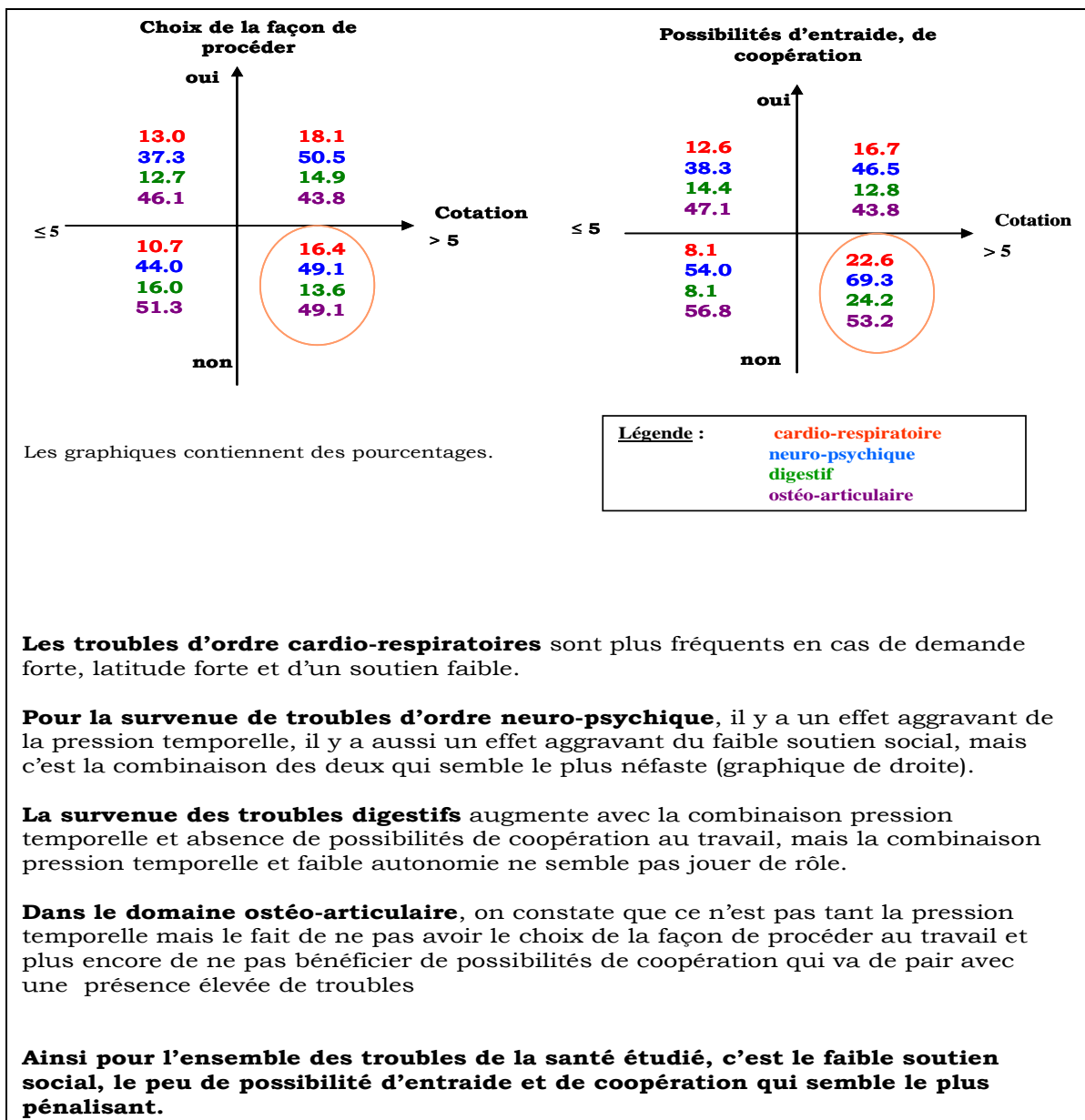
On procède de la même manière pour l'étude du couple de variables représentant la demande psychologique et le soutien social



Les graphiques suivants présentent, pour les individus de chaque quart de plan, le pourcentage de ceux qui sont atteints du trouble de santé, pour les quatre domaines de santé explorés par EVREST (troubles cardio-respiratoires, neuro-psychiques, digestifs et ostéo-articulaires)

Les pourcentages entourés sont ceux du quart de plan correspondant a priori à la situation la pire du point de vue des facteurs de « stress ».

Puis, en une page, le document présente les résultats concernant les effets de la tension sur la santé des salariés :



Les restitutions en CHSCT n'ont guère suscité de discussion, pour l'un des médecins de Z, la démarche et les résultats restent encore « trop compliqués ». Ce médecin construira un nouveau support de présentation, en vue d'une restitution des résultats en CE : « Après ma présentation en CHSCT, j'ai retravaillé un support en essayant d'enlever de chaque transparent des informations, j'ai refait un tri et j'ai essayé de jouer sur les couleurs pour aider à la compréhension de la démarche et des résultats. ». Ce document est présenté en annexe 5.

Puis quelques résultats de cette étude sont intégrés aux rapports annuels d'activité des médecins de Z1 et Z2 relatifs à l'année 2005. Ici les résultats prennent encore une autre forme, l'objectif étant

moins « pédagogique » : pour les médecins, doivent figurer le maximum d'informations sur les évolutions des conditions de travail et de la santé. Le recours aux notions empruntées au modèle de Karasek prend une autre justification que celle liée à l'analyse des facteurs de stress : « *Afin d'avoir une vision plus synthétique des conditions de travail, les items du questionnaire ont été regroupés permettant d'extraire 4 facteurs : Pression temporelle, latitude décisionnelle, soutien social et charge physique* »⁵². Le graphique prend alors la forme suivante :

	2002/2003	2002/2004
Pression temporelle		
Z	NS	**
Groupe	***	***
Latitude décisionnelle		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Soutien social		
Z	NS	NS
Groupe	**	**
Charge physique		
Z	NS	NS
Groupe	**	**

Entre 2002 et 2004, sur le plan des conditions de travail :

- **La Pression temporelle** a augmenté au niveau du Groupe comme à Z de façon significative. Cette augmentation est plus marquée pour le Groupe.
- **La latitude décisionnelle** reste inchangée
- **Le soutien social s'est** dégradé au niveau du Groupe alors qu'il est resté stable à Z.
- **La Charge physique** n'a pas évolué à Z alors qu'elle s'est aggravé au sein du Groupe. Il pourrait être important de différencier Z1 et Z2.

Concernant ce tableau, on trouve la légende suivante :

L'évolution des conditions de travail et de l'état de santé conduite sur 2 groupes de salariés dits appariés c'est-à-dire vus en 2002 et en 2003 ou vus en 2002 et 2004.
 Pour chacune des comparaisons appariées un test statistique a été réalisé pour lequel :
 - NS signifie que le test n'est pas significatif et donc qu'il n'y a pas de différence
 - * , ** ou *** signifie un test significatif, la différence entre les années étant d'autant plus marquée que le nombre d'étoile est grand.
 Dans les tableaux, le code couleur rouge indique une dégradation, le vert une amélioration.

Sur cette étude, d'autres résultats seront être présentés, sous d'autres formes, dans d'autres lieux, notamment : un séminaire RH au niveau de la filiale X, des réunions santé et sécurité chez Z.

⁵² Extrait du Rapport annuel d'activité 2005, Service médical, Z2, Février 2006.

Partie III : Mise en circulation des indicateurs en santé au travail

La première partie de ce mémoire, en abordant la genèse du d'EVREST, a mis en lumière les différentes représentations - sur la santé, le travail et leurs mesures - qui préexistent à l'implantation du dispositif. Différents groupes s'associent autour du dispositif dans la reconnaissance d'intérêts et de buts différents. L'adoption d'EVREST est également passée par une série de décisions qui ont fortement dépendu du contexte particulier dans lequel il s'insère.

Nous avons présenté dans la seconde partie le dispositif de manière détaillée et les principaux résultats cumulés au moyen de celui-ci.

Dans cette troisième partie, nous aborderons un autre aspect du dispositif lié au fait que les médecins du travail rendent publiques les données chiffrées. Nous développerons cet aspect en trois temps.

Tout d'abord, les niveaux et évolutions des indicateurs EVREST sont présentés chaque année dans différents lieux (Comités de Direction, CHSCT) et inscrits sur le papier (Rapport annuel des médecins, compte-rendu de réunions). La manière dont les médecins se situent par rapport aux chiffres et ce qu'ils en attendent oriente la façon dont sont confectionnées les présentations des résultats. Progressivement, les indicateurs EVREST constituent pour les médecins du travail une nouvelle forme d'argumentation par laquelle leur représentation entre dans les débats. Par ailleurs, d'autres acteurs se saisissent de l'objet et le dispositif s'intègre dans un réseau d'acteurs qui le reprennent, le soutiennent, le déplace. EVREST est alors intégré à d'autres montages, alliages complexes de différents dispositifs. Nous mettrons en évidence l'ensemble de ces liens qui unissent l'objet à tous ceux qui le manipulent.

Enfin, si autour des indicateurs EVREST, un débat social au sein des instances paritaires émerge difficilement, ils engagent, sous l'expression d'interprétations des résultats, tout un ensemble d'acteurs : directions d'établissement, directions des ressources humaines, encadrement de production, responsables de prévention. Autour des indicateurs, différentes lignes de tensions entre approches et définition sont sans cesse présentes. Nous aborderons ce processus à travers les débats suscités par les restitutions des données chiffrées sur le vécu au travail.

Partie III.1. Nouvelles formes d'argumentation dans les débats

1.1. Objectivité et pouvoir

Nous avons abordé, dans la première partie la question de l'objectivité apparaissant, pour les médecins, comme une ressource pour l'action dont la visée est la mise en visibilité d'une réalité. Les médecins développent un ensemble hétéroclite de ressources, dont font parties les partenariats avec le monde scientifique, les enquêtes, dans lequel l'appel aux objets scientifiques et la mesure forment une ressource majeure. Cet ensemble hétéroclite de ressources constitue l'état du « rapport de forces ». Les médecins considèrent la production de données chiffrées sur les liens santé et travail, et leur lien avec l'univers scientifique comme une force parmi d'autres forces. Comme le dit un médecin en commentant les résultats : « Ce qui est vraiment intéressant dans EVREST pour nous ce n'est pas vraiment les résultats parce que, le plus souvent, nous savions déjà, on est rarement surpris. Même si ça vient confirmer des impressions et ça c'est bien. Mais surtout, les directions, et tant la direction générale que la production ou les RH, ils veulent toujours des chiffres, et avec ces chiffres ça donne du poids à ce que l'on dit. ». Le chiffre sert ici à donner une visibilité aux objets.

Pluralité des rapports aux chiffres

Cette mise en visibilité d'une réalité, au travers de données chiffrées, laisse entrevoir, chez les médecins, différents rapports aux chiffres. Ces différentes postures éclairent les manières dont les médecins utilisent les chiffres produits, construisent leurs données, font circuler les indicateurs.

Des chiffres pour convaincre

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 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. Les premières expériences de présentation du dispositif EVREST et des restitutions de résultats consolident ce point de vue chez les médecins. A ce niveau, les représentants des salariés constituent aussi le public des résultats d'EVREST, mais 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 peuvent les utiliser comme des repères communs avec d'autres acteurs de l'entreprise. A la manière de Callon (1986), nous pourrions dire que l'indicateur incarne le travail de traduction des médecins pour connecter leurs repères à ceux des décideurs.

Médecin du travail, participant à EVREST : « Ce qui parle aux hiérarchiques ce sont les évolutions. Nous avons annoncé dès le début qu'EVREST est un dispositif organisé sur la durée, mais je pense qu'ils n'y croyaient pas beaucoup. Par contre, dès que nous avons pu montrer des comparatifs d'une année sur l'autre, nous avons senti une tout autre écoute. La première année, lors de la présentation des premiers chiffres, qui donnaient la situation sur une année, j'ai senti un peu d'ironie de la part du Responsable des Ressources Humaines. Il disait : « Vous voyez les salariés ne sont pas plus stressés à X1' qu' à X1'' (*X1' et X1'' étant deux établissements de la même filiale*) », et il avait conclu : « Ca ne va pas trop mal, ils n'ont pas de quoi se

plaindre ». Mais dès qu'il y a eu des comparatifs sur deux années où on voyait des évolutions dont certaines allaient dans le même sens sur les deux établissements, d'autres non, il devenait difficile de faire des conclusions tranchées, et là j'ai senti un changement d'écoute. »

Médecin du travail, participant à EVREST : « Ce qui donne du poids c'est que EVREST soit fait au niveau du Groupe. Les directions sont très friandes des comparaisons, pour voir comment elles se situent, pour pouvoir positionner leur établissement par rapport aux autres ou comparer des usines entre elles. »

A partir des données d'EVREST, une étude approfondie sur le vécu au travail a été réalisée en 2002. Les comparaisons d'indicateurs de deux usines d'un même établissement ont été l'élément déclencheur, lors d'une séance de restitution au sein d'un Comité de Direction, d'un débat sur la question du niveau des contraintes temporelles. La comparaison a mis en lumière ce que tout le monde percevait, mais qui n'avait pas fait l'objet d'une discussion faute peut être de constat formalisé et reconnu. Nous reviendrons en détail sur cette expérience.

L'appétence pour les chiffres se double d'un intérêt pour une démarche reconnue comme scientifique.

Un responsable des ressources humaines : « Avant, nous avions les tendances que nous livraient les médecins, sorte de notes d'humeur, par exemple : je fais 1000 visites médicales sur l'année et je constate que depuis 6 mois, un an, les gens sont plus comme ci ou comme ça. Ce type de retour a une vraie valeur de témoignage mais n'a pas la valeur scientifique que peut avoir EVREST. L'aspect technique du dispositif m'a intéressé tout de suite : pouvoir avoir un échantillon de la population que l'on peut suivre sur plusieurs années, comme ces études épidémiologiques où l'on suit une population pendant 10 ou 20 ans. Cette démarche scientifique m'a plu car elle permet d'objectiver, d'avoir une base de données pour objectiver un certain nombre de phénomènes dans le temps. »

Dans le même sens, un autre responsable des ressources humaines :

Un responsable des ressources humaines : « La démarche a été appréciée au sein de l'encadrement de production, car ces personnes ont des formations scientifiques, ils

ont un peu de mal avec tout ce qui relève des « sciences molles ». Avec ces chiffres, on peut aborder des phénomènes de groupe, des observations générales, en tirer des conclusions relevant presque de la sociologie mais à partir d'un outil technique qui est compris par les ingénieurs, outil dont ils reconnaissent la validité. Alors que si l'on part de propos plus généraux, plus abstraits, la démonstration est moins aisée ».

A son tour, un autre responsable des ressources humaines évoquera la capacité de conviction d'un tel dispositif lorsque, dans une discussion avec son directeur d'établissement, il doit, à son tour, convaincre de l'utilité d'investir (en moyens et en ressources) dans EVREST : « c'est une démarche qui plaît à des ingénieurs, c'est scientifique. ». Dans cette discussion l'aspect « léger » du dispositif est aussi un argument de poids. EVREST repose sur un questionnaire relativement court (une fiche recto-verso), un plus gros dispositif aurait été peut-être plus dissuasif.

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.

Des chiffres pour connaître

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. Dans cette posture, ils sont prêts à remettre en question un diagnostic construit sur la base d'interprétations d'une réalité perçue, si celle-ci se trouve déstabilisée par les données. Leurs références théoriques sont les mêmes mais leur travail de formulation d'hypothèses visant des propositions d'interprétation est renouvelé. Même si la plupart des médecins témoignent « n'être pas souvent surpris par les chiffres qui viennent souvent conforter leurs ressentis », ils se laissent aussi surprendre et reconnaissent « avoir été sur quelques aspects assez étonnés de quelques tendances ». Ils vivent ce dispositif comme un soutien de leur action apportant une assurance à leur diagnostic.

Des chiffres pour débattre

Les chiffres, par la légitimité intrinsèque que leur confèrent les directions, semblent alors apporter un crédit suffisant à la parole des médecins pour qu'elle soit écoutée. Les médecins, accordant eux-mêmes un crédit aux statistiques parce qu'elles permettent de montrer une réalité, se voient conforter dans la force de 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.

Le premier 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 ».

Deuxièmement, 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 travail⁵³, les médecins ont acquis la conviction qu'il ne suffit pas aux chiffres d'être donnés pour qu'ils soient discutés puis repris.

Troisièmement, 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. Nous rejoignons ici les constats de Dodier (1995) issus de son analyse sociologique du dispositif SUMER⁵⁴ (enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels). Pour faire admettre de nouveaux objets, les chiffres doivent, selon lui, respecter deux contraintes : 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.

⁵³ Rappelons que la plupart des médecins participant à EVREST ont une forte ancienneté dans la fonction et dans l'entreprise.

⁵⁴ Dodier N. (1995).

Un développement de cette étude est également présent dans Dodier N.(1993).

Ces manières de voir sont importantes car elles façonnent la façon dont les données vont être présentées. Elles caractérisent par ailleurs plus largement la façon dont les médecins mobilisent les outils techniques dans leur action. Instrument de « légitimation » dans un premier temps, les données chiffrées deviennent un instrument de « débat » sur les questions de santé au travail. Derrière l'enjeu de la confrontation, apparaît celui de la mise en visibilité de ces préoccupations : la construction collective des interprétations des indicateurs participe à donner une réalité aux questions de santé au travail.

De la poursuite du processus dépendra la reprise par les différents acteurs des éléments du diagnostic qui à son tour participe à construire la réalité de ces constats. Nous reviendrons sur cet aspect dans la dernière partie de ce chapitre.

La confection de chiffres acceptables

Ainsi, dans la construction des restitutions des chiffres d'EVREST, les médecins anticipent les tensions entre différents *mondes* pour confectionner un ensemble acceptable, composé de chiffres, de courbes, de flèches et de commentaires.

