La santé au cœur des transformations du travail

SOUS LA COORDINATION DE **PIERRE REMAN**, **FRANÇOIS LADRIÈRE** ET **PATRICK FELTESSE**

CAHIERS DU **CIRTES** #1
Décembre 2009

UCL PRESSES UNIVERSITAIRES DE LOUVAIN

CIRTES

La collection Créée à l'initiative du Centre interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société (CIRTES-UCL), cette collection publie des études portant sur les rapports sociaux inégalitaires et les politiques publiques qui permettent d'y faire face. L'analyse des politiques publiques est vue au sens large, conjuguant les apports de disciplines telles que la socio-économie, la psychologie sociale, l'analyse socio-politique, la sociologie, le droit. Les publications sont centrées sur des contributions théoriques articulées aux données empiriques et intègrent, dans leurs questionnements, des enjeux de société.
Le CIRTES fait partie de deux instituts de l'UCL : l'Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines (IACCHOS) et l'Institut de recherche en sciences psychologiques (IPSY).

La santé au cœur des transformations du travail

SOUS LA COORDINATION DE **PIERRE REMAN**, **FRANÇOIS LADRIÈRE** ET **PATRICK FELTESSE**

Le travail contemporain est en profonde transformation. Pour un certain nombre de travailleurs, ces transformations sont signe de progrès : les conditions de travail s'améliorent, renforcent l'attachement que ces travailleurs éprouvent à l'égard de leur travail et contribuent à leur conférer un sentiment de fierté. Par contre, pour beaucoup d'autres, ces transformations sont signe de vulnérabilité : les conditions de travail se dégradent et les sentiments d'insécurité s'amplifient. L'étude des relations entre santé et travail traduit bien les inégalités grandissantes dans les conditions de travail et dans l'état de santé des travailleurs. La question de la santé au travail et de la qualité des conditions de travail devient dès lors un enjeu central qui mérite d'être abordé et débattu dans l'espace public.

Les auteurs Professeurs à l'Université catholique de Louvain et dans d'autres universités belges et françaises, acteurs politiques et sociaux, médecins font part ici de leurs analyses et de leurs expériences.

Avec le soutien du SPF Emploi
et du Fonds national de la recherche scientifique.

9 782874 631900

i6doc.com
la librairie des documents scientifiques

ALBA

La santé au cœur des transformations du travail.

Actes du colloque organisé par la Chaire Max Bastin de l'Université catholique de Louvain (UCL) et le CESI – Prévention et Protection au Travail à l'occasion des 40 ans de la médecine du travail en Belgique.

Sous la coordination de Pierre REMAN,
François LADRIERE et Patrick FELTESSE
Décembre 2009

Rédactrice en chef
Ginette Herman

Comité de rédaction
Eric Mangez (sociologie), Pierre Reman (économie), David Bourguignon (Psychologie sociale), Florence Degavre (socio-économie) et Pierre Tilly (Histoire).

Secrétariat de rédaction
Anne-Françoise Bray (Responsable), Chantal Grandmaire, Anne-Hélène Pilon

Les articles ne sont publiés qu'après accord du comité de rédaction.
Les auteurs sont responsables du contenu de leurs écrits.

Adresse de la rédaction :
Anne-Françoise Bray
Rue de la Lanterne magique, 32
B-1348 Louvain-la-Neuve

anne-francoise.bray@uclouvain.be

Siège social :
Université catholique de Louvain
Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société (CIRTES)
Service administratif
Boulevard Devreux, 6
B - 6000 Charleroi

© Presses universitaires de Louvain, 2009

Dépôt légal : D/2009/9964/50
ISBN : 978-2-87463-190-0

Imprimé en Belgique
Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.

Couverture : Aline Baudet

Diffusion : www.i6doc.com, l'édition universitaire en ligne

Sur commande en librairie ou à
Diffusion universitaire CIACO
Grand-Place, 7
1348 Louvain-la-Neuve, Belgique
Tél. 32 10 47 33 78
Fax 32 10 45 73 50
duc@ciaco.com

Introduction _____ **1**
Pierre REMAN, François LADRIERE et Patrick FELTESSE

Stratégie nationale pour la sécurité et la santé au travail _____ **7**
Discours de Joëlle MILQUET, présenté par Georges CARLENS

La santé et le bien-être face à deux décennies de mutations du travail _____ **19**
Patricia VENDRAMIN

Le travail, l'organisation, la santé face à la précarité des situations professionnelles _____ **39**
Corinne SAINT-MARTIN, Claire THÉBAULT

Santé au travail : stratégie européenne et dynamique des acteurs _____ **61**
Laurent VOGEL

Vieillir au travail : Entre processus individuels et processus sociaux _____ **83**
Donatienne DESMETTE

Quelle est la place de la surveillance médicale dans les stratégies de prévention des risques professionnels ? _____ **95**
Dominique LISON

Liste des intervenants et des contributeurs _____ **107**

Introduction

Pierre REMAN[1], François LADRIERE[2] et
Patrick FELTESSE[3]

En 1968, la législation belge a étendu à tous les employeurs l'obligation légale de recourir à un service médical interne ou externe, élargissant ainsi à tous les travailleurs le bénéfice des dispositions relatives à la protection de la santé des travailleurs. On célèbre actuellement le 40ème anniversaire de cette avancée sociale. Durant ces quatre décennies, l'évolution du cadre légal a élargi le champ d'action de la médecine du travail à des activités de prévention des risques couvrant différents aspects des conditions de travail: sécurité, ergonomie, troubles psychosociaux, etc.

En regard des enjeux actuels, cet élargissement devrait s'accompagner d'un renforcement des politiques visant à combattre le mal-être qui se développe sous diverses formes dans les entreprises et les services. Les conditions de travail contemporaines connaissent en effet des changements importants qui sont liés à des transformations majeures du travail salarié et de son contexte. Le contexte socioéconomique est caractérisé par une augmentation de la pression concurrentielle et de la flexibilité qui sont liées à la mondialisation de l'économie, à sa financiarisation et aux politiques visant à renforcer la compétitivité des entreprises et des territoires. Dans les pays de vieille industrialisation comme la Belgique, les activités deviennent de plus en plus des activités de service, souvent exercées dans des entreprises de petite taille, au sein desquelles l'usager ou le client occupe une place de plus en plus importante. Les exigences liées à une demande de plus en plus spécifique et diversifiée influencent les conditions de travail, tantôt dans un sens positif lié aux relations interpersonnelles qui donnent du sens au travail, tantôt de manière négative lorsque sous la pression de la demande, l'organisation du travail fait passer au second plan la pénibilité de ceux qui sont en première ligne dans le service à la clientèle. Faire passer au second plan signifie paradoxalement pour le travailleur, une prise sur soi des contraintes de l'organisation au risque de vivre régulièrement ou en permanence des situations de stress ou de surcharge mentale. La contribution de Corinne Saint-Martin et Claire Thébault insiste sur le lien étroit entre les transformations organisationnelles et le malaise au travail portant sur les manières de concevoir les règles de

[1] Professeur à l'UCL et Responsable de la Chaire Max Bastin.
[2] Directeur du CESI-Prévention et Protection au Travail.
[3] Conseiller à la FTU (Association pour une Fondation Travail-Université).

fonctionnement et d'efficacité de l'entreprise. Le développement des emplois intérimaires et de la sous-traitance, de la flexibilité des horaires, et des heures supplémentaires rémunérées ou non, renforce la précarisation et le mal-être au travail.

Patricia Vendramin fournit une série d'indicateurs qui illustrent une convergence de pressions sur le travail dont la majorité des travailleurs estiment qu'elle porte atteinte à leur santé. Ajoutons à cela des transitions plus longues et périlleuses entre les études et un emploi stable pour beaucoup de jeunes et davantage de carrières prenant des contours plus variables et incertains. La précarité se développe donc à tous égards et les cadres sont également touchés, même si les inégalités des conditions d'emploi s'accroissent surtout par le bas.

Le contexte culturel change également. L'individualisation -à ne pas confondre avec l'individualisme- progresse et se renforce dans la société et se lit dans les « valeurs » que l'entreprise puise dans la société et se donne à elle-même : créativité, responsabilité, innovation, implication. Cependant, sous la pression de la concurrence, ces mêmes valeurs légitiment les instruments utilisés pour maintenir et renforcer la compétitivité et les contraintes pesant sur les travailleurs. Ce paradoxe lié à l'individualisation a tendance à produire, non pas des conflits collectifs portant sur les valeurs ou les contraintes, mais des sentiments de culpabilité, de l'anxiété ou du stress, bref, des risques psycho-sociaux ainsi que des troubles musculo-squelettiques qui leur sont en partie liés. Alors que la réduction du poids relatif des secteurs industriels dans l'ensemble de l'économie et les développements technologiques transforment les formes d'exposition aux risques professionnels et peuvent améliorer les conditions moyennes de travail dans certains secteurs, les exigences accrues de compétences et de performances, l'individualisation des responsabilités de production, l'accélération des rythmes de travail, l'intensification du travail, la surcharge informationnelle produite par les technologies de l'information et de la communication, accentuent de nouveaux risques pour la santé et le bien-être d'une grande partie des travailleurs, y compris les travailleurs stables et les cadres. Ceci dit, ce sont surtout dans les activités à la périphérie des métiers dominants que l'exposition aux risques est la plus élevée.

Pour un certain nombre de travailleurs, les transformations sont signe de progrès lorsque leurs conditions de travail s'améliorent, les modes de travail leur permettent de s'épanouir dans leur travail et leur confèrent une conscience fière d'eux-mêmes. Par contre, pour beaucoup d'autres, ces transformations accentuent la précarité de leur emploi, la vulnérabilité de leurs activités et de leur identité professionnelles et l'insécurité de façon générale. Et dans un tel contexte, les perceptions que l'on a de son travail peuvent devenir négatives et affecter son bien-être au travail. C'est entre autre le cas des travailleurs dit âgés à qui on renvoie une image dévalorisante d'eux-

mêmes, accentuant l'âgisme des milieux professionnels, ce que décrit parfaitement Donatienne Desmette.

Tout le monde n'est donc pas affecté de la même manière par ces changements et l'on sait que les fortes inégalités sociales de santé et de mortalité qui persistent aujourd'hui sont en partie liées aux conditions de travail et d'emploi. La prévention et la protection de la santé au travail sont donc aussi des enjeux de santé publique et de cohésion sociale.

La médecine du travail est également confrontée aux changements du contexte sociodémographique : augmentation des emplois exercés par des femmes, vieillissement de la pyramide des âges au travail, des parcours de vie qui plus fréquemment connaissent des ruptures, avec pour conséquence une augmentation du nombre de familles monoparentales, besoins de disponibilités de la part de familles de travailleurs pour soutenir des parents âgés, etc. Par ailleurs, au moment où la société se donne comme objectif d'augmenter les taux d'emploi, non seulement pour garantir le financement des systèmes de retraites, mais plus fondamentalement pour donner à chacun le droit de participer à la société, la question de la santé au travail et de la qualité des conditions de travail devient certainement un enjeu central.

Tous ces changements conduisent à repenser les critères d'un emploi de qualité, respectueux de la santé et du bien-être. L'identification de nouveaux risques professionnels s'impose donc mais cela ne signifie pas que soient négligées les actions nécessaires pour faire reculer les risques dit traditionnels insuffisamment quantifiés par les statistiques des accidents de travail et des maladies professionnelles. Il convient de repenser la nature de l'organisation du travail de façon à assurer un développement durable des compétences, probablement en prenant davantage en compte et conjointement la pénibilité des tâches, les caractéristiques de chaque travailleur, les phénomènes d'usure, l'impact des différents modes d'organisation du travail. La gestion des entreprises, des associations et des administrations est en effet à la fois co-productrice des mutations en cours et des possibilités de rétroaction des individus par rapport à elles. Dans cette perspective, il importe que le débat démocratique puisse accompagner le changement et s'exercer pleinement. On est actuellement loin du compte en Europe où, selon les estimations de Laurent Vogel, moins de 50% des travailleurs sont privés de toute forme de représentation en matière de santé et de sécurité.

Ces évolutions, mais aussi la volonté que l'on espère largement partagée pour continuer à réaliser des progrès dans ce domaine, conduisent à s'interroger sur les stratégies de prévention dans le chef des services de médecine du travail. Les préoccupations individuelles et collectives exprimées à leur propos, souvent dans le cercle

restreint des entreprises ou des cabinets médicaux, méritent d'être abordées et débattues dans l'espace public. Quelle est la place et quelles sont les conditions d'efficacité de la surveillance médicale dans les stratégies de prévention, et en particulier dans les dispositifs d'analyse et de gestion des risques ? Comment les données d'examens peuvent-elles aider à une meilleure détection des risques et singulièrement des nouveaux risques ? Comment développer la connaissance des facteurs qui n'ont de conséquences qu'à long terme sur la santé des travailleurs ? Faut-il une approche extensive de la surveillance de la santé ou une approche plus sélective et plus approfondie ? Comment aussi lutter contre les sous-déclarations des accidents et affections professionnelles ? Comment articuler prévention primaire, secondaire et tertiaire ? Autant de questions qui intéressent les services internes et externes mais aussi les autorités publiques. A cet égard, la contribution de Dominique Lison portant sur la place de la surveillance médicale dans les stratégies de prévention des risques professionnels, indique qu'un repositionnement est nécessaire. La surveillance médicale doit faire partie intégrante de l'évaluation des risques plutôt que de venir en bout de course avec comme seul objectif la détection précoce, dès lors que l'efficacité de cette dernière n'est pas équivalente à la prévention.

La régulation publique du système est en effet également capitale. En Belgique, elle est largement fondée sur la concertation entre les acteurs tandis que la législation belge en la matière est encore modeste. Elle s'inscrit aujourd'hui dans le cadre de l'Union européenne qui a lancé une nouvelle « stratégie de santé et de sécurité au travail » pour les années 2007-2012. Mais celle-ci est-elle suffisamment appropriée et ambitieuse pour répondre aux défis actuels et en particulier pour réduire les grandes inégalités sociales en matière de risques professionnels de santé ? La dynamique des acteurs en Belgique permet-elle de poursuivre des progrès satisfaisants et de surmonter les limites de la stratégie européenne ? Finalement quelle place est-elle donnée à la santé au travail dans l'ensemble des politiques ?

Tels sont les thèmes abordés dans ce cahier qui croisent les regards sociologiques, psychosociologiques, médicaux et sociopolitiques. Une occasion de prendre du recul et de braquer les projecteurs sur ces enjeux de la médecine du travail, alors qu'elle est confrontée au jour le jour aux conséquences des transformations du travail sur la santé des travailleurs.