Revenons sur le processus d'exploitation et de restitution des données. Ce processus est réalisé en deux étapes. Un premier travail d'exploitation des données par les chercheurs associés au dispositif est réalisé. Cette première synthèse est travaillée avec les médecins du travail participant au dispositif. Le médecin, pilote de l'opération, retravaille avec les chercheurs, une seconde synthèse. Un investissement guidé par « ce qui peut intéresser les acteurs de l'entreprise » se réalise une première fois à ce niveau là. Des manières de présenter les résultats, d'interroger des interprétations, de mettre en évidence certaines données sont proposées. Puis chaque médecin définit, à travers différents processus, des lieux de restitution, des données restituées, des supports diffusés, pour son établissement. Plusieurs cas de figures existent.

Concernant les audiences de restitution, 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, lors de l'échange avec le responsable des ressources humaines, celui-ci décide de convier également un responsable de production, un responsable de l'hygiène et de la sécurité, un responsable de formation. Dès 2000, lors du lancement de l'année-test, les médecins ont informé du dispositif,

puis en 2001 lors de son lancement et dès 2002 ils ont restitué des résultats. Si durant les premières années du dispositif, les médecins conviennent qu'« on ne parlait pas vraiment de résultats et encore moins des indicateurs », ils ont néanmoins décidé, chacun dans leur établissement de « parler d'EVREST pour dire où ça en était, pour dire que c'était bien en route, que ce n'était pas aux oubliettes ». Evoquer le dispositif chaque année dès le début sans que les résultats soient encore « très parlants » relève de deux enjeux pour les médecins : qu'EVREST « fasse parler de lui », d'une part ; d'autre part, les salariés par leurs réponses au questionnaire étant mobilisés, les médecins jugent « correct que les salariés aient un retour par la voie de leurs représentants ». Dans certains établissements des médecins ont élargi selon les années et les thèmes approfondis, la restitution au Comité d'Entreprise (CE) estimant que « ce n'est pas le même public que le CHSCT ni les mêmes fonctions de représentations, ça permet ainsi d'informer d'autres personnes qui ne feront peut être pas tout à fait la même chose des résultats ». D'autres ont organisé sous l'impulsion des responsables des ressources humaines, des restitutions avec la direction de l'établissement et l'encadrement de production. Ce fut notamment le cas pour la restitution d'une étude sur le vécu au travail que nous abordons dans cette partie (Partie III.2).

Le caractère paritaire ou non des audiences constitue une première ligne de démarcation entre deux types d'instances de restitution des résultats d'EVREST qui orientera profondément les débats. A cette ligne de partage s'en ajoute une autre. Au fil des années, les lieux où l'on évoque EVREST se diversifient, faisant naître deux types d'audiences : d'une part, les 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 seront convoqués par certains participants. Nous développerons également ces différents types d'insertion des données d'EVREST dans des dispositifs de l'entreprise.

Certains médecins restituent seuls, d'autres demandent le soutien des chercheurs associés au projet pour rendre compte des résultats. Dans les faits les chercheurs sont intervenus dans des instances où ne siègent que des membres de la direction et de l'encadrement. Aucun médecin n'a jugé utile ou possible d'inviter les chercheurs à restituer les résultats aux instances paritaires. A notre connaissance les médecins n'ont pas fait de démarche particulière pour inviter les chercheurs à restituer en présence des représentants des salariés, sans qu'un point de vue spécifique sur ce sujet nous ait été formulé. Un médecin a exprimé le caractère aléatoire du déroulement de ces instances, sous-entendant le risque d'un déplacement des chercheurs, inutile : « on ne sait jamais comment

ça va se passer et le temps que l'on va avoir pour parler d'un sujet à l'ordre du jour ». Un autre, l'absence probable de débat : « jusqu'à présent les résultats d'EVREST n'ont pas suscité beaucoup de débat entre les partenaires sociaux ». Pour un autre médecin, c'est le niveau de connaissance concernant les dispositifs d'enquête qui rend inutile la sollicitation des chercheurs : « les questions des représentants du personnel ne portent pas sur des aspects très techniques, notamment parce qu'il est rare qu'ils aient suivi une formation aux statistiques ». Aucun représentant du personnel n'a, à notre connaissance, émit le souhait d'une restitution en présence des chercheurs.

Les médecins qui ont eu recours aux chercheurs justifient cet appel de deux manières. D'une part, ils expriment la crainte « de ne pas être à la hauteur face à des questions trop techniques sur le dispositif. Dans cette population beaucoup sont des scientifiques et connaissent bien les aspects techniques or nous ne savons pas toujours très bien expliquer les odds ratios, les analyses statistiques avec des croisements ». Dans ces propos, les médecins estiment qu'une difficulté à répondre à une question technique peut « détruire l'outil, le rendre moins légitime ». D'autre part, les chercheurs associés au projet font référence au cours des restitutions à d'autres expériences de développement de dispositifs quantitatifs sur la question de la santé au travail, menées dans d'autres entreprises. Pour les médecins, les divers témoignages des chercheurs sur ces expériences permettent de dédramatiser la situation : d'autres entreprises travaillent aussi sur des problématiques de santé au travail, notamment sur le stress, le problème est certes très sérieux mais il préoccupe beaucoup d'autres entreprises. Dans un établissement, l'association des chercheurs aux restitutions relève également d'une demande explicite du responsable des ressources humaines, formalisée dans une convention entre l'entreprise et le centre de recherche, correspondant à une attente très précise de la direction.

Avant la présentation des résultats aux instances paritaires, les médecins les présentent aux responsables des ressources humaines. Ces échanges abordent des problématiques relevant de deux niveaux différents. Ils traitent des questions que soulèvent les données d'EVREST. Par ailleurs, ils ouvrent sur une discussion entre le responsable des ressources humaines et le médecin portant sur le choix des données qui seront restituées au CHSCT. Plusieurs composants entrent alors dans la discussion. Les responsables des ressources humaines justifient le choix des résultats à diffuser selon le principe d'une communication contrôlée des données pour « éviter les fausses interprétations qui rendent les débats stériles », ou encore pour « avancer à petits pas » parce que « parler d'indicateurs avec des éléments sur la santé et le travail, amène les syndicats sur un domaine qui les intéresse fortement : celui des négociations sur la pénibilité et leurs liens avec les âges de départs à la retraite. Il faut donc être prudent. ». Ce responsable des ressources humaines

fait allusion à l'ouverture des négociations sur la pénibilité, dans le cadre de la réforme des retraites, visant la prise en compte de celle-ci pour fixer l'âge de départ en retraite. De leur côté, les médecins du travail mettent en avant l'argument de l'opportunité, au travers des données d'EVREST, de revenir sur des termes pour lesquels des définitions peu partagées créent ambiguïté ou crispation. La présentation au CHSCT est le résultat d'un accord qui est, selon les médecins, très proche de la manière dont ils auraient présenté les choses. Dès les présentations des résultats aux responsables des ressources humaines, les médecins intègrent dans leur façon de restituer des données les attentes des audiences et les tensions entre les différents intérêts représentés. Même dans l'élaboration de leur rapport annuel, lieu privilégié d'expression libre pour le médecin, les médecins témoignent de la nécessité de « s'adapter aux deux parties que l'on a en présence ». 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 processus social. Outre le souci constant des médecins de simplifier les informations transmises, l'analyse des supports de présentations des résultats et des différents témoignages fait ressortir, deux autres repères paraissant guider les médecins dans la confection des données restituées : exposer la méthodologie utilisée et montrer la diversité des situations.

Désireux de rappeler le champ et les limites (au sens de ce qu'on peut en attendre) de l'outil, les médecins, avant de restituer des résultats, évoquent quelques principes constitutifs d'EVREST. Premièrement, les médecins précisent la diversité des questions abordées : le questionnaire traite volontairement de divers sujets pouvant concerner plusieurs aspects de la vie de l'entreprise (les conditions de travail, l'organisation du travail, la formation, la santé éprouvée ...). Chacun de ces sujets peut par ailleurs faire l'objet d'une approche intéressante mais l'instrument ne permet pas son analyse approfondie. Sur ce sujet, un médecin témoigne avoir exprimé, lors d'un CHSCT, l'écueil de « faire dire aux données d'EVREST plus que cela peut pouvoir dire ». Enfin, l'inscription d'EVREST au niveau du Groupe, le nombre de salariés concernés par le dispositif, lui confèrent la capacité d'une large description qui permet de comparer diverses situations au sein du Groupe et de montrer leur diversité.

Pour les médecins, montrer de la diversité comporte trois intérêts. D'une part, la mise en lumière de la diversité amène à décrire de multiples situations présentes dans l'entreprise. L'instrument se trouve valorisé par sa capacité à pouvoir aborder un périmètre relativement large.

D'autre part, les comparaisons désignent autant l'ampleur des contraintes, des expositions, des dégâts sur la santé, etc. que des situations qui sont 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 : « Les domaines qui vont bien ou mieux sont des points d'appui pour pointer là où ça va moins bien. Avec EVREST, on trouve toujours des points d'appui quelque part parce qu'il aborde une multitude de sujets. Tout ne peut pas aller mal ». Un autre médecin nous a évoqué un des apprentissages qu'il a réalisés par sa participation au dispositif : « J'ai appris avec EVREST qu'il ne faut pas montrer que du noir pour être écouté des directions. Il faut montrer que dans un domaine ça va, mais que dans un autre domaine ça ne va pas, et montrer que là où ça ne va pas il est possible d'améliorer les choses puisque d'autres ont réussi à ce que ça aille ». Le diagnostic ainsi construit à partir de multiples données sélectionnées apporte un ensemble d'informations tolérables.

Enfin, la description d'une diversité est pour les médecins le déclencheur de discussions, de réflexions collectives. Par exemple, évoquer la proximité des niveaux de contraintes temporelles dans deux grands métiers, entre deux usines d'un même établissement, ou au contraire montrer l'écart des appréciations sur le travail entre deux établissements amène soit à valider un savoir profane présent dans l'entreprise, soit à éveiller des interrogations, des discussions recherchant des interprétations à ces différences. 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. Ne conférant aux données chiffrées issues d'EVREST aucune valeur interprétative, les médecins renvoient aux seules personnes qui reçoivent les résultats, la capacité d'interprétation. Certaines interprétations spontanées peuvent à leur tour être vérifiées par une approche quantitative mais la majorité des interprétations sont formulées par les personnes qui opèrent une mise en relation de plusieurs éléments. Des éléments liés à leur représentation de la réalité et de ses évolutions, fruit de leur positionnement dans l'entreprise, de leurs fonctions, leur formation, etc, sont rapprochés des données issues d'EVREST. Dans ces discussions, les médecins prennent place, laissant leur figure de « producteurs de chiffres », au même titre que l'ensemble des participants, comme détenteurs d'une connaissance particulière de l'entreprise, liée à leur fonction et à leur champ d'action, qu'ils soumettent au jeu de l'interprétation. Les interprétations proviennent de ce que les personnes savent par ailleurs et qui se combine avec les données chiffrées restituées. Le questionnaire abordant divers éléments de la vie de l'entreprise permet

d'inviter différents acteurs à lier leurs préoccupations, leurs domaines d'action aux résultats d'EVREST.

EVREST dans les instances paritaires

Les Comités d'hygiène, sécurité et conditions de travail sont des instances paritaires qui traitent de problèmes techniques. En leur sein, siègent les représentants d'acteurs différents. Les médecins y participent en tant qu'experts et « conseillers » des deux parties. Instance consultative dans laquelle les acteurs ne négocient pas, au sens juridique du terme, mais négocient le traitement d'un sujet, l'avancée d'un dossier, l'engagement d'une expertise et le recours à une contre-expertise, le choix d'un expert Au travers de ces négociations chacun exprime les intérêts du groupe qu'il représente, et doit rechercher, tout en préservant ces intérêts, des points d'accord avec les autres parties. Les discussions s'engagent à partir d'objets techniques, qui mis en scène dans le jeu des rapports sociaux prennent tour à tour les figures de l'objectivité et l'indépendance de la science, la représentation de vues divergentes sur un même objet, l'incarnation des affrontements d'intérêts sociaux contradictoires. Les indicateurs d'EVREST prennent place dans ces instances et peuvent incarner ces multiples facettes que leur donneront les acteurs.

Ni question, ni débat concernant le dispositif et les résultats d'EVREST ne figure dans les procès-verbaux des CHSCT. Pour seules mentions de ces restitutions, figurent, dans les points traités à l'ordre du jour, « *Résultats EVREST* », puis en annexe des procès-verbaux, les présentations, souvent sous forme de transparents, élaborés par les médecins. Les premiers CHSCT où sont présentés publiquement les résultats d'EVREST datent de 2002. En 2000 et 2001, EVREST avait été l'objet d'un point d'information.

L'ensemble des interviewés témoignent de la même chose : les résultats d'EVREST n'ont pas suscité beaucoup de débat dans les CHSCT. Les discussions sont essentiellement composées de questions assez générales des représentants des salariés, adressées aux médecins qui y répondent, en séance. Ces questions sont de plusieurs registres. Les premières concernent le déroulement de l'enquête. Les représentants des salariés défendent, notamment, la protection des salariés en appelant au respect de l'anonymat, demandant parfois aux médecins de redire le procédé par lequel l'identité du salarié ne peut être révélée. Un autre registre de questions a trait à la mise à disposition publique des résultats : les salariés, grâce auxquels le dispositif peut exister, doivent pouvoir disposer librement, au sein du service médical, des résultats présentés en CHSCT.

Lorsque cette procédure est demandée, elle est, en séance, acceptée par le représentant de l'employeur. Du témoignage d'un médecin, nous apprendrons que les représentants des salariés viennent régulièrement, au service médical, pour vérifier le bon respect de cet engagement. Dans certaines séances de CHSCT, les représentants du personnel demandent aux médecins de revenir sur les questions posées aux salariés. Les médecins précisent alors les domaines abordés et la formulation des questions.

Dans la plupart des cas, la discussion s'arrête là : pas d'autres questions des représentants des salariés, pas d'expression des représentants de l'employeur. 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.

Les divers témoignages recueillis font apparaître divers points de vue. En premier lieu, les médecins évoquent le caractère routinier des échanges dans ce type d'instance où peinent à se renouveler les formes des débats, même à l'occasion d'une nouvelle démarche. Cette justification sera également développée par un responsable santé, sécurité, environnement, président d'un CHSCT. D'autre part, du point de vue des médecins, les représentants des salariés sont intéressés mais aussi en attente des actions qui s'engageront à la suite des constats. Ils expriment enfin la difficulté de certains représentants à s'approprier les résultats compte tenu de la technicité du dispositif. Le plus souvent, les médecins comptent sur « le temps » pour que cheminent dans les esprits les résultats. Les représentants des employeurs développent également l'argument lié à la complexité du dispositif pour justifier l'absence relative d'intervention des représentants des salariés sur les résultats. Un responsable des ressources humaines assimile ce silence des représentants à leur reconnaissance du sérieux de la démarche : les données construites appellent davantage recul et réflexion que discussion spontanée.

Un autre responsable des ressources humaines distingue, concernant les résultats d'EVREST, l'obligation d'information du CHSCT de celle de discussion, pour laquelle son caractère constructif nécessite, selon lui, une appropriation suffisante par les interlocuteurs de la démarche, ce responsable estimant que cette condition n'est pas réunie du fait de la nouveauté du dispositif. Là aussi, le temps fera son travail.

Nos entretiens avec des représentants des salariés siégeant aux CHSCT font ressortir plusieurs éléments.

Tout d'abord, la plupart évoquent la complexité du dispositif face à laquelle le temps qui y est consacré durant les CHSCT, ne permet pas un véritable accès aux données. Les discussions approfondies entre les médecins et les directions (ressources humaines, établissements ou production) offrent davantage à ces derniers les repères pour débattre avec les médecins des résultats d'EVREST.

Par ailleurs, certains expriment une forme de scepticisme face aux résultats, scepticisme évoqué sous la forme de deux types d'arguments. Le premier s'appuie sur un questionnement concernant la validité des chiffres qui, sur quelques domaines, révèlent une réalité plus nuancée que celle exposée par les représentants du personnel. Ils justifient cette interrogation par la présomption d'une pression du médecin sur le salarié, pression qui orienterait les réponses du salarié amené à, selon les propos d'un représentant des salariés, « cacher des avis trop critiques ou négatifs de ses conditions de travail ». Le deuxième argument relève d'un propos plus général, résumé dans les paroles d'un des représentants des salariés rencontré : « on peut faire dire ce qu'on veut aux chiffres ».

Ces deux points – complexité du dispositif et validité des résultats - n'ont pas fait l'objet d'intervention publique, tout au moins nous n'en n'avons pas trouvé la trace, ni dans des documents écrits (compte-rendu, notes manuscrites ...), ni dans des propos des participants résumant les échanges sur EVREST dans les CHSCT.

Enfin, qu'ils expriment scepticisme ou pas quant aux résultats, la majorité des représentants des salariés témoignent de leur intérêt qu'EVREST ait abordé en 2005 la question du stress, et « attendent de voir » ce que ça va produire. Ici le thème abordé par l'intermédiaire des indicateurs EVREST – le vécu au travail - recoupe une forme d'expression collective – le stress - dont les représentants du personnel se font l'écho.

L'ensemble de ces propos appelle plusieurs réflexions. 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 ? Dans le rapport que les représentants des salariés établissent avec la réalité, leur mode d'action diffère de celui

d'EVREST : ils accèdent à des objets par l'intermédiaire de revendications, de plaintes individuelles. Ils recueillent, transmettent les demandes des personnes et développent toute une série de dispositifs pour prendre en compte, traduire puis répondre aux doléances. L'exemple d'un malentendu relatif au terme même d'indicateurs de santé au travail au cours de nos rencontres avec des représentants des salariés aux CHSCT vient renforcer ce questionnement. La répétition de ce *malentendu*⁵⁵ lors de plusieurs entretiens nous amène à en considérant l'importance et à interroger sa signification.