En guise de conclusion, nous voudrions insister sur un enjeu transversal à l'ensemble des contributions de ce cahier que constitue la production de connaissances sur la santé au travail. Dimension fondamentale de toute politique publique, la production de connaissances en la matière fait largement défaut en Belgique. D'après Laurent Vogel, très peu de données permettent de mesurer l'impact sur la santé des affections liées au travail alors que plus d'un tiers des travailleurs affir-

ment que leurs conditions de travail ont un effet négatif sur leur santé. Par rapport à d'autres pays d'Europe, la Belgique accuse un triple déficit : pas d'enquête nationale sur les conditions de travail, peu de récolte et de traitement des données venant de la médecine du travail et enfin aucune transmission d'informations de la part des acteurs de la santé et en particulier des médecins sur les liens entre les conditions de travail et certaines pathologies. Une prise de conscience politique portant sur l'importance de la connaissance comme élément clé d'une politique de santé semble s'affirmer à travers le développement de la Stratégie nationale pour la santé et le bien-être au travail. Le regard porté par Georges Carlens nous indique l'importance que revêt la production de connaissances dans les orientations politiques du gouvernement fédéral pour les prochaines années. Ainsi, une enquête nationale sur l'état de la santé et de la sécurité au travail sera lancée et devrait se réaliser tous les deux ou trois ans en Belgique. Au cœur de cette stratégie se trouve aussi la volonté de créer les conditions afin que les services externes puissent consacrer davantage de temps à l'analyse des risques et à la production de données qui ne répondent pas uniquement à une logique administrative mais aussi à une logique de santé publique par le biais de l'élaboration d'indicateurs d'exposition de risques professionnels.

Stratégie nationale pour la sécurité et la santé au travail

Discours de Joëlle MILQUET[4], présenté par
Georges CARLENS[5]

Cet exposé précise les initiatives que la Ministre Joëlle Milquet compte prendre et dont le tracé pour l'année à venir est développé dans sa note de politique générale déposée au Parlement. Plus particulièrement en matière de bien-être, elle communiquera sa Stratégie nationale pour la santé et le bien-être au travail 2008-2012.

Ces initiatives ne se limitent bien évidemment pas seulement à la médecine du travail, mais ont un caractère multidisciplinaire.

Il ne s'agit dès lors pas d'initiatives isolées mais d'une stratégie nationale cadrée dans une stratégie européenne, la stratégie européenne 2007-2012.

1. La raison d'être du plan « Stratégie nationale »

Depuis 1978, la Commission européenne a développé des programmes d'action pluriannuels en matière de santé et sécurité au travail. A l'origine, ces programmes d'action étaient principalement focalisés sur le travail législatif. Aujourd'hui, les programmes se concentrent davantage sur l'émergence des nouveaux risques liés aux transformations du monde du travail et de la société.

En février 2007, la Commission a publié une communication intitulée : « *Améliorer la qualité et la productivité au travail : Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail* ». La Commission a invité les États membres à définir et à adopter des stratégies nationales en articulation avec la stratégie communautaire et à fixer, dans ce cadre, des objectifs quantitatifs à atteindre.

Ensemble, la Commission et le Conseil de l'Union européenne veulent réduire le taux d'incidence d'accidents du travail en Europe de 25%. Pour ce faire, ils ont établi une série d'objectifs ambitieux repris dans cette nouvelle stratégie européenne.

---

[4] Vice-Première Ministre et Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances.

[5] Directeur de cabinet de la Vice-Première Ministre, Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances, Joëlle Milquet.

Un des buts recherchés par la Commission est de faire évaluer ultérieurement ces plans par le Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail de Luxembourg (CCSS).

La « Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012 » constitue le projet belge de cette stratégie communautaire. Il en reprend l'objectif principal : parvenir à une réduction continue, durable et homogène des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce plan ambitieux reflète également la préoccupation de la Ministre d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels.

Le bien-être, la santé et la sécurité au travail ne sont pas seulement à considérer comme une priorité pour les travailleurs mais également pour la croissance des entreprises et de la société dans son ensemble.

Le bien-être au travail est l'affaire de tous. La santé et la sécurité au travail ne doivent pas être l'apanage de quelques entreprises se voulant à la pointe du progrès social et dont les responsables seraient en particulier sensibilisés à la question. Il s'agit d'une question de justice sociale, d'équité et d'humanité. Sur le plan économique également il s'agit d'une question de justice économique, d'égalité et de saine concurrence loyale. Une bonne santé au travail permet d'améliorer la santé publique en général ainsi que la productivité et la compétitivité des entreprises. Par ailleurs, les problèmes de santé et de sécurité au travail ont un coût élevé pour les systèmes de protection sociale. Il est donc nécessaire d'assurer aux travailleurs des conditions de travail agréables et de contribuer à leur bien-être général.

Dans un monde de plus en plus petit et en évolution constante, il faut s'attacher à rencontrer au plus vite et mieux les risques émergeants. Ainsi, ceci doit se traduire par une attention plus grande portée aux risques psycho-sociaux et à la pression du travail. Une attention accrue est nécessaire pour les 'nouveaux' groupes à risque, en cas de sous-traitance, de détachement, pour les migrants, les travailleurs âgés, les travailleurs moins valides, le travail intérimaire et aussi pour le bien-être des travailleurs indépendants.

Il est plus que nécessaire de prendre conscience de l'importance que revêt la notion « de travail de qualité » et les principes qui sous-tendent celle-ci, à savoir les droits et la participation des travailleurs, l'égalité des chances, le bien-être au travail ainsi qu'une organisation du travail tenant compte des besoins de la vie familiale.

Ce plan comporte cinq programmes, regroupant au total douze projets.

Programme I : Renforcer la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Programme II **:** Améliorer le traitement des maladies professionnelles et la réinsertion des travailleurs.

Programme III : Renforcer le contrôle et l'efficacité de l'application des législations et règlementations notamment dans les secteurs à risques.

Programme IV : Moderniser et simplifier la législation et la réglementation.

Programme V : Evaluer constamment et en permanence.

2. Principes et articulation de la « Stratégie nationale »

L'objectif global de la stratégie communautaire est une réduction continue, homogène des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il s'agit d'une approche globale du bien-être au travail touchant également d'autres domaines comme la santé publique et le développement durable.

Parallèlement à la connaissance statistique du nombre d'accidents qui permet de mesurer objectivement l'effet des mesures adoptées, une connaissance de l'état de bien-être des travailleurs en général permet également d'affiner les stratégies et d'agir avec davantage d'efficience.

Plutôt que de passer en revue les cinq programmes et les douze projets, cet exposé va présenter les quatre axes transversaux à ces programmes.

Premier axe, qui est aussi un objectif à atteindre : diminuer le nombre d'accidents sur les lieux du travail de 25 %.

Les causes des accidents du travail sont souvent liées :

- au manque d'expérience,
- à la rotation importante des travailleurs sur le lieu de travail,
- à des relations de travail éphémères,
- à une situation complexe sur le lieu de travail et un manque de communication,
- à la sécurité insuffisante d'une machine,
- à une certaine imprudence,
- et à un rythme de travail élevé.

Il est à cet égard essentiel de faire un examen plus approfondi des conditions connexes dans lesquelles les accidents du travail se produisent.

Deuxième axe : favoriser les changements de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques.

Un des points mis en avant est la modernisation de la gestion et de la mise à disposition de l'information pertinente qui est à même d'améliorer la prévention. Le centre de connaissance interactif sur le bien-être au travail[6] - qui a été créé récemment par le SPF Emploi dans le cadre du réseau de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail - sera encore développé afin de diffuser des informations sur tous les thèmes du bien-être au travail dans tous leurs aspects. L'association de tous les acteurs actifs dans le secteur de la prévention en qualité de partenaires du projet permettra d'ancrer plus sûrement un changement profond de culture de prévention dans les entreprises et auprès des travailleurs.

Troisième axe : améliorer le fonctionnement des services de prévention, notamment l'échange d'informations et un renforcement du suivi.

L'approche belge de la prévention des accidents et des problèmes de santé en relation avec le travail, se base sur l'analyse des risques et requiert, dans nombre de situations, le recours à des experts en prévention, présents dans les services internes ou externes de prévention et de protection au travail. Il est essentiel que ces services fonctionnent bien et qu'ils échangent des connaissances et des expériences dans le cadre de recherches fédérales sur les risques professionnels.