Selon les établissements, médecins, ergonomes, président de CHSCT nous communiquaient les coordonnées des secrétaires des CHSCT qui eux-mêmes nous transmettaient quelques contacts de représentants. Une présentation très générale du thème de notre recherche – les indicateurs de santé au travail – suffisait à obtenir leur accord pour une rencontre. A plusieurs reprises, nous avons dû, de part et d'autre, clarifier le sens que nous accordions à deux expressions - « indicateurs de santé au travail » et « suivi des relations santé et travail » - l'échange montrant de toute évidence que nous donnions avec notre interlocuteur un sens différent. Ces représentants des salariés siégeant au CHSCT définissaient les indicateurs de santé au travail, comme des indicateurs de suivi des actions menées par les membres du CHSCT sur les questions relevant de leur champ d'action : celui des conditions de travail, de la sécurité et de l'hygiène. Lors de notre rencontre, ces représentants travaillaient justement sur la construction de ces indicateurs, et négociaient avec les représentants des employeurs les modalités de leur communication. La quantification visait le suivi du nombre de problèmes rencontrés par les salariés et exprimés à leurs représentants, problèmes classés selon quatre grandes catégories : ambiance, produits, installation, autres. Puis les indicateurs indiquaient le nombre d'actions déclenchées suite à l'expression de ces difficultés et la voie utilisée : une simple intervention informelle d'un membre du CHSCT auprès de la hiérarchie, une intervention plus officielle dans le cadre des Commissions de secteurs hygiène et sécurité, une remontée des problèmes au sein du CHSCT. Au travers de ces indicateurs, l'enjeu exprimé par les représentants des salariés aux CHSCT est la mise en visibilité de toute une série d'actions informelles ou dont le suivi n'est pas formalisé, réalisées par les représentants des salariés. Leurs objectifs sont de rendre des comptes à ceux qui les mandatent, de justifier leurs décisions, de livrer des traces de leur activité.

⁵⁵ Beaud S., Weber F. (2003), p. 257;

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 peuvent ouvrir sur le véritable objet du débat : la transformation du travail, et donc les mesures à prendre, avec différentes options envisageables. L'ouverture des résultats d'EVREST à leur interprétation peut constituer un enjeu de lutte.

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 seront convoqués par certains participants. Ce sont ces différents types d'insertion des données d'EVREST dans des dispositifs de l'entreprise que nous développons maintenant.

1.2. Elargissement des entités rattachées à EVREST

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 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, expression d'intérêts de plus en plus multiples.

Insertion d'EVREST dans des dispositifs

Des formes d'insertion des données d'EVREST sont à l'initiative des médecins participant à EVREST. Au-delà des résultats, les médecins cherchent à positionner l'outil dans l'organisation, parmi d'autres outils. Leur objectif exprimé est le même que celui développé à la création d'EVREST : relier des éléments sur la santé avec des décisions de l'entreprise concernant des aspects techniques, organisationnels, ou du domaine des ressources humaines.

Le Groupe formule en 2002 une préoccupation sur la problématique du vécu au travail, qui s'exprime progressivement au sein de plusieurs filiales du Groupe dans lesquelles des directions d'établissements recherchent des moyens pour accéder à une meilleure connaissance de la situation sur cette question. Cette préoccupation sur le vécu au travail semble provenir d'un constat relativement proche de celui sur lequel s'appuie l'argumentaire des médecins concernant la création d'EVREST. Il semblerait qu'il y ait un accord sur le constat d'une augmentation de différentes formes de contraintes (de temps, de qualité, de renouvellement des produits) et sur la nécessité d'en mesurer les conséquences. En 2004, les médecins ayant eu connaissance de cette préoccupation ont proposé aux directions, après vérification avec les chercheurs associés au projet de l'usage possible d'EVREST pour approfondir cette thématique, d'utiliser les données issues du questionnaire pour appréhender les facteurs de stress au travail. L'intitulé de la problématique est

passé par plusieurs vocables : le vécu au travail, les facteurs de stress au travail, les facteurs de tension dans le travail. Les directions acceptent, tout en développant à côté d'autres types de diagnostics sur le thème, études qui resteront beaucoup plus confidentielles.

Dans un autre cas, EVREST s'insère dans des dispositifs de mise en œuvre d'un accord signé au niveau du Groupe. En 2005, les partenaires sociaux signent un accord sur l'organisation des secondes parties de carrières, incluant parmi de nombreuses dispositions, « la connaissance de la population des plus de 50 ans ». Dans une réflexion, menée par les directions des ressources humaines, sur la déclinaison dans les filiales et les établissements de cette mesure d'un accord-cadre, les médecins ont proposé le recours aux données d'EVREST pour réaliser ce diagnostic. C'est sur ce thème précis des relations et des évolutions entre âge, santé et caractéristiques du travail que seront présentés, en 2007, les résultats d'EVREST.

L'objectif des médecins, résumé dans les propos de l'un d'eux, est le suivant : « Nous essayons d'intégrer EVREST à d'autres réflexions ou préoccupations existantes dans l'entreprise. Cela permet de montrer que l'on peut apporter des éléments concrets dans les discussions et de faire vivre EVREST ».

Dans un premier temps les données chiffrées ont permis aux médecins de développer des préoccupations de santé au travail dans des discussions, puis la construction de certains indicateurs EVREST forment des arguments au moyen desquels les médecins cherchent à convaincre de la légitimité d'une représentation de la santé au travail. Tel fut le cas notamment pour les indicateurs de vécu au travail construits à partir des données d'EVREST.

Si l'initiative d'insérer EVREST dans des dispositifs vient des médecins participants à EVREST, d'autres actions insèrent des résultats d'EVREST dans le développement d'argumentaires. Deux expériences de ce type ont été menées, l'une à l'initiative d'un ergonome de l'entreprise, l'autre est issue d'une coopération entre un ergonome et un médecin. La première, réalisée en 2004, était une sensibilisation sur la question du vieillissement auprès de membres de l'encadrement de production et des ressources humaines. La seconde, réalisée en 2006, reposait sur la construction d'un argumentaire visant à convaincre des chefs d'atelier, d'associer ergonome et médecin dès l'amont d'un projet de conception. Dans ces deux expériences, les indicateurs EVREST font partie d'un ensemble de données qui constitue des montages composites.

Alors que durant les premières années, les chiffres restaient dans les audiences institutionnelles (CE, CHSCT et réunions de direction) progressivement, ils circulent dans les réunions des pôles santé et sécurité au sein des établissements, les réunions prévention France, dans des échanges autour de projet d'aménagement de situation de travail, dans différents discours.

Elargissement du réseau d'alliances

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.

On observe, depuis 2005 un accroissement du nombre de médecins désireux d'intégrer le dispositif. Cette augmentation est concomitante avec les premiers résultats d'EVREST sous la forme d'indicateurs. En effet, nous l'avons dit, la principale raison liée à l'implication des médecins dans ce dispositif réside dans la possibilité de construire des indicateurs. Or ce n'est qu'en Juin 2004 que pour la première fois les médecins ont vu EVREST jouer son rôle de producteur d'indicateurs, en montrant les évolutions entre 2002 et 2003. Durant ces deux années (trois pour les médecins qui ont contribué à l'année-test, en 2001), les médecins avaient contribué au dispositif mais n'avaient eu que les analyses transversales concernant l'année 2002. Ainsi, début 2004, certains médecins quittent le dispositif estimant ne pas avoir les retours à la hauteur de leur investissement et de leurs attentes. Puis, suite aux résultats sortis en Juin 2004, les médecins perçoivent pour la première fois ce qu'ils attendaient du dispositif : sa capacité à indiquer. Ils les présentent auprès de diverses audiences et découvrent l'intérêt croissant, au sein de l'entreprise, pour ces indicateurs capables d'éveiller de la curiosité chez un public varié. Enfin, les médecins voient dans leur capacité à proposer des évaluations intéressantes et utiles des enjeux de santé au travail, une nouvelle légitimité se construire. Dès le second semestre 2004, les médecins qui avaient abandonné, reviennent dans le dispositif et d'autres l'intègrent. Un médecin témoigne à ce sujet : « Plus il y a de médecins, plus ça donne du poids parce qu'on couvre l'ensemble des situations. »

En lien avec l'évolution de la réglementation, des acteurs voient un intérêt nouveau ou croissant dans la réalisation d'une objectivation pratique des conditions de travail. D'une part, les responsables des ressources humaines évoquent la loi sur le harcèlement moral. Désireux à la fois de construire les éléments d'une protection pénale et en même temps de détourner un mouvement

de juridiciarisation des relations de travail, les responsables des ressources humaines recherchent des moyens de poser autrement la question. D'autre part, la législation relative à l'évaluation des risques renouvelle le positionnement du champ de la prévention.

D'autres acteurs s'emparent du dispositif pour soutenir leur action. Un responsable d'un pôle santé, sécurité et environnement positionne EVREST dans une combinaison de plusieurs outils, l'assemblage des résultats obtenus étayant un diagnostic global de la situation pour orienter des actions de prévention. Ce responsable part du constat d'un besoin des directions d'accéder à « des diagnostics qui donnent une évaluation globale de la situation » et précise « une direction d'établissement ou de secteur, ou les responsables de production veulent savoir en même temps l'état de conformité réglementaire sur les aspects hygiène, sécurité et environnement et l'évaluation des risques, au sens large, c'est-à-dire risques professionnels et risques industriels ».

Extrait d'entretien :

Un responsable santé, sécurité et environnement : « Dans une entrée pragmatique et pratique je ne voyais pas comment utiliser cet outil dans la vie de tous les jours. Et la vie de tous les jours dans la situation dans laquelle j'étais hier c'était de gérer l'urgent : principalement travailler sur les reclassements de personnel, quelques fois gérer des situations d'impossibilité d'emploi sur tel ou tel poste, pour des raisons médicales ou autres. Donc, je savais que ça existait, mais ça ne répondait pas du tout à mes demandes, à la problématique que j'avais. Cela ne répondait pas car c'était global : au niveau d'un établissement. Puis, progressivement, j'ai vu que ça pouvait être vraiment le complément, qui nous manque par rapport à l'évaluation traditionnelle des risques, que l'on fait dans le domaine de la santé, sécurité, environnement. Je voyais mieux ce qu'il y avait derrière, mais ça ne répondait pas directement à mes besoins : il fallait autre chose, les résultats seuls ne me servaient à rien. Et aujourd'hui je pense qu'on a trouvé ce qu'il manque : l'étude des postes lourds. Quand on a quelqu'un a reclasser, soit il est aujourd'hui sur un poste lourd et là on peut imaginer qu'il ne puisse plus occuper ce poste-là donc il faudrait lui trouver autre chose, ça sous-entend qu'il faut identifier tous les postes lourds de l'établissement et de la société pour éviter qu'une personne se retrouve sur un autre poste lourd.

La traduction d'EVREST, nous l'avons trouvée dans le domaine de la pénibilité. Cela est lié aussi à un contexte. La fin des départs anticipés, et donc la nécessité de gérer

des gens qui avaient dans leur tête l'idée de partir, et parmi eux des gens qui sont apparus usés par l'exercice professionnel, ce qui est apparu clairement avec EVREST. Aujourd'hui, ce que nous recherchons, c'est de lier EVREST, la pénibilité, l'analyse de risques. Notre préoccupation est d'apporter à l'analyse de risque traditionnelle, faite sur les postes de travail, une autre dimension qui est une dimension humaine : l'exercice de la fonction liée à l'humain. Et donc on s'aperçoit que EVREST pourrait être un vecteur d'information mais il faudra quand même le lier à d'autres sources et notre idée est de le lier maintenant à la grille de cotation qui nous permettra d'évaluer la pénibilité au travers d'un certain nombre de critères. C'est aussi le moyen de vérifier des mesures qu'apporte EVREST à partir du ressenti des salariés.

Cette idée de « vérification » fait débat aujourd'hui au sein de l'entreprise dans le champ de la prévention, entre médecins, préventeurs et ergonomes.

Dès 2005, EVREST traversait les frontières de l'entreprise au travers des communications du médecin pilote d'EVREST sur cette expérience. Ces communications ciblaient un public de pairs, c'est-à-dire des médecins du travail. On observe un déplacement de ce type créé dans d'autres audiences : en 2005, un responsable de la prévention des risques d'une filiale présente EVREST à ces analogues européens et en 2006, ce même responsable expose le dispositif au sein d'un réseau de préventeurs appartenant à différentes entreprises du secteur.

D'autres acteurs vont insérer des résultats dans leurs discours, indépendamment des concepteurs du dispositif. On retrouve alors d'autres types de montage. Nous développerons un exemple dont le montage résulte d'un alliage complexe entre des dispositifs de représentations du personnel et des indicateurs EVREST, dans un tract d'une organisation syndicale. Ce tract⁵⁶ traite de la question de l'emploi et évoque, dans un paragraphe pointant le recours massif à la sous-traitance et au travail temporaire depuis plusieurs années : *« Pour les salariés, la désorganisation engendrée par le recours sans cesse plus important depuis plusieurs années à la sous-traitance et au travail temporaire a eu des conséquences sur les conditions de travail. Le stress s'accumule avec en particulier des effets sur la santé (cf le rapport du médecin du travail) »*.

⁵⁶ Tract signé d'une organisation syndicale (minoritaire) d'un établissement du Groupe, daté de Juillet 2006.

Les auteurs du tract nous diront que ce « *rapport du médecin du travail* » fait référence à des données du bilan annuel (2005) du médecin, présenté en CHSCT au cours du premier semestre 2006, restituant l'étude sur le vécu au travail à partir des données d'EVREST. Ce tract assemble, outre cette référence implicite aux résultats issus d'EVREST, toute une série d'éléments : une liste, organisée par thème, des difficultés exprimées par le personnel, un extrait d'un tract précédent rappelant l'avertissement donné depuis plusieurs mois par cette organisation à sa Direction quant aux effets négatifs de cette situation, une série de revendications, l'expression d'une position.

Tous les acteurs qui se situent par rapport aux indicateurs EVREST ne soutiennent pas forcément la représentation liée, mais le fait qu'ils se positionnent par rapport à eux, participe à donner une réalité aux chiffres et à leur diffusion dans l'organisation. Ce positionnement des acteurs peut prendre différentes formes.

Dans le périmètre restreint des espaces de restitution, les acteurs commencent à se situer par rapport aux indicateurs. Progressivement, l'encadrement, jusqu'aux responsables d'ateliers utilisent les indicateurs pour se positionner, l'un d'entre eux a évoqué, en commentant les résultats : « vous voyez bien chez moi ils ne sont pas stressés, c'est à côté ». Un responsable des ressources humaines dit avoir attendu les derniers chiffres EVREST, et « être impatient d'avoir les prochains résultats ». Des responsables croisent les indicateurs EVREST avec d'autres éléments quantitatifs ou qualitatifs sur la même période, mettent en relation ces chiffres avec d'autres repères avec lesquels ils sont familiers. C'est une autre manière de se situer par rapport aux chiffres. Ce positionnement des acteurs se marque aussi par des critiques de l'indicateur. Dans un établissement, certaines critiques viennent du responsable de la sécurité qui estime que les indicateurs EVREST se situent à un niveau trop global : l'établissement. Des responsables de production évoquent les différences de temporalités entre leurs indicateurs habituels qui suivent les évolutions de manière hebdomadaire et le dispositif EVREST qui se situe sur une longue période (un an) et dont les résultats sont disponibles six mois après cette année de référence : « nous ne sommes vraiment pas habitués, et souvent on a oublié ce qui s'est passé durant la période à laquelle se réfèrent les données ».

Si l'ensemble de ces expériences participe à l'élargissement des entités rattachées au dispositif, elles soulignent aussi les points d'accrochage entre le dispositif et les intérêts plus ou moins organisés qu'il suscite.

Partie III. 2. Tensions entre définitions

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. L'appréhension de ces différents mécanismes constitue l'objectif de cette dernière partie. Nous les aborderons au travers des débats et discussions développées 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 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 de 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.

Premièrement, nous faisons l'hypothèse que l'utilisation d'EVREST dans l'étude du vécu au travail est un moment important dans l'histoire du dispositif : la capacité du dispositif à aborder cette problématique semble avoir participé de sa légitimité. Par rapport à des caractéristiques physiques que l'on dit plus facilement objectivables et mesurables, le vécu au travail était perçu, dans l'entreprise, comme flou, difficile à objectiver. Pour autant, sous différentes pressions internes à l'entreprise et externes, l'appétence pour une quantification de ce phénomène, dans des buts et intérêts différents, s'affirmait de plus en plus, chez différents acteurs. Les possibilités de quantifier le rapport individuel au travail croisaient de nombreuses attentes. Et pour une part, la participation croissante des établissements à EVREST, son élargissement aux filiales européennes ou à des réseaux d'entreprises, tient à sa capacité à déployer une démarche d'objectivation du rapport au travail.

Ainsi, des attentes étaient clairement exprimées de la part de multiples acteurs, ce qui laissait augurer d'un engagement dans le déroulement de l'enquête et la restitution des résultats. Le débat a, dans certains établissements, convoqué un public assez large : outre les audiences traditionnelles d'EVREST (le CHSCT et les réunions des Départements de Ressources Humaines), des responsables de production, des chefs d'ateliers, le Comité d'Etablissement (CE), des Directeurs d'établissement ont pu entendre, participer, s'exprimer lors d'une discussion centrée sur la présentation d'un diagnostic issu des données d'EVREST sur le vécu au travail. Ce contexte forme le deuxième élément qui nous amène à centrer notre analyse sur le déroulement cette étude. Il nous permettait en effet, d'interroger, sur ce sujet, un ensemble assez large de personnes, qui, pour une grande partie d'entre elles, étaient relativement impliquées, attendant quelque chose de cette démarche.

Nous n'avons trouvé que très peu de traces écrites des débats, discussions ou prises de positions sur cette étude (comme de la plupart des échanges portant sur les résultats d'EVREST). Dans les comptes-rendus des CHSCT ou des CE, seuls les supports de présentation des médecins figurent. Quant aux différentes réunions avec les hiérarchies, il n'y a, semble-t-il, ni compte-rendu, ni trace écrite. Notre analyse repose sur les différents témoignages de personnes ayant participé à ces échanges. Lors de nos entretiens, nous invitons les personnes à relater la ou les réunions qui ont porté sur cette étude et auxquelles elles ont participé : ce qui les a intéressées, étonnées, surprises, choquées, enrichies.