Depuis leur création en 1968 - à cette époque encore sous la forme de services médicaux interentreprises - les services externes ont déjà obtenu sur de nombreux aspects de bons résultats. La Stratégie nationale prévoit dès lors des initiatives pour renforcer le rôle et améliorer le fonctionnement des services externes, notamment :

- en adaptant la tarification,
- en mettant en œuvre leur agréation,
- en renforçant la formation des conseillers en prévention.

Quatrième axe, et ce n'est pas le moins important : lancer la première enquête de qualité sur l'état de santé et la sécurité au travail.

La problématique du bien-être au travail requiert de disposer d'une information périodique sur la satisfaction au travail des travailleurs et sur les risques auxquels ils sont exposés. Il n'existe actuellement au niveau fédéral belge que l'enquête organisée tous les cinq ans par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (EUROFOUND), installée à Dublin.

---

[6] www.BeSWIC.be

Cette enquête est indispensable à l'évaluation des programmes en cours afin d'envisager des réorientations nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés.

Par ailleurs, des données sont également récoltées par les conseillers en prévention des services externes de prévention et protection au travail. Ces données sont très utiles pour ce qui concerne la sécurité et la santé dans les entreprises et seront mieux exploitées dans le futur. Enfin, les bases de données du Fonds des accidents du travail et du Fonds des maladies professionnelles fournissent également des informations très importantes sur ces aspects.

Concrètement, il est prévu le lancement d'une enquête nationale belge sur les conditions de travail en 2009.

En effet, mesurer c'est savoir, et savoir mieux c'est pouvoir agir mieux. Enfin, un suivi des effets, une évaluation adéquate des politiques et un échange d'expériences et de bonnes pratiques permet ensuite d'adapter les politiques développées.

3. L'augmentation du bien-être pour les travailleurs « en transition » ou les travailleurs plus précaires

On ne peut pas s'intéresser uniquement au travail et aux conditions de travail au sens strict, on doit également s'attacher aux transitions qui se produisent.

Comme signalé précédemment, une attention accrue est nécessaire pour les (nouveaux) groupes à risque, en cas de sous-traitance, de détachement, pour les migrants, les travailleurs âgés, les jeunes, le travail intérimaire et aussi pour le bien-être des travailleurs indépendants au travail.

De nouvelles mesures notamment de prévention seront prises dans ces différents domaines pour instaurer une forme d'information et de collaboration au sujet des risques exportés entre le donneur d'ordre et l'entreprise externe et pour renforcer l'évaluation des risques lors de la conception d'un projet.

L'intégration de travailleurs ayant (éventuellement) une aptitude au travail réduite a déjà été améliorée en prévoyant la possibilité de faire appel au médecin du travail après une incapacité de travail de quatre semaines ou plus. Une meilleure intégration demande une meilleure collaboration avec les médecins généralistes, un plus grand engagement de l'employeur, sans remettre en question le rôle neutre des médecins du travail, une bonne collaboration avec les Communautés et la Ministre de la Santé.

L'adaptation du travail aux moins valides est également concernée. Il s'agit d'une politique visant un double objectif : d'une part, l'adaptation du poste de travail et d'autre part, l'adaptation de l'organisation du travail dans le cadre de la réintégration ou du maintien sur le lieu de travail.

4. La concertation avec les partenaires sociaux

Le succès de la Stratégie nationale repose sur la participation active des parties intéressées et notamment des partenaires sociaux.

La stratégie sera présentée au Conseil National du Travail (CNT).

C'est en concertation avec les partenaires sociaux que les cinq programmes seront déclinés et en particulier les nouvelles mesures de prévention et de contrôle en matière d'accidents du travail en vue de réduire le nombre d'accidents dans tous les secteurs et également dans le secteur des PME.

Par ailleurs et en concertation, une solution harmonisée devra être trouvée en ce qui concerne les travailleurs intérimaires dont l'accident de travail coûte actuellement moins à l'entreprise que celui de son propre travailleur et également en ce qui concerne les travailleurs qui suivent une formation professionnelle ou un stage dans le cadre de l'enseignement technique et professionnel.

Le Conseil supérieur pour la protection et la prévention au travail et les Comités de gestion du Fonds des Accidents du Travail (FAT) et du Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) seront consultés pour les matières qui relèvent de leur compétences respectives.

Pour mener à bonne fin cette stratégie, les administrations et les institutions chargées de son développement devront renforcer leur expertise et s'engager dans la gestion de la connaissance de façon proactive.

5. Parmi les 12 projets de la Stratégie nationale, un certain nombre concernent plus directement et davantage les services externes de prévention et la protection au travail

Bien que toute initiative en matière de bien-être au travail touche les services externes d'une façon ou d'une autre, seuls les projets qui les impliquent directement seront cités dans cette intervention.

5.1. Projet 1 : Renforcer l'efficacité des services de prévention et leurs actions

L'approche belge de la prévention des accidents et des problèmes de santé en relation avec le travail se base sur l'analyse des risques et rend nécessaire la présence obligatoire de conseillers en prévention, assistés par des experts externes, les services externes de prévention et de protection au travail. Il est essentiel que ces services fonctionnent bien et qu'ils échangent des connaissances et des expériences dans le cadre de recherches fédérales sur les risques professionnels.

La cohérence et la transparence du 'cadre législatif' conditionnent largement la pertinence et l'efficacité de l'action des services internes et externes de prévention et de protection au travail.

L'expérience acquise depuis la création de ces services et les premières conclusions tirées de l'évaluation du Plan fédéral d'action pour la réduction des accidents du travail, dénommé « Plan PhARAon 2004-2007 », mènent à la conclusion qu'il est nécessaire de réformer le cadre législatif et mettre en exergue l'analyse des risques pour toutes les disciplines présentes dans les services externes.

Ce volet 'cadre législatif' de la Stratégie nationale a pour objectif de rationaliser le fonctionnement des services de prévention et de protection au travail, qu'ils soient internes ou externes, afin d'en optimaliser l'action. Ceci passe notamment par une simplification de l'organisation et du financement de ces services. Le potentiel de contribution à l'amélioration du bien-être au travail et à la réduction significative des maladies professionnelles et des accidents sur les lieux de travail de ces services est important.

A ce titre, il convient de :

1. Réviser l'organisation de la prévention par les services internes et externes, notamment en ce qui concerne le financement des prestations des services externes et la durée consacrée aux prestations. Ces changements doivent aider les services externes à consacrer davantage de temps à l'analyse des risques.
2. Evaluer le fonctionnement des services externes de prévention au niveau des PME et des secteurs à risque.
3. Evaluer le fonctionnement des services internes communs à plusieurs employeurs.
4. Réviser les missions et les interventions des services de prévention et de protection au travail dans les PME des secteurs à risque.

5.2. Projet 2 : Renforcer la prévention contre les accidents du travail et notamment dans les secteurs à risques nouveaux et les PME

Dans ce projet trouvent leur place non seulement les initiatives concernant les risques aggravés, l'étude d'accidents-types et l'élaboration de bonnes pratiques, extraites des rapports circonstanciés sur les accidents graves du travail, mais aussi une simplification administrative.

En effet, les résultats de l'objectif visé par la Stratégie nationale seront mesurés sur la base des statistiques établies par Eurostat. Il convient donc que la Belgique soit en mesure de communiquer des données de qualité également pour le secteur public.

Il ressort de ces constats qu'une démarche commune, entre les différentes institutions partenaires - le Fonds des accidents du travail, le SPF Emploi et la Banque carrefour de la sécurité sociale - dans la réalisation des objectifs de la stratégie, permettrait d'assurer à la fois un encodage plus efficace des données relatives au traitement des accidents du travail et un partage de ces données. Ceci permettrait notamment de proposer aux employeurs une déclaration d'accident moins contraignante en matière de charges administratives.