Ces témoignages nous apportent différents types de données. Tout d'abord nous accédons à des faits apportés par chacun sur cet évènement, ce que chacun en retient, ce qui l'intéresse. Nous avons mis ces éléments en relation avec les positions objectives des interviewés. Les personnes ayant été amenées, au cours des entretiens, à relater un même évènement, les comparaisons des différentes manières de le présenter, le développer, d'exposer les faits, le temps consacré à la discussion autour des résultats concernant le vécu au travail, selon les différentes audiences, sont des données également utilisées. Enfin, notre analyse repose sur un troisième type d'information. Au cours de nos entretiens, les personnes en évoquant leur propre activité exprimaient leur point de vue, explicitaient des définitions, évoquaient leur propre appréhension des termes justement utilisés dans les discussions sur le vécu au travail : charge de travail, stress, conditions de travail, pression, moyens à disposition, fatigue ... Ces explicitations peuvent apporter une forme de compréhension – sans prétendre à un décodage des présupposés liés aux vocables utilisés - des usages par les personnes de certains termes dans les débats sur les indicateurs EVREST.

2.1. Débats autour du vécu au travail

Les justifications d'une quantification du vécu au travail

Les directions des ressources humaines rencontrées lient les réflexions sur le vécu au travail à une préoccupation énoncée au niveau du Groupe, sous les termes : « Mieux appréhender le vécu au travail »⁵⁷. De leur point de vue, cet intérêt résulte du contexte propre à l'évolution de l'entreprise. Les propos de l'un d'entre eux le résument ainsi : « Il y a au niveau du Groupe le constat d'une croissance rapide de l'entreprise, accompagnée de nombreuses embauches et des évolutions techniques et organisationnelles. De par les objectifs de rentabilité fixés toutes ces transformations créent de la pression, à tous les niveaux, et font que le vécu au travail est différent d'il y a 10 ans. Il y a des situations extrêmes, des deux côtés : des gens qui vivent très mal ces évolutions, d'autres qui s'y retrouvent très bien. Ces situations, nous les connaissons. Par contre comment les 80 % restant - Vous savez, la courbe de Gauss ?- vivent ces transformations : est-ce qu'ils sont franchement mieux ou plus mal ? Comment vivent-ils l'entreprise au quotidien ? C'est sur ces questions que l'on attend des éclairages. ». Ils disent préférer parler de « vécu au travail » que de « stress », celui-ci n'évoquant, de leur point de vue, qu'une connotation négative du rapport au travail.

Les responsables des ressources humaines évoquent aussi le contexte réglementaire lié au harcèlement moral et disent rechercher tous les moyens possibles d'une protection pénale. Le développement d'un outil qui permet d'objectiver des facteurs de tensions au travail en est un. Sur ce sujet, les responsables des ressources humaines évoqueront un double aspect du recours à un tel dispositif : d'une part, il permet de percevoir les difficultés et d'essayer d'intervenir et d'autre part, il est la pièce qui fera foi devant certains interlocuteurs, de la mise en place, par l'entreprise, d'une telle démarche permettant de constater les problèmes.

Certains responsables de la prévention dans l'entreprise évoquent une seconde réglementation, comme impulsion d'une recherche de moyens d'objectivation du vécu au travail. La réglementation liée à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs au travers

⁵⁷ Document interne DGRH daté de Mars 2003

de la rédaction annuelle du « document unique »⁵⁸ ouvre à une évaluation exhaustive des risques, y compris les risques psychosociaux.

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 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 scientifiques⁵⁹ 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.

A ce sujet un responsable des ressources humaines exprime son intérêt d'avoir « un outil qui permet l'objectivation d'un phénomène difficilement objectivable. EVREST offre des éléments de mesure qui permettent de sortir des discussions de café du commerce et d'ouvrir à des vraies décisions qui se mêlent au social dans l'entreprise ».

De leur côté, les représentants des salariés expriment leur préoccupation sur la problématique du stress. Certaines organisations syndicales, dans une filiale du Groupe, avaient elles-mêmes en 2002 engagé une démarche par un questionnaire adressé aux salariés, sans suite jusqu'à aujourd'hui.

L'affichage officiel de la préoccupation prend les termes de « vécu au travail ». Les médecins du travail participant à EVREST l'évoquent, dans les présentations orales et les bilans annuels, davantage sous la dénomination de « facteurs de stress au travail » ou « facteurs de tensions au travail ». Des préventeurs lui donnent le terme de risques psychosociaux. Dans les discours, vécu, stress, tensions et pressions s'entremêlent, parfois dans le souhait des interviewés de rappeler le sens des différences entre ces vocables, le plus souvent dans leur usage en *situation ordinaire*.

⁵⁸ Prévu par Décret (2001).

⁵⁹ 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.

Approches spontanées des indicateurs de vécu au travail

Nos entretiens ont permis d'évoquer d'une part les contenus des débats sur le vécu au travail, débats menés à partir des résultats d'EVREST, et d'autre part, les contours donnés par les interviewés à cette notion. De ces expressions, il ressort l'existence de multiples connotations spontanées du stress, qui révèlent quelques présupposés sur le phénomène. Ces présupposés renvoient eux à un ensemble plus large de représentations du travail et de ses évolutions, repères implicites de chacun qui participent à la constitution de ces présupposés.

Ce que nous avons évoqué précédemment concernant le principal facteur déclencheur des débats s'applique dans le cas précis des restitutions sur les résultats de l'étude sur le vécu au travail : la capacité du dispositif EVREST à opérer des comparaisons, dans le temps et entre des lieux (entre sites, entre établissements, entre catégories professionnelles) semble favoriser l'ouverture des discussions tant entre les médecins et les responsables des ressources humaines qu'avec un public plus large composé de responsables de production, de formation ou autres préventeurs. Rappelons également que le débat dans les instances paritaires ayant été relativement absent, lorsque nous évoquons ces discussions, elles relatent les échanges qui ont eu lieu dans les réunions entre les médecins, associés dans quelques cas aux chercheurs, et les directions de ressources humaines, l'encadrement de production, les responsables de prévention. Nous convoquerons néanmoins dans notre analyse le point de vue des représentants du personnel sur la problématique du vécu au travail.

Examinons quelques arguments et postures déployés dans ce débat. Nos entretiens font apparaître une approche spontanée des résultats de l'étude sur le vécu au travail, développée de manière relativement homogène chez l'ensemble des personnes rencontrées. Dans un premier abord, le public considère ces indicateurs sous l'unique angle d'un état des lieux de la manière dont se sentent les gens. Ici, le stress est essentiellement abordé comme un état de tension interne, relativement indéfini, qu'il faudrait pouvoir gérer individuellement.

En réponse à cette première approche des résultats, les médecins, parfois accompagnés des chercheurs associés au projet, déploient, dans les discussions, un argumentaire qui vise à élargir une interprétation centrée sur l'unique ressenti des personnes. L'argumentation a notamment recours à la méthodologie d'investigation du vécu au travail telle qu'elle est proposée à partir des données d'EVREST. Cette approche propose une double entrée convoquant des éléments relevant

du champ de l'état de santé éprouvé par la personne et des caractéristiques du travail. D'une part, concernant l'état de santé, EVREST n'apporte pas de mesures qui permettraient de repérer les réactions physiologiques du stress mais l'aborde par des troubles de santé comme des sensations de fatigue, des problèmes de sommeil, par exemple. D'autre part, EVREST aborde les facteurs de tensions dans le travail, retraduits parfois par les médecins sous le terme de « facteurs de stress », qui ont trait aux exigences, telles que la pression temporelle et la latitude décisionnelle.

Sur ce sujet, une deuxième approche spontanée des résultats s'exprime et aborde les « facteurs de stress » sous l'unique dimension de la pression temporelle. Dans cette approche, « être stressé » signifie « être débordé », « avoir trop de choses différentes à faire, en même temps ». Sous ce seul angle, les discussions s'orientent d'emblée sur la question de la charge de travail et celle, très investie par les représentants des salariés, des effectifs.

Le deuxième argumentaire développé par les concepteurs d'EVREST, vise à élargir l'approche des caractéristiques organisationnelles dans l'analyse des facteurs de stress et repose sur certains résultats. La démarche proposée, à partir des données d'EVREST, aborde, en complément de données sur la pression temporelle, des éléments qui ont trait à l'autonomie décisionnelle (à travers la question : « Pouvez-vous choisir la façon de procéder ? ») et aux possibilités de coopération (« Avez-vous des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération ? »). Certains résultats ont renvoyé l'approche des « facteurs de stress » sous l'angle unique de la pression temporelle à son incomplétude, en révélant des effets différenciés de la pression temporelle selon le degré de latitude décisionnelle et les possibilités de coopération. Par comparaison entre des usines et des établissements, des données montrent qu'à un même niveau de pression temporelle, les effets sur la santé sont différents selon les formes d'autonomie et les possibilités de coopération. Face à un niveau donné de commandes, il y a plusieurs manières d'organiser le travail dans l'entreprise. Des domaines peuvent être améliorés en terme de possibilités d'anticiper, de collaborer, d'avoir les bons instruments ou les bons moyens de travail, les bonnes informations et qui différencient, à un même niveau de commandes, la *job demand*. Par ailleurs, toujours par comparaison, tous les sites ne sont pas exposés à un même niveau d'intensité : une partie de la population est un peu plus abritée ou très abritée. L'argumentation ouvre sur la question suivante : Quels sont les moyens pour faire en sorte que d'autres populations aussi soient abritées ? Cette interrogation vise à ouvrir une discussion sur les marges de manoeuvre pour aménager ou transformer certaines situations. 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 de ce que c’est que travailler, les 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. Quelles sont les différentes manières de répondre, d’affronter ou contourner cette incitation ?

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 premières discussions, et de nos entretiens apportent des éléments à partir desquels nous formulerons quelques hypothèses. Ces éléments s’organisent en trois thèmes : les actions envisagées par les responsables des ressources humaines, les discussions sur les « seuils de tolérance », la question de la pression.

Des propositions d’actions

Interrogés sur les différents types d’action que peuvent susciter les discussions autour des résultats d’EVREST sur le vécu au travail, les directions des ressources humaines évoquent trois grandes catégories possibles d’action.

La première renvoie aux stratégies d’intervention mises en place actuellement par les entreprises dans le domaine des risques psychosociaux qui sont surtout orientées vers l’individu : les formations à la gestion du stress. Elles 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 leur stress⁶⁰.

Pour certaines directions l’encadrement doit être la cible prioritaire de ces formations, point de vue résumé dans les propos de l’un des responsable des ressources humaines : « Nous pensons inscrire des managers à des formations afin de développer d’autres manières de voir le vécu au travail : une approche de type cohérence cardiaque pour appréhender le stress, là encore de manière objective, et qui montre que cela peut se contrôler. On ne peut pas contrôler tous les événements extérieurs mais par contre on peut contrôler l’impact qu’ils ont sur soi. Il existe des techniques de relaxation, par exemple. Nous n’en sommes pas à ouvrir des salles de musculation

⁶⁰ Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2006), pp. 32-38.

ou embaucher des kinésithérapeutes pour faire des massage pour décontracter les trapèzes, mais nous réfléchissons à la mise en place de petites choses comme ça. ». Et sur ce même sujet : « Une de nos attentes par rapport à EVREST est de mener une analyse spécifique du vécu au travail des managers pour comprendre comment, eux, vivent la pression, puis orienter des actions pour les aider à contenir le système ».

Le deuxième type d'action évoqué concerne les politiques de recrutement des managers. Les directions des ressources humaines rencontrées développent une réflexion sur le profil de l'encadrement dans ce contexte reconnu de pression généralisée. L'une d'elles résume cette réflexion : « Nous cherchons de moins en moins des 'super techniciens', mais plutôt des personnes adaptables, qui savent faire plusieurs choses, qui sont capables de 'zapper' rapidement. Deuxième critère de plus en plus important : les managers doivent être 'des éponges à pression' : si vous retransmettez la pression que vous recevez de plus haut, aux gars, qui n'ont ni le même niveau d'information que vous, ni le même niveau tout court, ce qui est à peu près supportable pour vous, ne va plus du tout l'être pour ceux en dessous de vous. Notre objectif est donc d'avoir de plus en plus de responsables hiérarchiques qui donnent du 'liant', qui sachent mettre de la pression aux équipes pour qu'elles atteignent les résultats, mais de la 'bonne pression'. Nous ne pouvons plus avoir des managers qui soient des 'cônes amplificateurs'. ».

Une troisième catégorie d'action est exprimée dans un énoncé beaucoup plus flou : « Pour le reste, c'est du domaine des spécialistes ». L'objectif exprimé par rapport aux indicateurs de vécu au travail, par les responsables des ressources humaines est la connaissance des tendances sur les différents domaines. « Je ne suis pas allé dans le détail des résultats, ce qui m'intéresse c'est d'avoir les chiffres suffisants, de connaître les tendances : est-ce que ça se dégrade, est-ce que ça s'améliore ? Pour comprendre les résultats, nous revenons avec les médecins sur les principes de base d'EVREST : les différentes dimensions de la pression, l'autonomie, la reconnaissance, etc. mais ensuite c'est du domaine des spécialistes : les médecins, les ergonomes, les préventeurs ». Si certains responsables des ressources humaines renvoient « le reste », ce qui fait « le détail des résultats », aux « spécialistes », d'autres renvoient la question à l'encadrement intermédiaire.

Que disent ces « spécialistes » ? Les entretiens avec les ergonomes, responsables sécurité, ou autres préventeurs font apparaître un cloisonnement dans leurs actions respectives : si quelques projets récents ont associé médecins du travail et ergonomes ou préventeurs, rares sont les actions menées en commun. Pour les médecins, ce cloisonnement est un obstacle à l'insertion des

indicateurs de santé au travail, dans les projets d'aménagement ou de conception des situations de travail. Un responsable SSE (Santé, Sécurité et Environnement) fait le même constat de cloisonnement et évoque la difficulté à intégrer des préoccupations qu'il explique par la spécialisation dans le domaine des conditions de travail et l'organisation même de cet univers au sein de l'entreprise : « C'est très difficile de faire travailler ensemble sécurité, environnement, ergonomes, médecins. Premièrement ils sont chacun très spécialistes dans leur domaine et travaillent sur des objets très différents. Deuxièmement, dans notre organisation matricielle, je suis responsable d'un pôle, SSE, dont les composantes sont rattachées hiérarchiquement à plusieurs Directions : la santé et la sécurité aux ressources humaines, l'environnement au directeur d'établissement. Par ailleurs, ces trois axes – santé, sécurité et environnement – n'ont pas la même place au sein de leur direction respective : l'environnement est un axe prioritaire dans la politique de l'établissement et la santé est un sous axe de la sécurité, elle-même intégrée à l'axe Développement au sein des RH, au même niveau que la formation et les carrières. Et tout cela se complique encore lorsque l'on se situe au niveau Groupe, car selon les établissements les rattachements fonctionnels et hiérarchiques varient. »

Quant à l'encadrement de proximité – dont nous n'avons pu rencontrer qu'un représentant – son implication est énoncée dans les termes suivants par un responsable des ressources humaines : « le fait que l'encadrement participe aux restitutions des indicateurs de vécu au travail, le fait que dans les discussions chacun mette en lien ces indicateurs de vécu et d'autres aspects de l'organisation, ou même de la vie de l'entreprise, entraînera certainement le fait que, au moment de réfléchir à des organisations concrètes du travail pour répondre à des commandes, des responsables auront en tête ces éléments autour de l'importance du collectif ou de l'autonomie. Ces discussions influenceront probablement certaines manières de faire, même s'ils ont avant tout en tête leurs objectifs de productivité. ».

La question est alors de savoir quels sont les moyens de l'encadrement pour opérer ce type de « régulation locale ».

Enfin, sur la question de l'orientation des actions, les responsables de ressources humaines rappellent le prescrit : l'axe prioritaire énoncé dans la politique de gestion des ressources humaines pour le domaine de la sécurité et de la santé au travail est « Optimiser les conditions de travail pour améliorer notre productivité ». Cet axe se décline en thème prioritaire pour le pôle santé, sécurité, environnement (intégrant les médecins, les préventeurs, les ergonomes, les responsables sécurité) : « Formations et communication SSE (Santé, Sécurité et

Environnement) ». Dans ce programme, les actions posées comme prioritaires concernent la sensibilisation des salariés et de l'encadrement à ce qu'un responsable des ressources humaines appelle, « la prévention au sens basique », qu'il définit dans un propos très général par : « la sensibilisation aux risques d'accidents du travail et le respect de la réglementation », donnant l'exemple de l'investissement réalisé dans une campagne d'information sur le port des équipements de protection individuelle. D'autres responsables des ressources humaines évoquent le « principal risque auquel on est confronté » : l'accident du travail. Rappelons, à ce sujet, que l'indicateur d'accident du travail (sous son taux de fréquence et de gravité), est aussi le seul indicateur de santé au travail suivi au niveau des ressources humaines et des directions d'établissements dans les bilans officiels et entrant dans les critères comparatifs entre établissements.

Si un autre responsable des ressources humaines a exprimé, outre ces actions de sensibilisation, « la nécessité d'améliorer l'analyse des risques », il a également évoqué « des esprits pas assez mûrs pour aborder la santé de manière large », ce premier niveau de sensibilisation servant ainsi à « faire évoluer 'la culture prévention' dans l'entreprise, ce qui prendra nécessairement du temps », et de conclure, évoquant les indicateurs EVREST sur le vécu au travail : « Mais, on a le temps : les tendances d'EVREST ne sont pas si mauvaises que ça, donc pas d'inquiétude ». A propos des mêmes résultats, le médecin du travail de cet établissement a évoqué : « les résultats sont contrastés, ce qui permet de pointer des voies possibles d'amélioration ».

Les seuils de tolérance et les contraintes acceptables

La question des « tendances » est reliée, dans les discours des responsables de ressources humaines, à celle des « contraintes acceptables ». Cette relation est résumée dans les propos de l'un d'entre eux : « Sur le stress, il y a toujours plein de causes, et tout le monde peut avoir un avis dessus, mais ce qui est important, est de savoir si c'est plus qu'avant et si c'est devenu inacceptable. ». Dans ces discours, trois états de faits sont exprimés. D'une part, le travail est de plus en plus exigeant, il demande beaucoup aux gens, au-delà d'une présence passive à leur poste, d'actes mécaniques d'exécution. D'autre part, un « travail exigeant » comporte un double revers : il peut être aussi bien positif que négatif. Enfin, il y aurait des contraintes concevables, d'autres acceptables et des pénibilités vécues comme inadmissibles. Il y a enfin des « seuils de tolérance » qui sont spécifiques à chacun.