Un exemple de ce type de démarche, actuellement en cours, est le groupe de travail qui a été installé pour réaliser la partie technique du projet de la Banque carrefour qui doit permettre de développer une application destinée à diriger les déclarations d'accidents vers les services externes compétents. Lorsque l'outil aura été mis en place, il sera alors également possible de permettre à l'employeur d'adresser à son service externe, via le portail de la sécurité sociale, une demande d'enquête en cas d'accidents graves. Il s'agira là d'une fonction supplémentaire de la déclaration risque social « accident du travail » mise en œuvre dans le cadre du projet e-gouvernement visant notamment à simplifier les procédures administratives.

5.3. Projet 3 : Renforcer la prévention contre les maladies professionnelles notamment en ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques, le stress au travail

Le nombre d'initiatives dans le cadre de ce projet est très important.

Parmi celles-ci figure le renforcement de la prévention de la charge psychosociale en exécution de l'accord cadre européen sur le stress. Dans ce cadre est prévue la mise au point d'un outil permettant d'objectiver une situation stressante en milieu professionnel. Il faudra également déterminer les actions préventives permettant de limiter les situations stressantes en milieu professionnel et les troubles pour la santé qu'elles provoquent.

Les services de prévention seront sollicités pour tester cet outil d'objectivation du stress et les actions préventives dans un projet pilote en collaboration avec les partenaires sociaux.

5.4. Projet 5 : Faire face à des risques nouveaux

L'analyse et la confrontation de toutes les données disponibles concernant les risques pour la santé et la sécurité auxquelles doivent s'ajouter les statistiques annuelles fournies par l'Inspection contrôle du bien-être, le Fonds des accidents du travail et le Fonds des maladies professionnelles, doivent fournir une image multifacettes de la réalité des conditions de travail dans nos entreprises. Ceci doit permettre une meilleure orientation et donc une plus grande efficacité et efficience de nos politiques en matière de réglementation, d'inspection et d'actions de sensibilisation et de promotion du bien-être.

Ces différentes statistiques devront tenir compte de la dimension homme/femme et des autres paramètres susceptibles d'orienter la politique d'égalité des chances, et fourniront également des données intéressantes pour les partenaires sociaux et l'ensemble des acteurs de la sécurité et santé au travail.

Plusieurs actions sont actuellement en phase d'étude ou de réalisation, il s'agit :

- De l'enquête nationale sur l'état de santé et de sécurité tel qu'il est ressenti par les travailleurs ;
- des procédures systématiques de collecte et d'analyse des données fournies par la surveillance médicale des travailleurs qui seront proposées. En effet, chaque année, les services externes sont tenus d'envoyer au SPF Emploi un rapport annuel de leurs activités. Ces données ne doivent pas servir uniquement à suivre l'activité des services mais doivent aussi être utilisées pour établir une sorte de cadastre des risques constatés dans les entreprises de façon à mieux orienter les actions de communication ;
- des études des accidents types dans les secteurs d'activité ;
- du suivi des recherches menées par les universités ou d'autres programmes de recherche sur les risques nouveaux associés aux nano-technologies, les risques liés à plusieurs facteurs croisés tels que l'organisation du travail, la conception des lieux de travail, les expositions combinées à de multiples agents.

5.5. Projet 12 : Organiser une enquête nationale bien-être au travail

Une enquête de qualité sur l'état de la santé et la sécurité au travail est une nécessité. La problématique du bien-être au travail requiert une enquête périodique sur la satisfaction au travail des travailleurs et sur les risques auxquels ils sont exposés. C'est pourquoi une enquête doit être lancée. Cette enquête nationale devrait englober un nombre important de travailleurs soit au moins 4000, représentatifs de l'ensemble des travailleurs et de l'ensemble des secteurs d'activité et être reproduite à une fréquence bis ou trisannuelle.

Actuellement au niveau fédéral, il n'existe que l'enquête organisée tous les cinq ans par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Cette nouvelle enquête sera réalisée en collaboration avec la Fondation européenne .

En outre, sur base d'une analyse des besoins de données du SPF Emploi, des données spécifiques pouvant être collectées par services externes et internes seront déterminées afin d'en tirer les indicateurs utiles à la vérification du bon fonctionnement du service de prévention mais aussi et surtout de dresser un profil national en ce qui concerne les risques professionnels en Belgique.

La réalisation de ce projet permettra au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale de mieux mener ses missions et de suivre plus efficacement le bon fonctionnement des services de prévention et le respect de leurs obligations légales en la matière. Ensuite, les données transmises par ces services de prévention fourniront des indicateurs plus performants et plus précis sur l'exposition aux risques professionnels mais aussi sur la prévention et l'impact de celle-ci.

Ces informations seront utiles à la politique et à la Stratégie nationale en la matière : importance et efficacité des moyens mis en place pour la prévention, campagnes de sensibilisation mieux ciblées, organisation de colloques et de journées d'information plus en phase avec les réalités du terrain…

Le Fonds des accidents du travail a mis au point un « datawarehouse Accidents du travail » qui, mis en relation avec le « datawarehouse Marché du travail et Protection sociale » de la Banque carrefour de la sécurité sociale, devrait permettre de suivre la situation socioprofessionnelle des victimes des accidents du travail après l'accident. Ces études statistiques, qui seront récurrentes, permettront d'identifier les éléments qui favorisent ou non la réintégration des travailleurs après l'accident et d'aider dans la recherche de bonnes pratiques.

Il sera également possible de vérifier l'effectivité du système d'indemnisation des accidents du travail qui vise à rétablir autant que possible la personne accidentée et à indemniser la perte économique encourue éventuellement par la victime suite à

l’accident. Cette indemnisation passe notamment par la fixation d’une indemnité. La comparaison entre les ressources des victimes avant et après l’accident permettra de vérifier dans quelle mesure le système atteint bien le but assigné par la loi.

Le croisement des données récoltées par l’enquête nationale avec les indicateurs de santé et de sécurité enregistrés par les services de prévention et les données du datawarehouse sera un instrument puissant d’analyse de la situation dans notre pays.

Ainsi, la mise en œuvre de la Stratégie nationale pourra être évaluée en formulant des indicateurs fiables. La Stratégie nationale doit viser à établir des objectifs mesurables en termes de réduction de l’incidence des accidents du travail et des maladies professionnelles pour des catégories de travailleurs, des types d’entreprises et/ou des secteurs déterminés.

6. Etudes par la Direction des Recherches de l'Amélioration des Conditions de Travail

A noter aussi qu'en relation avec le premier projet, deux marchés ont été lancés il y a quelque temps visant deux études, l'une sur le financement des missions de prévention des services externes, l'autre sur le développement de modèles électroniques de rapports des services externes.

Les offres étant toutes rentrées, ces études démarreront début 2009 et devront être terminées un an après.

Dans l'immédiat, la dernière étude n'interfère toutefois pas avec le projet d'arrêté ministériel fixant le modèle de rapport annuel des services externes, qui est pour le moment en examen et préparation au sein du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail. L'ancien modèle, élaboré jadis pour suivre les activités des services médicaux interentreprises ne convenant en effet plus pour les services externes, l'administration et les partenaires sociaux ont d'urgence besoin d'un outil adapté.

Conclusion

Pour conclure, il est important de rappeler que le fléau que constituent la précarité, la vulnérabilité et l’insécurité que rencontrent certains travailleurs dans leurs conditions de travail, facteurs qui sont à l’origine directe de problèmes de santé et d’accidents du travail, appellent une réaction énergique de tous les acteurs concernés, tant au niveau de l’Etat que des entreprises et des travailleurs.

Compte tenu de l'intensité de l'activité humaine, de son rythme sans cesse croissant et de l'intervention permanente de l'homme - qui est toujours sujet à commettre une erreur - et même si toutes les situations préjudiciables à la santé ne pourront être évitées, nous devons continuer à concentrer nos efforts sur l'amélioration du bien-être au travail et lutter contre toute banalisation de situations non tolérables.

L'autorité publique, aidée en cela par tous les acteurs de terrain effectue un travail d'information et d'explication des mesures de prévention des risques. Ces efforts ne peuvent aboutir que si tout le monde s'implique largement et continuellement. Relâcher sa vigilance c'est déjà courir un risque. Nous sommes bien conscients que la prévention est un travail difficile, car cette action se déroule loin de l'action et des projecteurs. Elle n'apporte pas de reconnaissance directe aux nombreuses personnes qui œuvrent en ce sens au quotidien, mais la Ministre tient à leur confirmer combien leur action est importante.

La connaissance et l'étude approfondie des problèmes et de toutes les questions liés à la santé et au bien-être au travail sont un élément clé de toute amélioration de la situation. Ainsi, les connaissances et expériences échangées à travers les actes de ce colloque participent elles aussi de manière essentielle à la progression du bien-être des travailleurs et à la réduction des risques encourus, bref aux risques que nous encourons tous dans le cadre de notre travail.

La santé et le bien-être face à deux décennies de mutations du travail

Patricia VENDRAMIN[7]

Introduction

Les transformations de la scène du travail viennent renouveler les questions de santé, de sécurité et de bien-être au travail. Ces vingt dernières années, les acteurs et le décor du monde du travail ont profondément changé ; à côté des conditions de travail qui ont été véritablement révolutionnées, les attentes individuelles par rapport au travail ont évolué ainsi que le profil sociodémographique de la population active. Cette contribution examine une série de mutations conjointes qui expliquent l'apparition de nouveaux types de risques et de mal-être au travail, représentant de nouveaux défis pour les acteurs de la santé au travail.

1. Des changements structurels et sociodémographiques

Si l'on compare le monde du travail d'aujourd'hui à ce qu'il était vingt ans plus tôt, des changements fondamentaux apparaissent, tant au niveau de la structure que de la nature de l'emploi. L'emploi tertiaire est devenu largement dominant. Le travail à temps plein, à long terme, a cédé du terrain à une diversification croissante des formes contractuelles. Les entreprises de petite taille se sont multipliées, dans un entrelacs de réseaux conjuguant autonomie et dépendance. Sur fond de vieillissement continu de la population, les femmes ont intégré massivement le marché du travail, venant ainsi bouleverser le modèle familial du père nourricier secondé par une épouse assumant les charges et les soins du foyer. Le modèle de la famille nucléaire, les deux parents et les (deux) enfants, côtoie aujourd'hui un nombre croissant de familles monoparentales, de gardes partagées, de familles recomposées. Les sections suivantes fournissent quelques mesures de l'ampleur de ces changements.

---

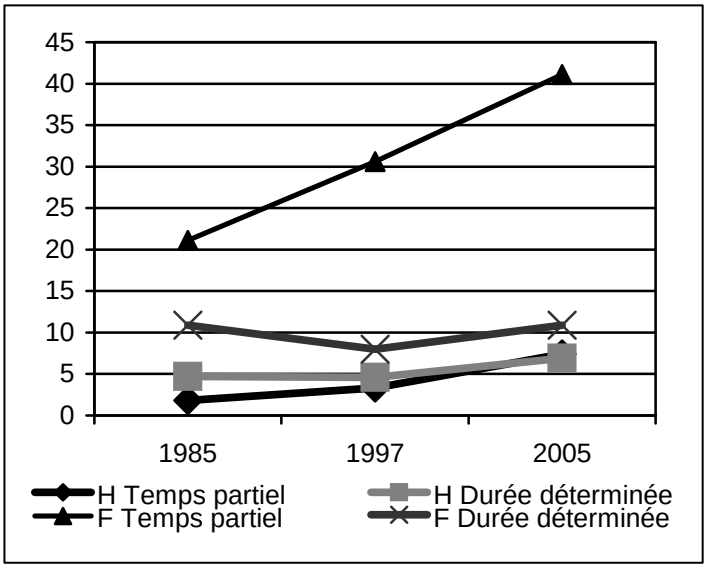
[7] Co-directrice du Centre de recherche Travail & Technologies de l'Association pour une Fondation Travail-Université. Professeure de sociologie à l'UCL.

Les questions de santé et sécurité ont des racines profondes dans le travail industriel, plus généralement dans le secteur secondaire. Au fil du temps, les contextes dans lesquels se jouent les enjeux de santé et sécurité au travail se sont élargis par rapport aux terrains initiaux. En Belgique, l'emploi tertiaire représente actuellement près de quatre emplois sur cinq (78% en 2005). De 1975 à 2005, l'emploi dans le secteur secondaire a été divisé par deux ; il est passé de 40% à 20% tandis que l'emploi tertiaire a grimpé de 56% à 78%. La plupart des salariés en Belgique sont occupés dans le secteur tertiaire. S'il est légitime de discuter de la pertinence du classement de certaines activités dans le secteur tertiaire, dans les faits, on est face à une transformation massive de la nature des activités. De plus en plus de personnes sont, notamment, occupées dans des activités de service et sont concernées par des risques spécifiques liés à ce type de travail : les relations avec la clientèle, la mauvaise gestion des horaires décalés, la désynchronisation des temps – mieux gérée dans les secteurs industriels que dans les services.

Il est important de rappeler également que la norme de l'emploi standard, c'est-à-dire l'emploi à temps plein, dans une même entreprise toute la vie, est toujours dominante mais néanmoins en recul, particulièrement pour certains segments de la population active – les femmes, les jeunes et les migrants. La proportion de travailleurs à temps partiel et de travailleurs à durée déterminée, pour ne citer que ceux-là, est en augmentation constante depuis deux décennies. En particulier, le travail à temps partiel croît, tant pour les hommes que pour les femmes, bien que dans des proportions très différentes au départ (graphique 1). Actuellement, il représente 41% de l'emploi féminin en Belgique ; il correspondait à 20% en 1985. En Wallonie, sur 100 jeunes salariés (15-24 ans), 61 ont un emploi permanent et 39 un emploi temporaire[8] (contrat à durée déterminée, intérimaires, formation stage, apprentissage…).

[8] Vander Stricht V., (2008), « Les jeunes face au marché du travail : portrait statistique » in *Wallonie*, n° 94, mars/avril, pp. 31-51.

Graphique 1 : Evolution du travail à temps plein / temps partiel en Belgique



Source : *L'emploi en Europe*, CE, 2008.