Le traitement de l'ensemble de ces questions est rapidement renvoyé à deux problématiques. La première résulte d'une conception des responsables des ressources humaines plaçant les « seuils de tolérance » dans le débat social. Cette vision est résumée dans les propos de l'un d'eux, évoquant les indicateurs EVREST sur le vécu au travail : « Sur les résultats, tout le monde ne peut pas être d'accord, notamment dans les discussions avec les organisations syndicales. On peut trouver bien qu'il y ait un peu de stress mais que c'est encore supportable, alors que d'autres trouveront que c'est déjà et depuis longtemps insupportable. Cela renvoie aux différentes interprétations, des uns et des autres. ». Les partenaires sociaux semblent alors renvoyer à leur tour cette question des « différentes interprétations » au débat sur les responsabilités respectives de l'entreprise et de l'individu dans l'émergence du stress. Le débat tend à se centrer alors sur « le partage » entre ce qui peut être imputé à l'employeur - et exigé de lui - et ce qui ne peut pas être jugé de son fait et de son domaine d'action.

La pression comme contrainte exogène

Sur la question du vécu au travail, l'ensemble des interviewés font une large place à la question de la pression. Nous l'avons évoqué ci-dessus, l'émergence de cette thématique peut résulter d'une manière d'entrevoir les facteurs de stress, abordés sous la seule dimension de la pression temporelle.

On retrouve dans nos entretiens une caractéristique développée par Gollac & coll. (2006) : dans les discours la pression est posée comme une contrainte exogène. Certes, le mal-être au travail peut provenir de la pression, mais celle-ci relève de la contrainte extérieure, imposée à l'entreprise, à laquelle elle doit faire face pour continuer à exister. En quelque sorte, c'est une donnée de l'environnement. Se déploie alors un argumentaire de type fataliste, résumé dans les propos d'un responsable de production : « on n'y peut pas grand chose », signifiant l'impossibilité d'agir. La pression relève de phénomènes extérieurs, auxquels les dirigeants eux-mêmes sont soumis : la productivité attendue (sans que celle-ci soit réellement définie) dépend des niveaux de rentabilité fixés par les actionnaires résultant de la mise en concurrence internationale, la mondialisation. Faute d'accepter ces contraintes, certes dommageables, l'entreprise ne peut survivre.

L'importance donnée à cette thématique se retrouve également dans nos entretiens avec des responsables de production, des préventeurs et des représentants du personnel.

Un représentant des salariés au CHSCT : « En tant que représentants du personnel, nous sommes préoccupés par un mal, difficile à qualifier, lié à la pression psychologique. Cette année EVREST semble parler du mal-être au travail, on va voir après ce qui va se passer. Aujourd'hui, on a l'impression que tous les salariés sont concernés par le stress. Lorsque nous sommes interpellés par un salarié sur ce problème, nous essayons de faire une première démarche vers lui, sans interpellier plus ou en parler spécialement. Cela reste officieux et ce n'est pas facile : les salariés craignent que l'on évoque tout de suite le harcèlement.

Q : Quel type d'interpellation vous remonte des salariés ?

Par exemple, aux approvisionnements, il y a beaucoup de contacts par téléphone entre les salariés de l'entreprise et les sous-traitants. Sur ce secteur je savais qu'il y avait un problème d'effectif et donc inévitablement, les salariés étaient débordés et un jour ils ont craqué. Deux sont partis en maladie, pour dépression nerveuse. On a vérifié s'il n'y avait pas un problème à l'extérieur de l'entreprise, mais non, c'était vraiment lié à cette problématique aux approvisionnements. Donc on en parle au médecin, et on demande une augmentation des effectifs. Mais aujourd'hui, ils sont toujours le même nombre. »

Un autre représentant des salariés au CHSCT : « Quand il faut livrer demain, après demain, inévitablement il y a de la pression. Dès qu'il y a de la pression, inévitablement il y a plus de risques, les choses se font dans l'urgence. Et cette pression, elle vient de ce que l'entreprise a vendu. Tant mieux d'ailleurs, si l'entreprise vend plus ».

Un représentant des salariés au CHSCT : « Moi je traduirais : actuellement l'entreprise a pas mal de pression et c'est le contre-coût de deux choses : de vendre beaucoup de produits et d'en faire des nouveaux souvent. On est dans une phase très sensible où il y a beaucoup de nouveautés. Et en terme de livraison : comme on a vendu, il faut livrer. Mais la pression elle vient du fait qu'il y a cette ligne conductrice : on vend, il faut livrer, mais il y a aussi les moyens qu'on met avec : les effectifs, mais aussi le savoir-faire qui a l'air de se perdre, et de plus en plus, beaucoup de choses à reprendre parce qu'il y a des décisions qui ne sont pas prises ou prises dans le mauvais sens. C'est ça

qui fait que la pression, c'est dur. Bon on est dans une phase où on vend beaucoup, tant mieux, mais les autres éléments ne sont pas appréhendés : il faut livrer, point barre. Mais ce n'est pas du tout le genre de questions traitées en CHSCT. »

Un autre représentant des salariés évoque la manière dont la question est posée en CHSCT :

Un représentant des salariés : « Le seul moment où on traite un peu de ces questions : quand il faut décider d'un nouvel horaire. Lorsqu'il faut livrer d'un seul coup, beaucoup, ou plus que d'habitude. Par exemple, fin juillet la direction a décidé d'un horaire adapté pour une charge supplémentaire. Le CHSCT a été consulté. On a donné un avis favorable, comme la plupart du temps dans ces cas-là. Nous pensons qu'il ne faut pas être borné. S'il faut sortir des appareils, c'est bon aussi pour l'ensemble des salariés. Mais on donne à chaque fois un avis favorable avec des réserves concernant la sécurité ou les conditions de travail. Cette fois-ci, pour répondre dans les temps à la commande, la direction souhaitait mettre en place un horaire exceptionnel sur quinze jours, pour une quinzaine de personnes : de minuit à huit heures du matin. On a donné un avis favorable mais nous avons demandé que l'entreprise mette à la disposition des salariés des taxis. Notre demande a été acceptée. Cela a contenté les personnels parce qu'ils étaient pris en charge. Cela a contenté l'entreprise parce que ces personnes venaient travailler tranquillement. D'autant plus qu'il y a eu un accident de trajet mortel en début d'année. Donc la Direction est consciente qu'il faut faire attention. Sur la mise d'horaires spéciaux, le CHSCT a toujours donné un avis favorable, sous réserve de mettre en place les moyens nécessaires afin que les personnes puissent travailler dans de bonnes conditions. »

Les exigences productives nées de la compétition (qualité, variété, productivité ...), qui apparaissent comme nouvelles, sont-elles des créations et des inventions destinées à justifier l'obligation, pour les salariés, de s'engager sur les objectifs de l'entreprise, de se mobiliser pour les atteindre ? La manière de réaliser le travail (dans l'urgence et sous contraintes de temps serrées), l'engagement, l'implication, la motivation sont-ils une nécessité née des nouvelles conditions de production ou de la compétition internationale ou relèvent-ils du domaine des conflits d'intérêts divergents que l'agitation de la menace suprême de la mondialisation tend à cacher ?

2.2. Objectivation, perception, traitement des risques : plusieurs univers ?

L'ensemble de ces propos appellent deux types de réflexion. La première réflexion concerne les évolutions dans la perception des risques psychosociaux au sein de l'entreprise. La deuxième réflexion, plus large et plus ouverte, porte sur l'univers des prises de positions et l'espace des rapports de force dans le champ de la santé au travail.

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. 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. Le travail – l'individu au travail, en équipe – est sollicité, des exigences lui sont imposées. Il a de quoi devenir plus intéressant, mais, parallèlement, toute une série de conditions de réalisation compliquent la tâche jusqu'à faire douter du sens de celle-ci. L'affrontement de ce qui fait problème dans le travail se heurte à de fortes résistances.

D'une part, 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 qu'il n'en est pas pour autant menacé.

Les responsables des ressources humaines ont en commun de représenter les orientations des politiques de ressources humaines. Ces orientations impactent l'orientation effective de la politique en matière de santé au travail. Rappelons que la médecine du travail dans l'entreprise est rattachée aux directions des ressources humaines, au même plan que l'emploi, la formation, la sécurité, l'hygiène, la prévention, l'environnement. La définition de politiques en matière de santé au travail est intégrée à un ensemble plus vaste de politiques en matière de gestion des ressources humaines.

Un certain nombre de travaux scientifiques apportent un éclairage précieux sur l'approche dominante dans laquelle s'inscrit la fonction ressources humaines. Cette approche est 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.

L'abondance des manuels en atteste : les gestionnaires de ressources humaines sont irrigués par la question des « motivations » des salariés. Cette question donne lieu à diverses théories au sein desquelles le concept de ressources humaines se déploie sous l'unique angle du facteur humain répondant à des lois de comportements stables, univoques qu'une science pourrait révéler. Les vocabulaires, outils, techniques RH les plus répandus visent alors à corriger, maîtriser des comportements. **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.**

Les différentes analyses des dispositifs de gestion révèlent leur pouvoir de structuration des manières de voir, de penser, d'agir (Berry, 1983). 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 technique (Gadrey, 1996). 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 efficacité (Moisdon, 1997). 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 travail (Veltz et Zarifian, 1993). 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 supposé être une source d'erreurs humaines que les machines doivent prévenir et contenir le plus possible (Dejours, 1995). 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'agir (Boussard, 2003). 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.

Par ailleurs, 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. Le

primat de la norme et du risque dans la façon d'aborder les conditions de travail réduit l'occurrence de traiter ces sujets dans le cadre des relations professionnelles instituées. Par ailleurs, les espoirs portés par la démocratie industrielle (Martin, 1994) et le développement de la socio-technique ont buté, semble-t-il, sur l'approfondissement de la crise économique (Piotet, 1988), et sur l'ambiguïté des solutions organisationnelles comme les groupes semi-autonomes, qui paraissent être aujourd'hui à l'origine des tensions dans le travail (Ughetto, 2006).

Si l'objectivation des risques psychosociaux et de leurs causes organisationnelles a parfois invité la notion de productivité dans les discussions, 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. **Ceci viendrait 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.**

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. 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.

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. Ceci ouvre à notre seconde réflexion. Celle-ci porte sur l'univers des prises de positions et l'espace des rapports de force dans le champ de la santé au travail.

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*⁶¹ 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.

Il nous faudra 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'acquière 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 ?

⁶¹ Nous faisons référence aux différentes notions développées par Pierre Bourdieu autour de la conceptualisation de la notion de champ. Nous nous reposons sur deux ouvrages et un article apportant un exemple d'application : Bourdieu P.(1980), *Questions de sociologie*, Minuit, en particulier le chapitre intitulé « Quelques propriétés des champs », pp. 113-120 et *Réponses* (1992), Seuil, le chapitre « La logique des champs », pp. 71 – 90. Bourdieu P. et Christin R. (1990), « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la politique du logement », Actes de la recherche en sciences sociales, n°81 - 82, pp. 65 – 85. Ce cas est repris dans Lafaye (1996) pour proposer un usage séduisant de la notion de champ dans l'analyse des organisations : Lafaye C. (1996), *La sociologie des organisations*, Nathan

CONCLUSION

Nous proposons dans cette conclusion générale, d'exposer les principales idées clefs de ce mémoire, puis de porter un regard réflexif sur notre propre travail et d'en dégager quelques perspectives de recherche.

La construction de notre mémoire, nous l'avons énoncé à plusieurs reprises, 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, 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*. 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 lutte. 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.

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. 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 produits, supports de présentation utilisés, comptes rendus de réunion... Faire ce choix a bien entendu été source de « restrictions » dans les propos que nous avons tenus tout au long de notre travail. En déterminant un certain angle d'analyse de la situation rencontrée, nous nous fermions de fait à des approches ou des regards qui auraient pu être complémentaires au nôtre.

En effet, en choisissant d'aborder notre problématique sous cet angle, nous avons exclu certaines approches qui auraient pu également fournir des éléments de réponses à notre questionnement initial.

Tout d'abord 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.

On pense aussi à d'autres types d'interrogations plus compréhensives des parcours des individus, des trajectoires scolaires et professionnelles, des caractéristiques sociales. En effet, dans la dernière partie de notre mémoire les quelques éléments que nous avons sur les types de formation des acteurs, par exemple, ouvraient à de nouvelles hypothèses sur les usages (ou les « non-usages ») des informations chiffrées.

Dans notre parcours de recherche, nous souhaiterions poursuivre la réflexion commencée ici sur la compréhension des constructions et des usages des données chiffrées en santé et travail dans les entreprises. Cette approche demanderait à être prolongée à trois niveaux.

D'une part, en abordant la genèse de telle démarche, il serait intéressant d'être plus particulièrement attentif, d'une part au travail de construction antérieure qui fait qu'une telle

objectivation se développe ou non et, d'autre part aux différentes formes de mobilisation nécessaires pour produire ces chiffres.

Par ailleurs, il nous semblerait intéressant de s'interroger sur les ressources mobilisées par les différents acteurs dans le développement, le soutien ou contraire la contestation de telle objectivation et sur les logiques qui structurent les actions et les prises de position. Il s'agirait alors de repérer les coalitions ou les conflits d'intérêts auxquels se heurtent la production et l'usage de nouvelles données en santé et travail.

Enfin, dans une problématique plus globale qui n'est à ce stade qu'une ébauche, il nous semblerait pertinent d'interroger ce qu'a (ou pas) de spécifique la production d'une information chiffrée. Si les données chiffrées peuvent apparaître comme une ressource argumentative singulière pour soutenir des représentations dans le débat sur les conditions de travail et la santé au travail, le processus de production de ces informations n'en est pas automatiquement spécifique. On s'interrogerait ainsi sur la particularité de la production d'une information chiffrée dans la constitution des faits. Les enjeux liés à cette production éclairent-ils plus largement des mécanismes sociaux qui ne jouent pas seulement dans des démarches de quantification des relations entre santé et travail ?

Références bibliographiques

ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES, « Santé et travail. Dénis, Visibilité, Mesure », n°163, Juin 2006.

Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), « A quoi tient le succès des innovations ? », Gérer et comprendre N° 11, p. 4-17.

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, IRESCO-CNRS.

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

Baudelot C., Gollac M. (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Fayard.

Beaud S., Weber F. (2003), *Guide de l'enquête de terrain*, Nouvelle édition, Paris, Editions La Découverte.

Beaujolin R., (2000), *Les vertiges de l'emploi. L'entreprise face aux réductions d'effectifs*, Paris, Grasset.

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

Bourdieu P. (1980), *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit.

Bourdieu P. et Christin R. (1990), « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la politique du logement », Actes de la recherche en sciences sociales, n°81 – 82, pp. 65-85.

Boussard V. (2001), « Quand les règles s'incarnent : l'exemple des indicateurs prégnants », Sociologie du travail, n°43, pp. 534-551.

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

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

Clot Y. (1996), « L'activité, le sens et l'analyse du travail », Chapitre 2, dans Cazamian P., Hubault F., Noulon M., *Traité d'ergonomie*, nouvelle édition actualisée, Toulouse, Octarès Editions, pp. 275-288.

Curie J. (1995), « Qu'est-ce qu'un bon chiffre ? », dans DARES, *L'usage des méthodes statistiques dans l'étude du travail*. Cahier Travail et Emploi, La Documentation Française, p. 25.

DARES (1995), *L'usage des méthodes statistiques dans l'étude du travail*. Cahier Travail et Emploi, La Documentation Française.

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.

Davezies P. (1999), « La prise en charge de la santé au travail en France », Actes du XXXIV^e congrès de la SELF, Caen, pp. 41-42.

Dejours C. (1993), *Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard.

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

Desrosières A. et Thevenot L. (1988), *Les Catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte.

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

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

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.

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.

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

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

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

Gollac M. (1994), « Donner un sens aux données : l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail. », Dossiers du Centre d'Etudes de l'Emploi, 3.

Gollac M. (1997), « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques. », *Revue française de sociologie*, XXXVIII-1, pp. 5-36.

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

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, pp. 39-45.

Lafaye C. (1996), *La sociologie des organisations*, Paris, Nathan.

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

Latour B. (1992), *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte.

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.

Martin D. (1994), *Démocratie industrielle. La participation directe dans les entreprises*, Paris, PUF.

Merllié D. (1999), « La construction statistique », Chapitre 3, dans Champagne P., Lenoir R., Merllié D., Pinto L., *Initiation à la pratique sociologique*, 2^{de} édition, Paris, Dunod, pp. 101-163.

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.

Molinié A.-F., Volkoff S. (1982), « Quantifier les conditions de travail ? » Travail et Emploi n°11, pp. 63-70.

Molinié A.-F., Volkoff S. (2000), « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'Emploi. », Pistes, vol 2 n°1.

Piotet F. (1988), « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », Revue française de sociologie, XXIX, pp. 19-33.

- Prunier-Poulmaire S. et Gadbois C. (2005), « Quand le questionnaire s'impose à l'ergonome », dans Volkoff S. (coord.) (2005), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions, pièges*, Octarès. pp. 75-86.

Saurel-Cubizolles M.-J. & col. (2001), « Etat de santé perçu et perte d'emploi », dans Colloque Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions, Toulouse, Octarès Editions, pp. 53-66.

Teiger C., Laville A. (1991), « L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. », Travail et Emploi, 47.

Thévenot L. (1985), « Les investissements de forme », Conventions économiques, Cahiers du CEE, n° 29, PUF.

Ughetto P. (2006), *L'exigence du travail contemporain. Conditions professionnelles du travail et management*, A paraître, Editions ANACT.

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

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

-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.

Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2006), « Définir les risques », *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 163, Juin 2006, pp. 32-38.

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

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

Wisner A. (1981), « Les traces de la vie chez les travailleurs », VIè journées nationales d'études de la Mutualité dans l'Entreprise, dans Wisner A., *Textes généraux III*, p. 134

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de saisie des conditions de travail, Document de travail, Juin 1999. (p. 2)

Annexe 2 : Document de synthèse « EVREST, Quelques résultats 2002 – 2003, Filiale Z, 2004 ». Document présenté au CHSCT de Z1 en Novembre 2004. (p. 3)

Annexe 3 : Document de synthèse « EVREST, Résultats 2002-2004, Filiale Z, 2006 ». Document présenté par le médecin du travail de Z1 en Comité d'Entreprise (CE) en Janvier 2006 et intégré aux Rapports annuels d'activité 2005 des services médicaux des établissements Z1 et Z2. (p. 8)

Annexe 4 : Document de synthèse « EVREST Outil d'évaluation des facteurs de tension au travail, Filiale Z, 2002 – 2003 ». Document présenté dans les CHSCT de Z1 et Z2, par les médecins du travail, Janvier 2006. (p. 14)

Annexe 5 : Support de présentation d'un médecin du travail de Z2 « Facteurs de stress des salariés de Z ». Présentation au CE de Z2 en Mars 2006. (p. 22)

Proposition de fiche de saisie conditions de travail

Charge physique du poste

Evaluation	0	1	2	Evaluation
Critères				
Posture	Pas de problème Poste debout	Quelques postures difficiles mais de courtes durées	Postures difficiles sur longues durées – à genou, accroupi	
Déplacement	Pas de problème Poste de plein pied	Déplacements fréquents à différents niveaux		
Equilibre	Pas de problème d'appuis	Appuis en équilibre avec risques de chute ou difficulté de maintien		
Vibration	Pas de problème	Rivetage sur longue durée		
Effort	Pas de problème	Des efforts mais plutôt brefs	Effort durable Port de charges lourdes	

Annexe 2 : Document de synthèse « EVREST, Quelques résultats 2002 – 2003, Filiale Z, 2004 ». Document présenté au CHSCT de Z1 en Novembre 2004.

EVREST

Evaluation des **R**elations et **E**volutions en
Santé au **T**ravail

**QUELQUES RESULTATS DE LA
FILIALE Z**

2002- 2003

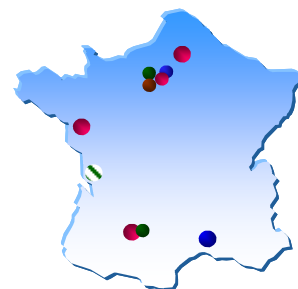
EVREST : RESULTATS 2002- 2003

EVREST est un **observatoire** visant à recueillir et à suivre sur plusieurs années un ensemble de données sur le travail et la santé des salariés afin de mieux prendre en compte les **relations entre la santé et les caractéristiques du travail**. Il pourra être utilisé comme outil d'aide à la décision en matière de gestion des ressources humaines, formation, affectation au poste, conception et amélioration des situations de travail.

• DESCRIPTION DU DISPOSITIF

En 2002, près de 3900 questionnaires ont été réalisés, plus de 4000 en 2003.

10 établissements du Groupe ont participé à l'observatoire, venant de 6 filiales.



Le questionnaire est posé à tout ou partie des salariés venant en visite médicale. Les données sont centralisées sous forme anonyme pour être analysées avec l'aide d'un Centre de recherche.

Le questionnaire est posé :

- à tous les salariés venant en visite systématique au niveau de Z1,
- à un échantillon tiré au sort à Z2.

• DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES Z

	2002	2003
Z1	369	326
Z2	348	499
Total	717	825

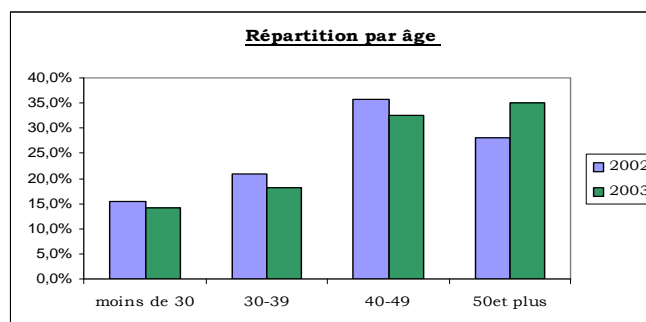
• 717 questionnaires ont été réalisés en 2002, 825 en 2003, représentant environ 20% des l'ensemble de la population interrogée.

• 374 personnes ont été interrogées aux 2 dates (effectif apparié)

La population est essentiellement masculine.: 87% d'hommes en 2002, 91 % en 2003.
Elle se répartit à peu près également entre personnel d'atelier (opérateurs) et personnel de bureau

Ces données sont comparables à celle de l'ensemble de la population.

65% environ ont plus de 40 ans, les moins de 30 ans ne représentent que 15 %
La population Z1 est ainsi plus âgée que celle du Groupe.



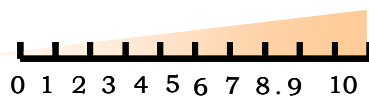
CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

Les données ci-après concernent l'ensemble des échantillons 2002 et 2003 et non pas uniquement l'effectif apparié c'est à dire les personnes suivies aux 2 dates.

Contrainte temporelle

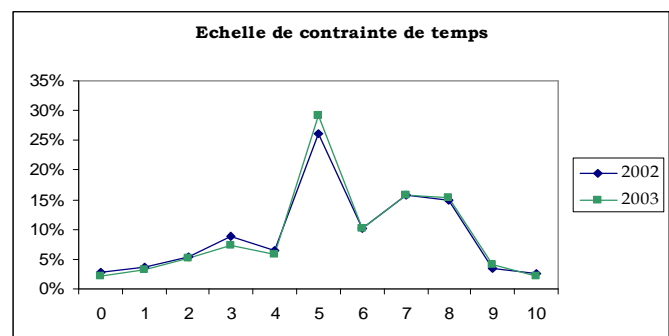
Les chiffres des indicateurs « contraintes de temps » sont comparables entre 2002 et 2003 avec :

- environ 33 % d'horaires dépassés souvent ou assez souvent
- 10% de repas ou de pauses sautés
- 28% d'opérations traitées trop vite en 2002, 31% en 2003.

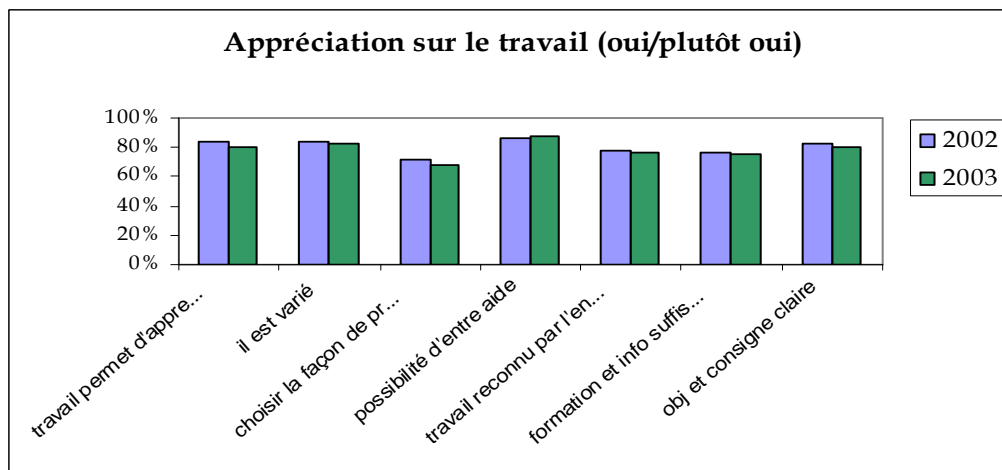


Concernant l'échelle de cotation de l'intensité de la pression temporelle ressentie, les courbes sont comparables aux 2 dates avec :

- 47% des réponses supérieures à 5 en 2002 comme en 2003.
- 21 % supérieures à 8 aux 2 dates. .



Appréciation sur le travail

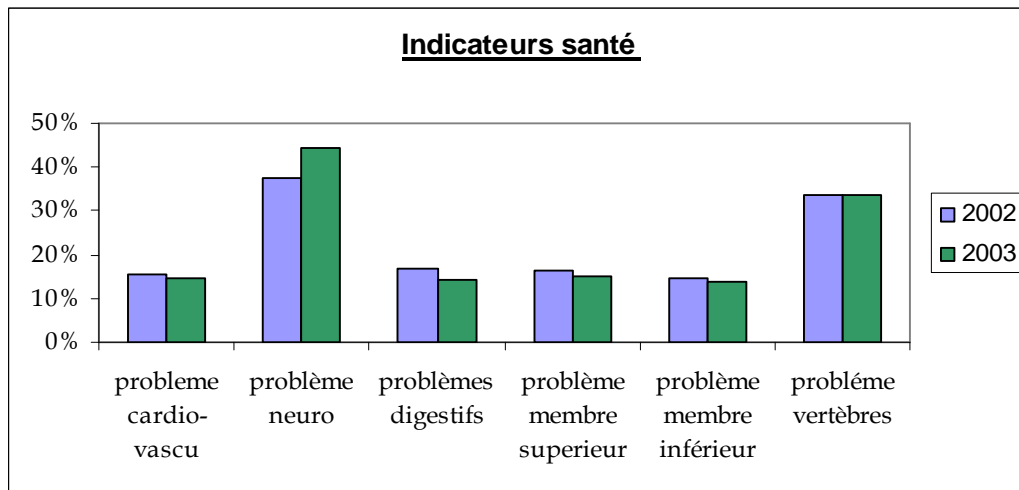


Les réponses données en 2002 comme en 2003 montrent une appréciation très positive du travail avec des réponses positives (oui et plutôt oui) :

- d'environ 88 % pour les capacités d'entraide ,
- de plus de 80% pour les questions concernant la richesse, la variété du travail, la clarté des objectifs et consignes
- de plus de 76 % pour la reconnaissance professionnelle et les formations suffisantes.

Cependant les chiffres de 2003 semblent inférieurs à ceux de 2002 et l'analyse de l'effectif apparié permettra de mieux analyser les évolutions 2002/2003 de ces indicateurs.

INDICATEURS SANTE



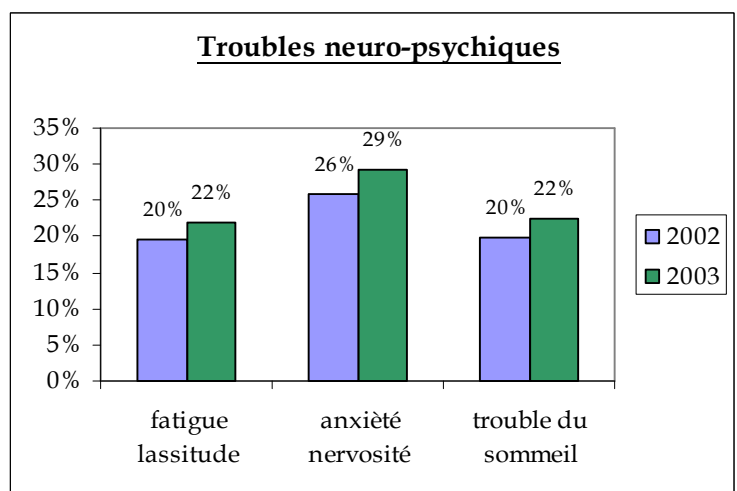
La plupart des indicateurs santé semblent avoir peu évolué entre 2002 et 2003 :

- 15 % de signes cardio-vasculaire en 2002 comme en 2003
- Environ 15 % de signes digestifs
- 15 % de douleurs du membre supérieur et inférieur
- près de 35 % de douleurs de la colonne vertébrale.

Par contre les troubles neuro-psychique semblent avoir augmenté entre 2002 et 2003 :

- 38 % de troubles neuropsychy en 2002, 45% en 2003
- 20% de fatigue et troubles du sommeil en 2002, 22 % en 2003
- 26% d'anxiété nervosité en 2002, 26% en 2003

L'étude de l'effectif apparié permettra de mieux étudier l'évolution de ces troubles.



Annexe 3 : Document de synthèse « EVREST, Résultats 2002-2004, Filiale Z, 2006 ». Document présenté par le médecin du travail de Z1 en Comité d'Entreprise (CE) en Janvier 2006 et intégré aux Rapports annuels d'activité 2005 des services médicaux des établissements Z1 et Z2.

EVREST

EValuation des Relations et Evolutions en Santé au Travail

RESULTATS 2002-2004

A Z, 884 salariés ont participé à EVREST en 2004, 348 à Z1, 537 à Z2.

Les résultats 2004 de Z sont proches de ceux de l'échantillon du Groupe avec cependant :

- Des dépassements d'horaires plus fréquents à Z2 et des opérations traitées trop vite plus fréquentes à Z1
- Une vision plus négative à Z1 de la latitude décisionnelle (mais attention population plus « opérateurs »), du sentiment de reconnaissance professionnelle et de l'adéquation des formations.
- Un % de salarié rapportant des formations ou assurant un rôle de tutorat moins fréquent à Z1
- A Z1 une charge physique la plus élevée (appréciation du salarié)

Sur le plan de la santé, se sont comme les années précédentes les troubles neuro psychiques les plus souvent rapportés avec une fatigue plus souvent rapportée à Z1.

C'est également à Z1 que l'on note le plus fort taux de problèmes osteo articulaires (membre supérieur et vertèbres).

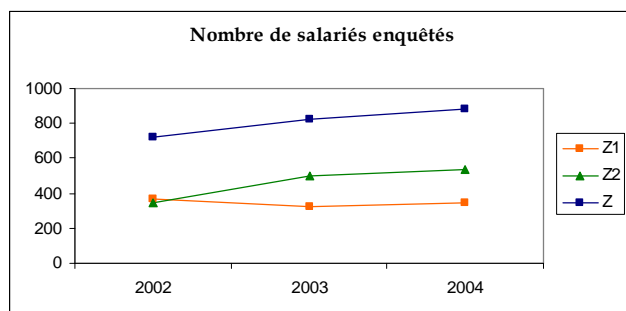
L'analyses des échantillon appariés (c'est-à-dire les personnes suivis d'une année sur l'autre) montre :

- Une augmentation de la Pression temporelle entre 2002 et 2004, à Z1 comme au niveau du Groupe
- A Z1 une stabilité des autres items étudiés (latitude décisionnelle, soutien social et charge physique) alors qu'une dégradation était noté au niveau du Groupe.
- Sur le plan santé c'est l'aggravation de la fatigue qui ressort à Z1. Les autres domaines de santé sont stables ou en amélioration.

Des compléments d'analyse ont été demandés (Nouvelles évaluation des facteurs de stress, analyse croisée Charge physique/état de santé en dissociant Z1 et Z2)

Introduction

Population



885 salariés ont été interrogés en 2004 à Z :

- 348 à Z1, nombre proche de celui des années précédentes
- 537 à Z2 où le nombre de questionnaires réalisés augmente chaque année

Cette population est essentiellement masculine, à 88% à Z1 et à 92% à Z2.

	ATAM	AF	TEC	Cadre
Z	6,2	18,9	53,1	21,8
Z1	10,1	21,2	54,6	14,1
Z2	3,6	17,3	52,2	26,9
Groupe	5,8	19,5	39,9	34,8

La répartition par CSP est un peu différente à Z1/Z2 : Plus d'ATAM et moins de cadres essentiellement. Comparativement au Groupe, les techniciens sont plus représentés à Z1 et les cadres en plus faible % .

Les salariés suivent en grande majorité des horaires normaux : À 65 % à Z1 et 75 % à Z2

Méthodologie

2 types de résultats vont être présentés :

- **Les résultats 2004** de Z1 et Z2 et donc de la filiale (Z) qui seront comparés à ceux du Groupe la même année.

- **L'évolution des conditions de travail et de l'état de santé** conduite sur 2 groupes de salariés dits appariés c'est-à-dire vus en 2002 et en 2003 ou vus en 2002 et 2004.

Pour chacune des comparaisons appariées un test statistique a été réalisé pour lequel :

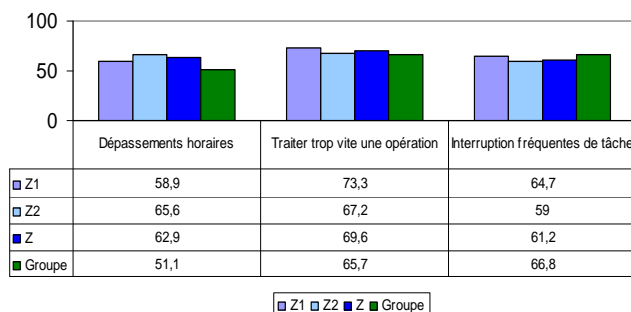
- NS signifie que le test n'est pas significatif et donc qu'il n'y a pas de différence
- * , ** ou *** signifie un test significatif, la différence entre les années étant d'autant plus marquée que le nombre d'étoile est grand.

Dans les tableaux, le code couleur rouge indique une dégradation, le vert une amélioration.

Afin d'avoir une vision plus synthétique des conditions de travail, les items du questionnaire ont été regroupés permettant d'extraire 4 facteurs : Pression temporelle, latitude décisionnelle, soutien social et charge physique.

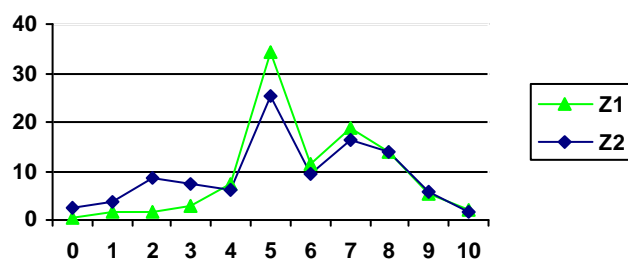
CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL 2004

Contrainte temporelle 2004



Comme les années précédentes, par rapport au Groupe, **Z présente un % plus important** :

- de **dépassements d'horaires** en particulier à Z2
- d'**opérations traitées trop vite** surtout à Z1



L'échelle temporelle est comparable à Z2 et Z1 avec un 1^{er} pic à 5 et un 2^{ème} moins important à 7/8.

Le même type de courbe est retrouvé au niveau du Groupe

Appréciation sur le travail 2004

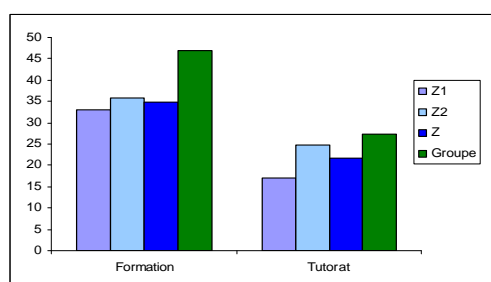
L'appréciation sur le travail reste très positive et comparable au niveau de Z et du Groupe.