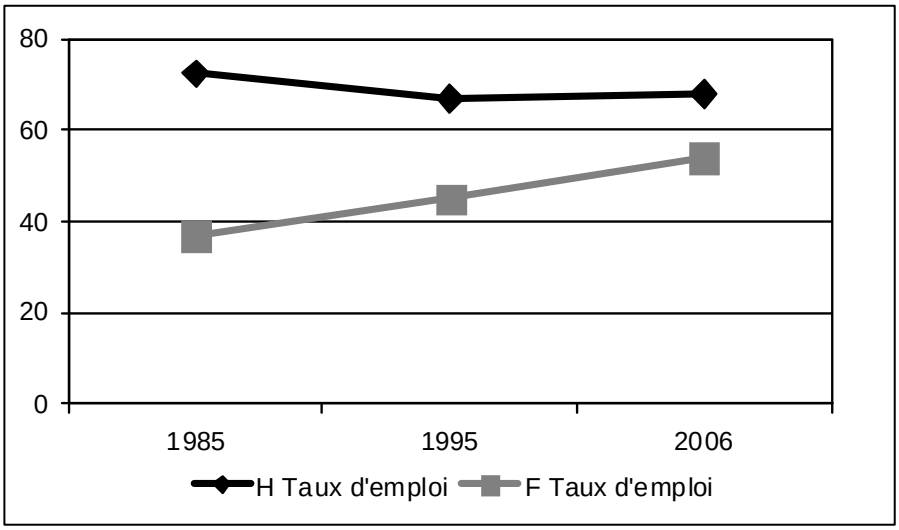
Au niveau de la structure des entreprises, on constate une augmentation importante du nombre de petites et moyennes entreprises et de très petites entreprises dans lesquelles les statistiques européennes montrent que les taux d'accidents sont plus élevés que dans les grandes entreprises. Les PME semblent plus nombreuses à méconnaître ou ignorer les questions de santé et sécurité au travail[9]. En Wallonie, en 2003, pour le secteur privé, 84% des établissements occupent moins de 10 personnes et 1,2% occupent plus de 100 personnes[10] ; le premier groupe représente 26% de l'emploi et le second 34% de l'emploi. En termes de gestion des risques pour la santé, un travail particulier est nécessaire pour rencontrer cette augmentation du nombre de petites entreprises, voire très petites entreprises. L'expansion de la sous-traitance crée également des incertitudes et des malentendus concernant les responsabilités en matière de santé et sécurité au travail. Les travailleurs migrants, plus souvent occupés dans des emplois atypiques, cumulent souvent le maximum de facteurs de risques dans leur situation de travail.

[9] « Le monde du travail en mutation », (2000), *Magazine de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail*, n° 2.
[10] IWEPS, source ONSS statistique décentralisée.

Parmi les changements sociodémographiques importants qui contribuent à l'expression d'un certain mal-être par rapport au travail, on retiendra la croissance de l'emploi féminin, la diversification des situations familiales et le vieillissement démographique.

Le profil de la population active s'est très largement féminisé, avec une diversification des situations personnelles qui est devenue beaucoup plus large et qui crée, dans le rapport au travail, des situations singulières de dépendance, de précarité, de disponibilité ou de dysfonctionnement. Le taux d'emploi des hommes a peu fluctué sur vingt ans, moins 4% au total (de 72% à 68%). Pour les femmes, par contre, il a augmenté de 17% ; en 1985, il y avait un peu moins de 4 femmes sur 10 qui exerçaient une activité professionnelle rémunérée (37%) ; en 2006, elles sont 54% (graphique 2).

Graphique 2 : Evolution des taux d'emploi hommes/femmes en Belgique



Source : *L'emploi en Europe*, CE, 2008.

La féminisation de l'emploi, c'est aussi la multiplication des couples bi-actifs, c'est-à-dire des couples dont les deux partenaires ont une activité professionnelle rémunérée. Cette situation est devenue la norme pour les générations plus jeunes et les problèmes d'équilibre entre vie de famille et vie professionnelle se révèlent avec une acuité nouvelle. Pour les hommes, et pour les femmes surtout, des tensions dans la relation entre la vie professionnelle et la vie familiale envahissent le quotidien.

Si le couple bi-actif devient la règle, la famille nucléaire n'est plus l'unique modèle familial. Les familles monoparentales sont en augmentation significative, de même que les gardes partagées et les familles recomposées. Ces cellules familiales nouvelles sont porteuses de difficultés inédites d'adaptation aux exigences du monde du travail. L'Onafts[11] définit la famille monoparentale comme celle composée de parents isolés avec des enfants de moins de 20 ans, dépendants financièrement. En Belgique, de 1991 à 2004, ce nombre de familles a augmenté de 32 %[12]. En 2004, cela représente un peu plus de 260 000 ménages, soit 20% de tous les ménages avec enfants en Belgique. Dans 86% des cas, dans une famille monoparentale, le chef de ménage est une femme. La situation de ces mères par rapport au marché du travail est particulièrement critique, entre autres, au niveau organisationnel. En effet, de nombreux travaux relatifs à l'organisation du temps de travail montrent que les femmes sont nombreuses dans les emplois proposant des horaires décalés, du travail en soirée, le samedi, le dimanche, notamment dans des activités de service ou dans les secteurs du commerce et de la santé.

Le vieillissement de la population est un autre changement sociodémographique fondamental qui représente un enjeu clé pour la santé et le bien-être au travail. Il faut anticiper, dès à présent, ce que seront la société future et le monde du travail avec une population dont la moyenne d'âge est plus élevée. Les objectifs définis au niveau européen dans le cadre de la Stratégie de Lisbonne (tableau 1) en matière de taux d'emploi donnent comme cible à atteindre un taux général d'emploi de 70%, un taux d'emploi pour les 55-64 de 50% et un taux d'emploi pour les femmes de 60%. Pour la Belgique en 2006, le taux d'emploi est de 61% ; le taux d'emploi des seniors est de 32% – un des plus faibles d'Europe. La Belgique se voit donc incitée à soutenir un accroissement significatif du taux d'emploi des plus de 55 ans.

Tableau 1 : Objectifs en termes de taux d'emploi

	Objectifs de la Stratégie de Lisbonne	Belgique 2006
Taux d'emploi global	70%	61%
Taux emploi des 55-64 ans	50%	32%
Taux d'emploi des femmes	60%	54%

Source : *L'emploi en Europe*, CE, 2008.

[11] Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.
[12] Onafts, *Focus* 2008-2.

Par rapport aux enjeux de santé, de sécurité et de bien-être au travail, cet accroissement prévisible du taux d'emploi des plus de 55 ans n'est pas neutre. En effet, la dernière enquête de la Fondation de Dublin, menée en 2005[13], montre, qu'en Belgique, une personne sur deux seulement (52%) répond positivement à la question suivante : pensez-vous que vous pourrez faire le même travail que vous faites actuellement dans les mêmes conditions à 60 ans ? En résumé, une personne sur deux actuellement pense que son travail n'est pas soutenable à long terme ou n'est pas compatible avec le vieillissement.

2. Les changements dans le travail

Dans cette conjonction de changements structurels, de changements sociodémographiques et de changements dans le travail, quels sont les aspects du travail qui deviennent plus difficilement soutenables, quels sont ceux qui, au-delà des accidents, génèrent de nouveaux risques pour la santé et le bien-être ? Différents éléments entrent en jeu, dont une flexibilité accrue dans beaucoup de composantes du travail et des rythmes de travail accélérés, intensifiés, désynchronisés. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont aussi profondément transformé la manière dont le travail est organisé et la nature de ce dernier. L'objectif n'est pas de diaboliser la technologie car elle est aussi un outil efficace de diminution et de maîtrise des risques pour la santé dans le travail. Néanmoins, les TIC sont aussi porteuses d'effets néfastes pour le bien-être au travail. Enfin, les paradoxes de l'engagement subjectif dans le travail et l'épuisement professionnel sont également des éléments inhérents à l'expérience du travail aujourd'hui.

2.1. La flexibilité et le temps de travail

La recherche de flexibilité est le fil conducteur dans toutes les transformations organisationnelles des dernières décennies. Cette recherche de flexibilité s'attaque à toutes les dimensions du travail, le contrat, la localisation, le temps, le lien de subordination, la qualification (tableau 2).

---

[13] *Eurofound survey*, 2005.