On peut cependant noter une **vision plus négative à Z1** de :

- La **latitude décisionnelle** (items travail permet d'apprendre, varié et choix dans la façon de procéder) ; La constitution de la population (plus d'opérateurs) peut expliquer cette différence.
- La **Reconnaissance professionnelle**
- Les Formations ou informations suffisantes et adéquates

	Z1	Z2	Z	Gpe		Z1	Z2	Z	Gpe
Travail Permet d'apprendre	77,6	85,3	82,3	84,8	Entraide coopération	85,3	86,6	86,1	86,9
Travail varié	78,7	87,7	84,2	83,6	Reconnaissance prof.	71	78,8	75,7	78,3
Choix ds la façon de procéder	69,5	78	74,7	78	Formation info suff.	75,9	79	77,7	80,2
					Objectifs et consignes claires	83,9	78,6	80,7	78,4

Formation et Tutorat

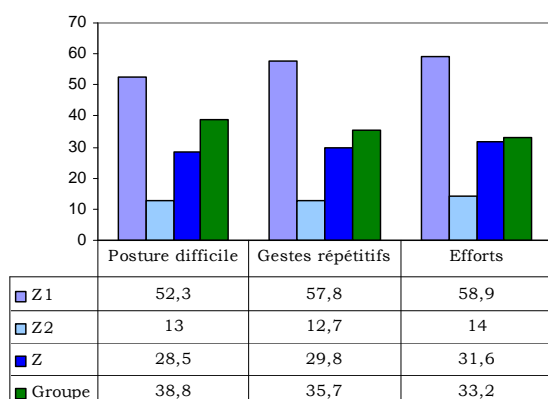


A Z1 comme à Z2 les salariés rapportent moins de formation dans l'année qu'au niveau du Groupe.

Le tutorat est également moins fréquent en particulier à Z1.

CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL 2004 (suite)

Charge physique 2004



Le % de réponses positives (importante ou modérée) aux 3 questions postures difficiles, gestes répétitifs et efforts est plus important à Z1 qu'à Z2 mais il est comparable à celui rencontré dans les autres établissements de production du Groupe.

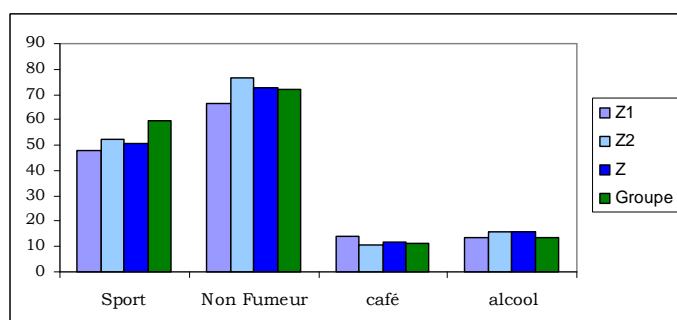
Les % de Z et du Groupe sont très voisins.

Autres nuisances

	Bruit	Gêne sonore	Solvants	Huiles	Poussières fumées	TT surface	Epoxy
Z1	5,2	46,3	46	14,4	52	3,5	38,5
Z2	10,1	16	24,6	13,6	5,8	1,5	6
Z	8,1	27,9	33	13,9	24	2,3	18,8
Groupe	14	28,3	27,1	15,3	18,8	2,3	8,1

Les résultats des questions sur les autres nuisances sont le reflet à la fois de l'établissement et de la population interrogée : forte proportion de composite, de poussières et solvants à Z1 notamment avec également un fort % de gêne sonore.

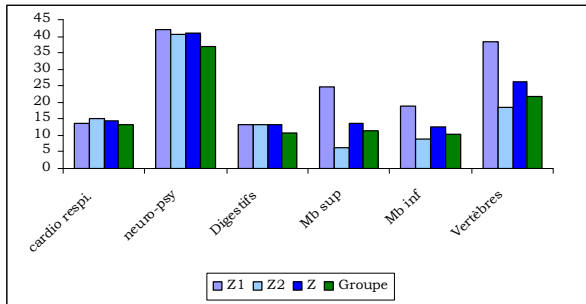
Mode de vie



Le mode de vie à Z est très comparable à celui du Groupe avec cependant :

- Un peu moins de pratique sportive à Z/Groupe
- Plus de fumeurs à Z1 (% moins important de non fumeur)

INDICATEURS SANTE



Les troubles neuro-psychiques (fatigue, anxiété, nervosité, problèmes de sommeil) sont toujours les troubles les plus souvent rapportés et semblent un peu plus fréquents à Z que dans les autres filiales.

C'est surtout le fort taux de **troubles osteo-articulaires** rapporté à Z qui est notable, en particulier au niveau du membre supérieur et des vertèbres.

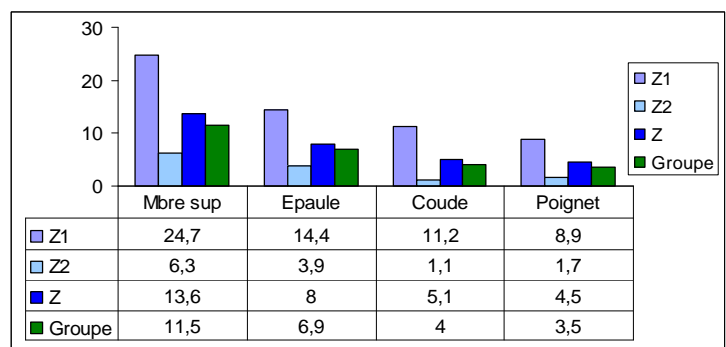
Troubles neuro psychiques

Si les troubles du sommeil avoisinent les 20 % à Z comme au niveau de Groupe, la fatigue est plus souvent notée à Z1 (presque 30% contre 19% à Z2 et 23% au niveau du Groupe). L'anxiété / nervosité est également plus fréquente à Z par rapport au Groupe (29% contre 23 %) mais dans une moindre mesure.

	Troubles neuro-psy	Fatigue	Anxiété nervosité	Trouble du sommeil
Z1	42,2	29,3	28,5	22,7
Z2	40,4	19	29,2	20,1
Z	41,1	23,1	28,9	21,1
Groupe	36,9	22,7	23	19,2

Troubles osteo articulaires

C'est à Z1 que les troubles osteoarticulaires sont les plus fréquents que se soit au niveau du membre supérieur comme du membre inférieur ou des vertèbres.



Autres domaines

Sur le plan cardio-respiratoire, les signes rapportés sont du même niveau à Z et au niveau du Groupe (10 % environ). De même pour les troubles digestifs (13% à Z contre 11 % au niveau du Groupe)

SUIVI 2002-2004

	2002 et 2003	2002 et 2004
Z	374	378
Groupe	2185	1167

Les tableaux qui suivent montrent les évolutions des conditions de travail et de santé des salariés vus à la fois en 2002 et 2003 (374) ou vus en 2002 et 2004 (378)

	2002/2003	2002/2004
Pression temporelle		
Z	NS	**
Groupe	***	***
Latitude décisionnelle		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Soutien social		
Z	NS	NS
Groupe	**	**
Charge physique		
Z	NS	NS
Groupe	**	**

Entre 2002 et 2004, sur le plan des conditions de travail :

- **La Pression temporelle** a augmenté au niveau du Groupe comme à Z de façon significative. Cette augmentation est plus marquée pour le Groupe.
- **La latitude décisionnelle** reste inchangée
- **Le soutien social s'est** dégradé au niveau du Groupe alors qu'il est resté stable à Z.
- **La Charge physique** n'a pas évolué à Z alors qu'elle s'est aggravé au sein du Groupe. Il pourrait être important de différencier Z1 et Z2.

Sur le plan Santé, seule la fatigue s'est aggravée entre 2002 et 2004, à Z comme pour le Groupe. Par contre les troubles digestifs ont diminué ainsi que la plupart des troubles osteo articulaires.

	2002/2003	2002/2004
Cardio respiratoire		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
HTA		
Z	**	NS
Groupe	*	**

	2002/2003	2002/2004
Troubles digestifs		
Z	**	*
Groupe	*	NS

Neuro psychique		
Z	**	*
Groupe	*	NS
Fatigue lasitude		
Z	*	**
Groupe	**	**
Anxiété Nervosité		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Troubles du sommeil		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS

	2002/2003	2002/2004
Membre sup		
Z	NS	NS
Groupe	NS	NS
Membre inf		
Z	NS	NS
Groupe	NS	**
Vertèbres		
Z	NS	*
Groupe	NS	**
Douleurs cervicales		
Z	NS	NS
Groupe	*	NS
Dorso lombaires		
Z	NS	NS
Groupe	NS	**

Annexe 4 : Document de synthèse « EVREST Outil d'évaluation des facteurs de tension au travail, Filiale Z, 2002 – 2003 ». Document présenté dans les CHSCT de Z1 et Z2, par les médecins du travail, Janvier 2006.

EVREST

OUTIL D'EVALUATION

DES FACTEURS

DE TENSION AU TRAVAIL

Analyse faite par le C.* sur les données Evrest 2002 -2003

* Centre de recherche associé au projet

Traditionnellement, le stress est défini comme le résultat de la rencontre entre un ensemble d'exigences, d'agressions ou de contraintes de l'environnement de travail et les capacités d'adaptation des individus.

Mais le terme « stress » est également invoqué pour exprimer des contraintes organisationnelles, le vécu des conditions de travail ou rendre compte de l'origine professionnelle d'autres problèmes plus graves (démissions, dépression, addictions diverses, suicide, divorce...).

C'est principalement dans le domaine de l'étude par l'épidémiologie des dimensions psychosociales du stress professionnel que les résultats les plus solides ont été produits. Dans le domaine de l'étude par l'épidémiologie il existe aujourd'hui deux modèles de stress professionnel reconnus : **le modèle « demande-autonomie au travail » de Karasek, et le modèle « déséquilibre : efforts/récompenses » de Siegrist.**

Le **modèle de Karasek** est composé des dimensions suivantes :

La **demande psychologique** (job demand) qui fait référence à la quantité de travail à accomplir ainsi qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail.

L'autonomie décisionnelle (job latitude) qui fait référence aux possibilités de prendre des décisions au sujet de son travail, d'être créatif et d'utiliser et développer ses compétences.

Le soutien social (social support) est une dimension qui fait référence à toutes les interactions sociales utilitaires qui sont disponibles au travail avec les collègues et la hiérarchie, ainsi qu'à l'importance de l'aide et de l'assistance qu'ils donnent dans l'accomplissement du travail.

Karasek caractérise une situation de tension au travail (**job strain**) par le cumul d'une forte « job demand » et d'une faible « job latitude ». Cette situation cumulée avec un faible soutien social (le salarié est alors en situation dite d'**iso-strain**) semble être la plus pathogène.

Situation de stress

=

***grande demande et faible autonomie
aggravée par un faible soutien social***

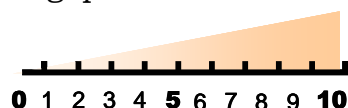
Afin d'évaluer les facteurs de Tension au travail et leurs répercussion sur la santé, le questionnaire EVREST a été utilisé en considérant certaines questions d'EVREST comme « représentantes » de chaque dimension du modèle de Karasek et un indicateur pour chacune des trois dimensions a été choisi.

Demande psychologique :

Toutes les questions de la partie « contraintes de temps » rendent compte de la partie demande psychologique du modèle de Karasek.



L'indicateur choisi est l'échelle analogique de cotation



Cotation inférieure ou égale à 5 = demande faible ou modérée
Cotation strictement supérieure à 5 = demande forte.

Latitude décisionnelle :

Les trois premières questions ayant trait à « l'appréciation sur le travail » rendent compte de la latitude décisionnelle du modèle de Karasek.



L'indicateur choisi est
« avoir le choix de la façon de procéder dans son travail »

Réponses « non » et « plutôt non » = latitude faible
Réponses « oui » et « plutôt oui » = latitude forte.

Soutien social :

Deux questions sur le thème de l'appréciation sur le travail rendent compte du soutien social du modèle de Karasek, l'une sur l'entraide et l'autre sur la reconnaissance professionnelle.



L'indicateur choisi est la question
« avoir des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération »

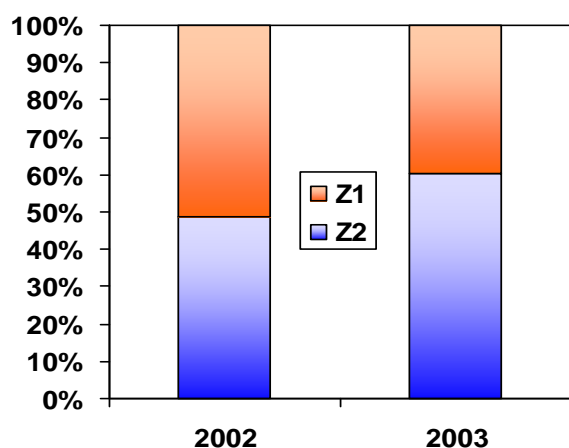
Réponses « non » et « plutôt non » = Faible soutien social
Réponses « oui » et « plutôt oui » = Fort soutien social

En croisant les dimensions du modèle, on détermine la proportion de salariés soumis à la Tension au travail.

Population étudiée

A Z, 1168 personnes ont été interrogées entre 2002 et 2003, 717 en 2002, 825 en 2003.

324 personnes ont été interrogées aux 2 dates, en 2002 et en 2003. C'est sur cet effectif apparié que les analyses sur la tension au travail ont portées.



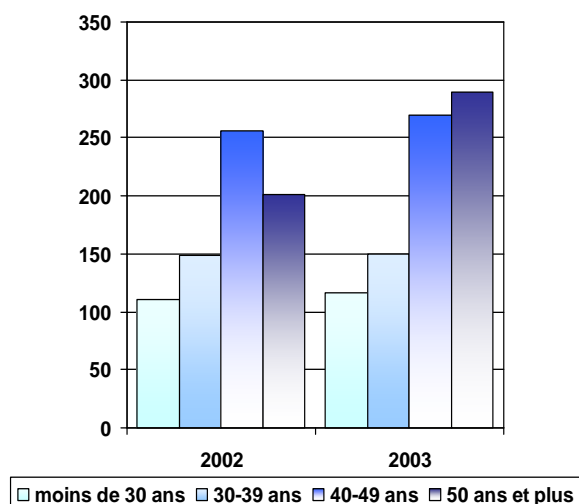
En 2002 l'effectif était réparti également entre Z2 et la Z1.

En 2003 le nombre de personnes interrogées était plus important à Z2 qu'à Z1

	2002	2003
hommes	87%	91%
opérateurs	40%	50%
Horaires normaux	77%	69%

En 2002 comme en 2003 la population était :

- Essentiellement masculine
- Pour moitié des opérateurs
- En horaire normal pour les $\frac{3}{4}$ environ



La répartition par classe d'âge est un peu différente entre 2002 et 2003 avec une proportion plus importante de plus de 50ans en 2003 alors qu'en 2002 la classe prédominante était celle des 40-49ans.

Proportion de salariés sous tension évolution 2002 - 2003

Faible job demand	Forte job demand
58,0 56,4	42,0 43,6

Faible job latitude	Forte job latitude
35,3 38,8	64,7 61,2

Entre 2002 et 2003, la proportion de salariés sous forte demande a légèrement augmenté (42 % à 43,6%) de même que celle des salariés sous faible latitude décisionnelle (35,3 à 38,8 %).

	Faible job demand	Forte job demand
Faible job latitude	21,7 23,8	13,6 15,0
Forte job latitude	36,4 32,6	28,3 28,6

Le croisement des ces 2 facteurs permet de situer le nombre de salariés sous tension et de suivre leur évolution :

- Le pourcentage de salariés en situation de job strain est entre 14 et 15 %, chiffres voisins de ceux notés au niveau du Groupe.
- Entre 2002 et 2003, le pourcentage a légèrement augmenté alors que celui du Groupe est stable.

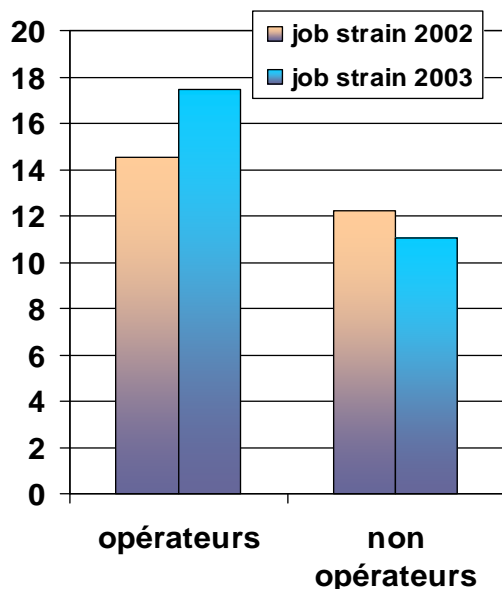
La prise en compte du soutien social permet d'identifier les personnes en situation d'« iso-strain », c'est-à-dire associant isolement et tension au travail.

On voit que les individus en état d'« iso-strain » sont peu nombreux et que leur nombre est en légère diminution entre les deux années (2,1 % en 2002 et 1,6% en 2003).

	Faible job demand		Forte job demand	
	Soutien social faible	Soutien social fort	Soutien social faible	Soutien social fort
Faible job latitude	1,6 2,1	20,0 21,7	2,1 1,6	11,5 13,4
Forte job latitude	3,2 2,1	33,2 30,5	4,3 3,2	24,1 25,4

Légende: **année 2002**
année 2003

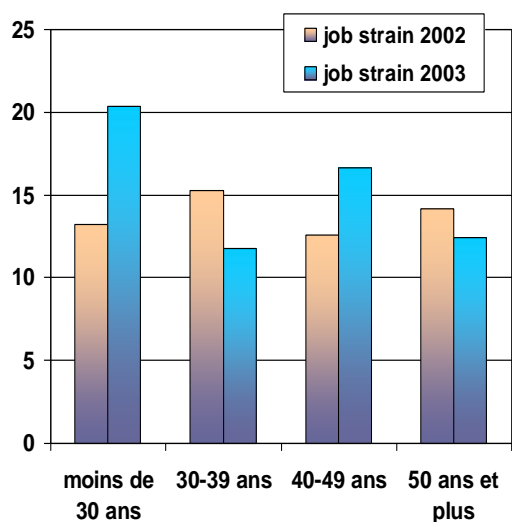
Les histogrammes suivants compare le pourcentage de salariés en situation de job strain ou tension au travail selon leur catégorie socio professionnelle puis selon leur classe d'âge en 2002 et en 2003.



Si l'on compare opérateurs (AF1, AF2, AF3 et TA) aux autres salariés (non opérateurs), on note une plus grande tension au travail chez les opérateurs en 2002 comme en 2003.

De plus, la proportion d'opérateurs en situation de « job strain » augmentent entre 2002 et 2003 alors qu'elle diminue chez les non opérateurs.

Ainsi en 2003 on retrouve plus de 17% d'opérateurs sous tension contre environ 11% de non opérateurs.



En considérant les classes d'âge, on remarque que :

- **En 2002** la proportion de salariés sous tension est assez voisine d'une classe à une autre avec un peu plus de tension chez les 30-39 ans et les 50 ans et plus.

- **En 2003**, les différences entre les classe d'âge sont plus marquées avec des évolutions différentes :

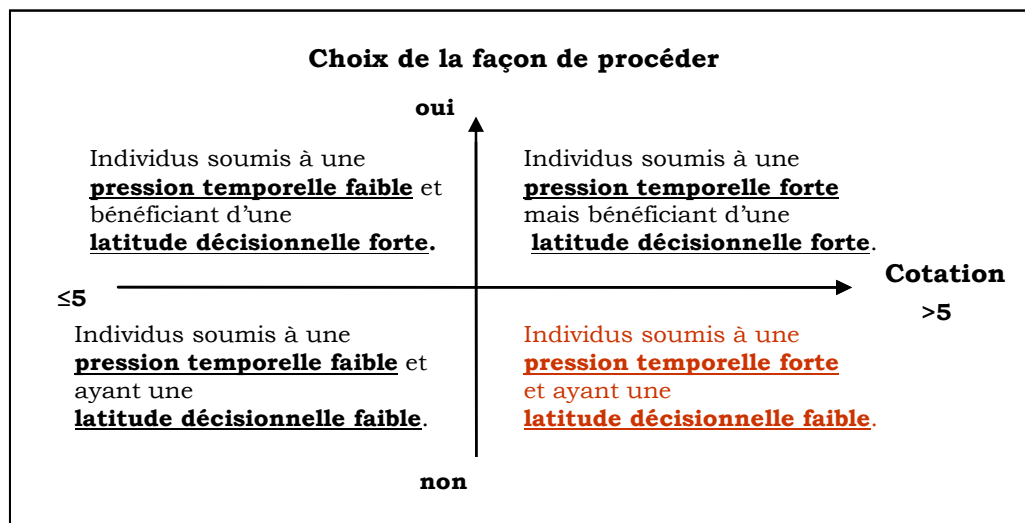
- o Nette augmentation chez les moins de 30 ans qui sont les plus sous tension
- o Augmentation moins marquée pour les 40-49 ans
- o Diminution dans les autres classe d'âge

Les effets de la tension sur la santé des salariés

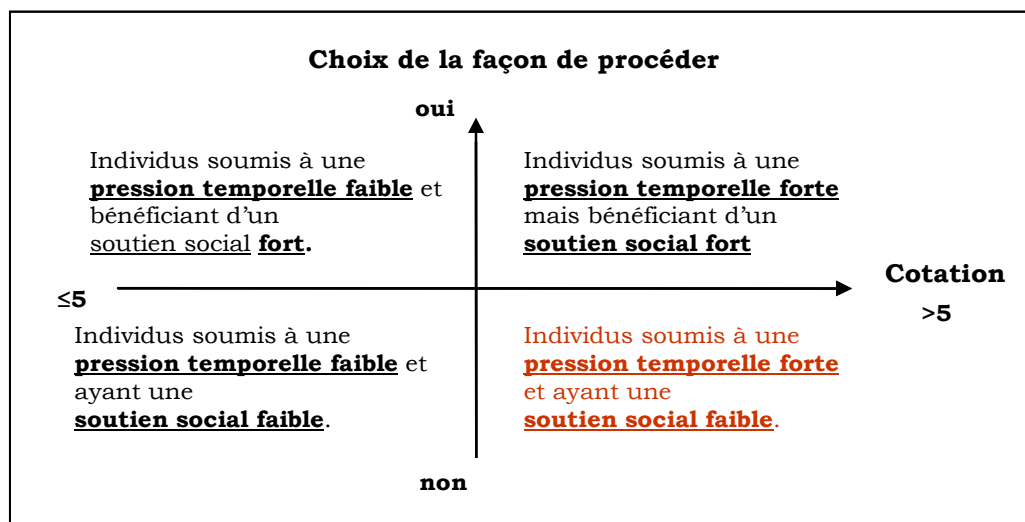
Afin d'étudier les répercussions possibles de la tension au travail sur la santé toujours en considérant les trois dimensions du modèle de Karasek, l'échantillon a été coupé en quatre selon que les individus :

- sont ou non soumis à une pression temporelle forte (cotation inférieur ou supérieur à 5 sur l'échelle analogique)
- ont ou non le choix de la façon de procéder dans leur travail.(oui ou non)

On peut résumer cette répartition de l'échantillon de manière graphique :

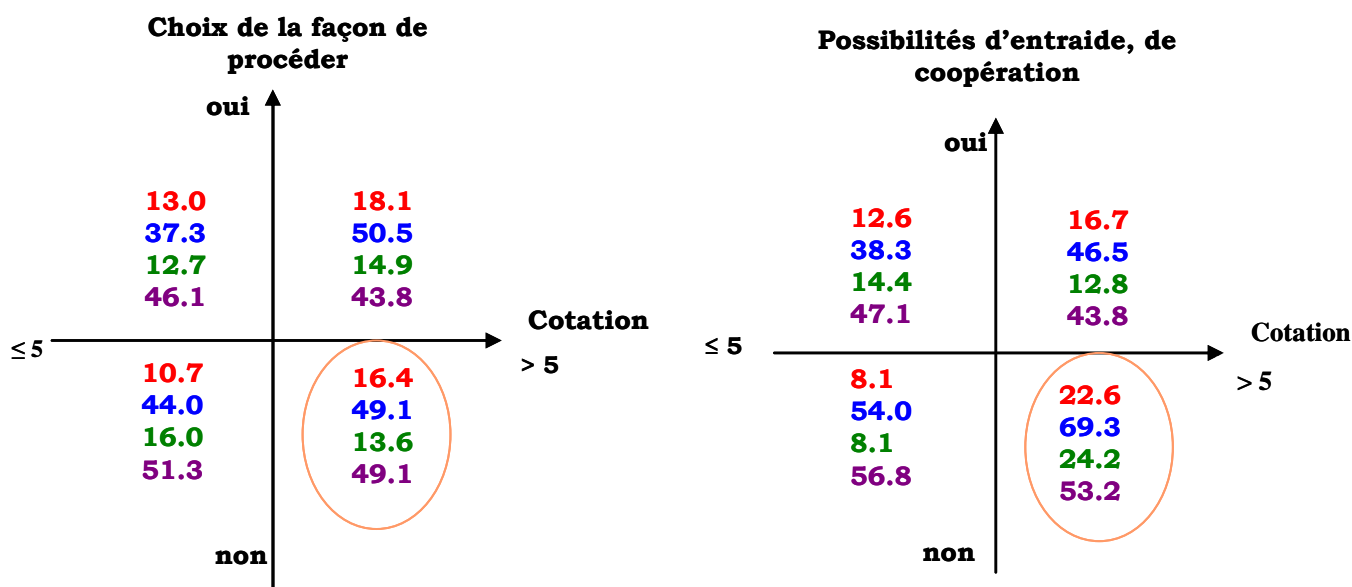


On procède de la même manière pour l'étude du couple de variables représentant la demande psychologique et le soutien social



Les graphiques suivants présentent, pour les individus de chaque quart de plan, le pourcentage de ceux qui sont atteints du trouble de santé, pour les quatre domaines de santé explorés par EVREST (troubles cardio-respiratoires, neuro-psychiques, digestifs et osteo-articulaires)

Les pourcentages entourés sont ceux du quart de plan correspondant a priori à la situation la pire du point de vue des facteurs de « stress ».



Les graphiques contiennent des pourcentages.

Légende :

- cardio-respiratoire
- neuro-psychique
- digestif
- ostéo-articulaire

Les troubles d'ordre cardio-respiratoires sont plus fréquents en cas de demande forte, latitude forte et d'un soutien faible.

Pour la survenue de troubles d'ordre neuro-psychique, il y a un effet aggravant de la pression temporelle, il y a aussi un effet aggravant du faible soutien social, mais c'est la combinaison des deux qui semble le plus néfaste (graphique de droite).

La survenue des troubles digestifs augmente avec la combinaison pression temporelle et absence de possibilités de coopération au travail, mais la combinaison pression temporelle et faible autonomie ne semble pas jouer de rôle.

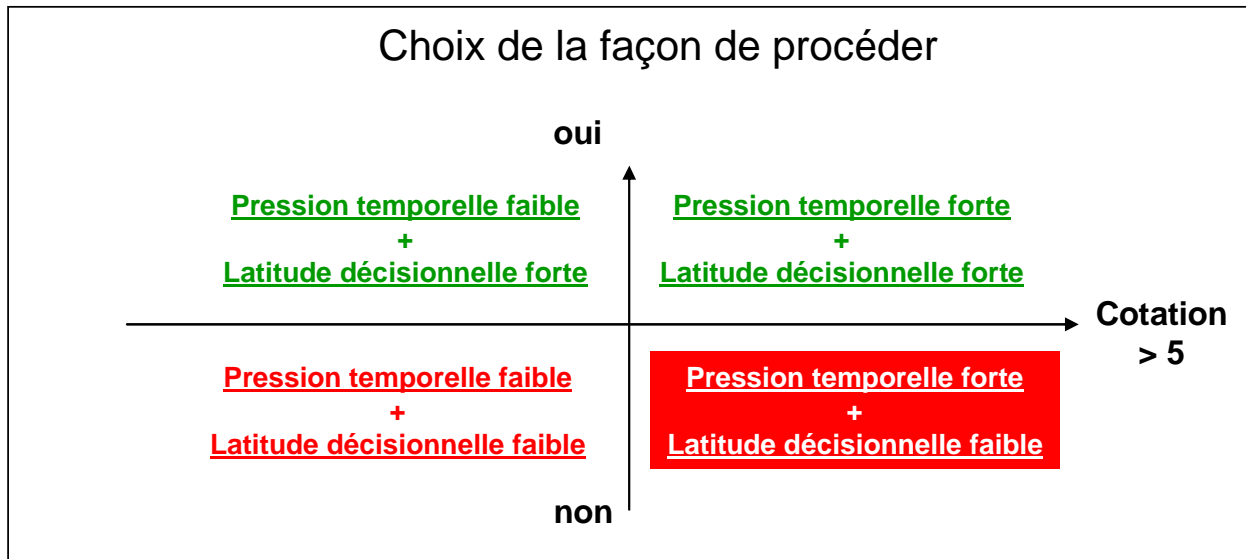
Dans le domaine ostéo-articulaire, on constate que ce n'est pas tant la pression temporelle mais le fait de ne pas avoir le choix de la façon de procéder au travail et plus encore de ne pas bénéficier de possibilités de coopération qui va de pair avec une présence élevée de troubles

Ainsi pour l'ensemble des troubles de la santé étudié, c'est le faible soutien social, le peu de possibilité d'entraide et de coopération qui semble le plus pénalisant.

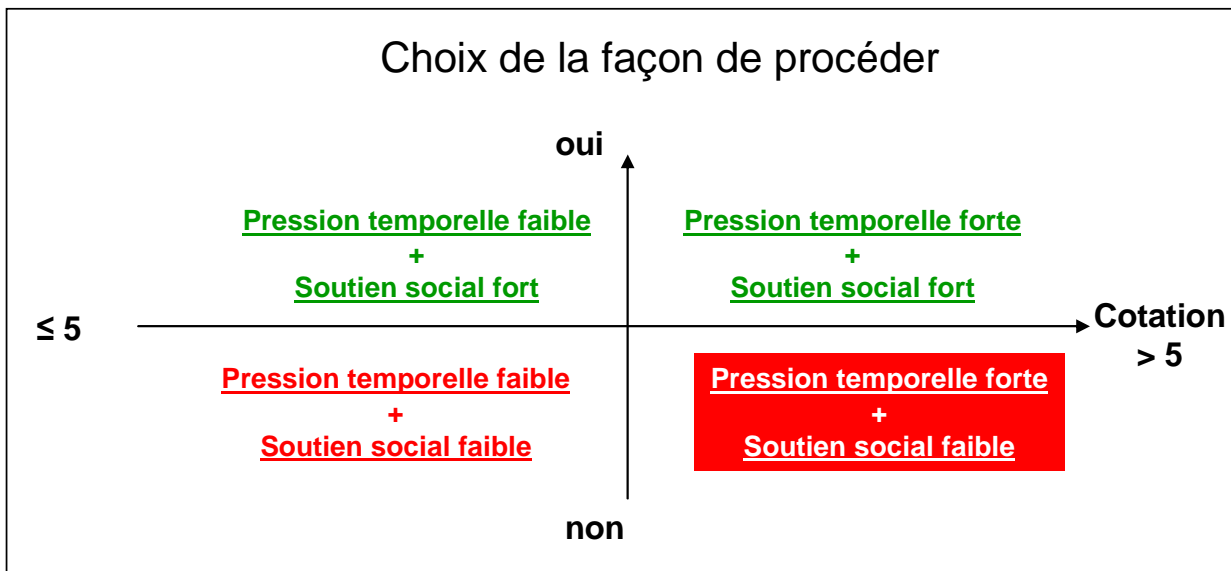
Annexe 5 : Support de présentation d'un médecin du travail de Z2 « Facteurs de stress des salariés de Z ». Présentation au CE de Z2 en Mars 2006.

LES EFFETS DE LA TENSION SUR LA SANTE DES SALARIES

PRESSION TEMPORELLE ET LATITUDE DECISIONNELLE



DEMANDE PSYCHOLOGIQUE ET SOUTIEN SOCIAL



SALARIES SOUS TENSION

EVOLUTION 2002-2003

Forte job demand	
2002	42,0
2003	43,6

Faible job latitude	
2002	35,3
2003	38,8

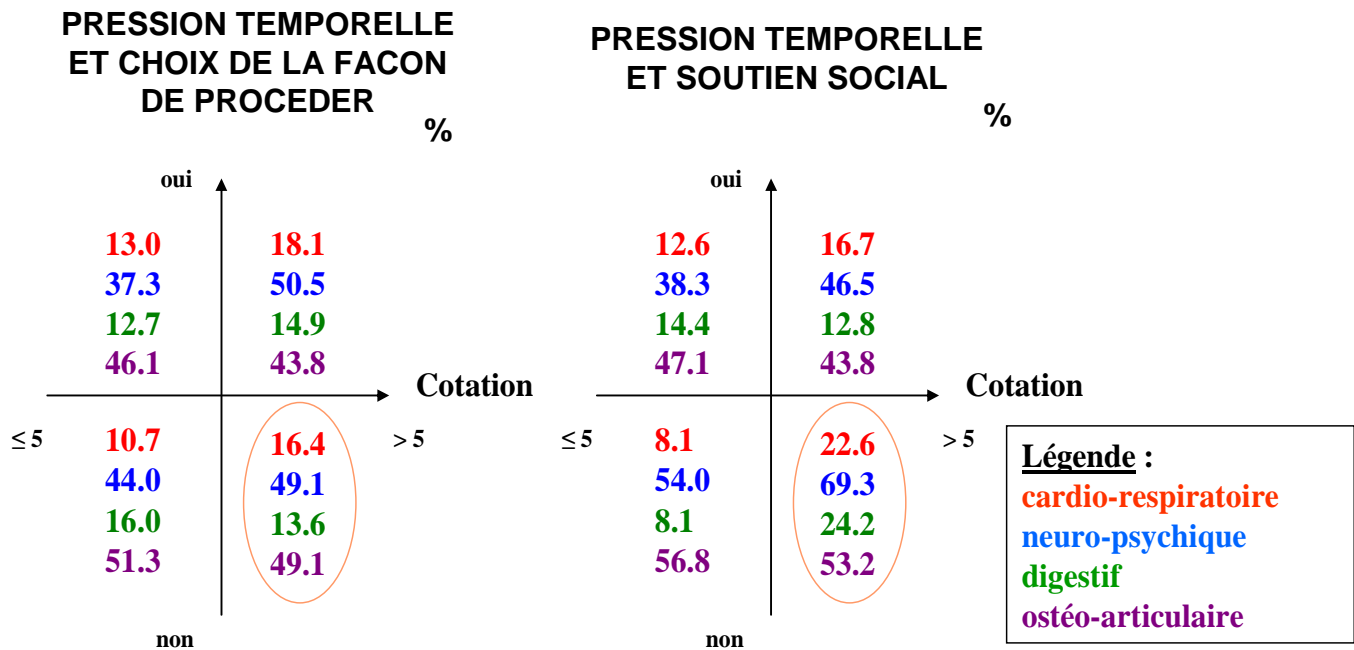
Le croisement de ces 2 facteurs permet de situer le nombre de salariés sous tension et de suivre leur évolution :

	Forte job demand	
Faible job latitude	13,6 15,0	2002 2003

PRISE EN COMPTE DU SOUTIEN SOCIAL

Légende :
2002
2003

	Forte job demand Soutien Social faible	Forte job demand Soutien Social fort
Faible job latitude	2,1 1,6	11,5 13,4
Forte job latitude	4,3 3,2	24,1 25,4



Troubles d'ordre cardio-respiratoires : demande forte, latitude forte et soutien faible.

Troubles d'ordre neuro-psychique : pression temporelle, faible soutien social.

Troubles digestifs : pression temporelle, absence de possibilités de coopération au travail, peu de soutien social, peu de latitude décisionnelle.

Troubles ostéo-articulaires : choix de la façon de procéder au travail, possibilités de coopération, peu de latitude décisionnelle et faible soutien social.

FAIBLE SOUTIEN SOCIAL → IMPACT SUR LA SANTE