Tableau 2 : Formes de flexibilité

Temps de travail flexible	Localisation flexible du travail
Flexibilité des contrats de travail	Formes flexibles de subordination
Flexibilité fonctionnelle	

La flexibilité du temps de travail concerne toutes les formes d'adaptation et de variabilité des horaires de travail et du temps de travail. La flexibilité de la localisation du travail recouvre les diverses formes de télétravail, la délocalisation et plus généralement toutes les formes d'organisation géographique du travail qui tirent parti de la capacité des TIC à permettre de travailler n'importe où. La flexibilité contractuelle comprend deux aspects : la flexibilité numérique, c'est-à-dire l'ajustement du nombre de travailleurs et des formes d'emploi aux fluctuations de la demande, et la flexibilité salariale, c'est-à-dire l'utilisation d'un éventail de systèmes de rémunération flexibles en fonction des résultats de l'entreprise ou des performances du travailleur. La flexibilité du lien de subordination est liée au développement de l'externalisation et au remplacement de contrats de travail par des contrats commerciaux, à travers des mesures comme le recours aux agences de travail temporaire, les contrats de sous-traitants indépendants. Elle recouvre aussi des formes atypiques de subordination, comme le travail pour un groupement d'employeurs ou le travail avec détachement chez un tiers. Enfin, la flexibilité fonctionnelle concerne la rotation des tâches, la polyvalence, la mobilité professionnelle et l'adaptation continue des travailleurs.

Les statistiques en matière d'évolution de l'emploi rendent compte de cette recherche de flexibilité tous azimuts. Le tableau 3 reprend quelques données qui montrent l'expansion du travail à temps partiel, doublé pour les femmes en 20 ans ; la croissance du travail intérimaire, plus que doublé en moins de 15 années, en termes de personnes mises au travail par an.

Tableau 3 : Quelques indicateurs de l'évolution du travail atypique

	% Femmes		% Hommes	
	1985	**2005**	**1985**	**2005**
Travail à temps partiel	21	41	2	7
Travail à durée déterminée	11	10	5	7
	1993		**2007**	
Nombre total d'intérimaires mis au travail par an en BE (minimun une prestation)	142 776		382 188	

Source : EC, *Employment in Europe*, 2007 ; *Rapport annuel*, Federgon, 2007.

Ces indicateurs sont importants pour l'approche de la santé au travail car les atteintes à la santé semblent plus fréquentes dans les situations de travail atypique. Les données du tableau 4 montrent une corrélation entre le travail temporaire et la fréquence des situations de pénibilité : l'exposition à des postures pénibles, les vibrations, le bruit, les rythmes élevés de travail, les gestes répétitifs, l'absence de contrôle sur le rythme de travail. Quel que soit l'élément considéré, le pourcentage est toujours supérieur pour les travailleurs temporaires. Cette situation est aussi liée aux types d'activités dans lesquelles sont majoritairement occupés les intérimaires, mais aussi à une moins bonne maîtrise des risques pour les travailleurs de passage : déficit d'information, impréparation, non transmission des savoirs de prudence.

Tableau 4 : Types de contrat et exposition aux risques pour la santé, EU, %

	Travailleurs permanents	Travailleurs temporaires
Exposés à des postures pénibles	45	51
Exposés aux vibrations	23	29
Exposés au bruit	30	35
Rythme de travail élevé en permanence	25	30
Gestes répétitifs en permanence	29	38
Aucun contrôle sur le rythme de travail	32	51

Source : FEACVT, *Dix ans de conditions de travail dans l'UE*, 2001.

Dans l'organisation du travail, le recul de la norme de l'horaire stable et diurne, de 8 heures à 16 heures ou de 9 heures à 17 heures, n'est pas neutre pour la santé et le bien-être. Cet effritement de la norme standard du temps de travail induit un éclatement et une désynchronisation des temps, un allongement de la journée standard de travail, une irrégularité et imprévisibilité plus grandes des horaires de travail.

La réflexion autour du temps de travail est d'abord marquée par une singularité. En effet, en moins d'un siècle, le temps de travail a été diminué par deux, tandis que le temps de loisirs augmentait et que même le temps de sommeil passait de 9 heures à 7 heures[14]. Malgré cela, le temps manque de plus en plus ; les activités sont de plus en plus désynchronisées et les emplois du temps craquent de partout. Cette situation s'explique, entre autres, par les changements intervenus dans les rythmes de travail. Le temps de travail contractuel diminue mais, en même temps, il envahit des plages horaires de plus en plus étendues. Le travail s'est aussi accéléré ; il s'effectue souvent dans l'urgence[15]. La demande de réactivité et de disponibilité vient bouleverser la planification du temps de travail. Le travail s'est aussi densifié et il s'immisce dans tous les interstices horaires, avec plus ou moins de prévisibilité. L'irrégularité et l'imprévisibilité croissantes du temps de travail sont difficiles à concilier avec les charges et les engagements extérieurs au travail. Le tableau 5 montre que moins d'un salarié sur deux (46%) en Belgique francophone, a les mêmes horaires de travail tous les jours ; 49% ont des horaires alternants à court terme (travail posté, horaire variable d'une semaine, d'un jour à l'autre). De plus, 11% connaissent leur horaire au moins un mois à l'avance ; 15% le connaissent une semaine à l'avance et 13% le connaissent seulement quelques jours à l'avance ou le jour même.

Tableau 5 : Les horaires de travail Belgique francophone 2007 - %

Les mêmes tous les jours	46
Alternants à court terme *travail posté, horaire variable d'une semaine, d'un jour à l'autre*	49
Alternants à long terme *mois, saison, …*	5
11% connaissent leur horaire au moins un mois à l'avance 15% le connaissent une semaine à l'avance 13% seulement quelques jours à l'avance ou le jour même	

Source : Vendramin P., Enquête FEC/FTU, 2007.

[14] Gauvin A., Jacot H. (Coord.), (1999), *Temps de travail, temps sociaux, pour une approche globale*, Paris, Liaisons.
[15] Aubert N., (2003), *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*, Paris, Flammarion.

Le temps de travail s'est allongé, non pas en termes de durée hebdomadaire de travail mais en durée d'accessibilité des services. Dans un souci de compétitivité, les entreprises proposent une offre de services qui couvre des périodes de plus en plus longues : tôt le matin, tard le soir, le samedi, voire le dimanche pour certains services d'assistance. Le travail en continu, 24 heures sur 24, n'est pas une nouveauté en soi, il existe depuis longtemps dans des secteurs d'activité qui n'ont pas d'autre alternative comme les industries de process continu ou les services de santé qui ne peuvent interrompre leurs activités. La nouveauté, c'est que ce mode de fonctionnement s'étend à des activités pour lesquelles il n'est pas a priori impératif, comme les services en ligne accessibles 16 heures sur 24, les commerces ouverts le dimanche ou la nuit, etc. Cet allongement du temps « travaillable », malgré une durée contractuelle en diminution constante, conduit à un éclatement accru des temps de travail et à une désynchronisation croissante des temps sociaux. Le tableau 6 montre, pour la Belgique francophone, que 29% des salariés travaillent régulièrement (souvent + toujours) le samedi ; 20% le dimanche ; 28% tôt le matin et 44% en soirée (après 18h00). Ce n'est pas l'objet du colloque, mais la problématique de la mobilité est particulièrement complexe face à des temps de travail de plus en plus éclatés et variables pour une personne sur deux.

Tableau 6 : Le travail décalé en Belgique francophone 2007 - %

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Travail de nuit	73	15	9	3
Travail du samedi	39	32	21	8
Travail du dimanche	55	25	17	3
Travail tôt le matin (< 7h00)	54	18	16	12
Travail de soirée (> 18h00)	31	25	33	11

Source : Vendramin P., *Op. cit.*, 2007.

2.2. Les rythmes de travail et l'intensification

Les problématiques de santé, de sécurité et de bien-être au travail sont immanquablement liées à l'accélération et la densification des rythmes de travail. Les exigences du flux tendu, la multiplication des contraintes de rythme, le travail dans l'urgence et l'intensification du travail sont des tendances lourdes qui traversent l'ensemble des activités professionnelles et qui ne sont pas seulement le propre des cadres ou des travailleurs qualifiés très impliqués dans leur travail. Ces normes se sont imposées à l'ensemble du monde du travail dans les services comme dans l'industrie, que l'on soit faiblement qualifié ou hautement qualifié.

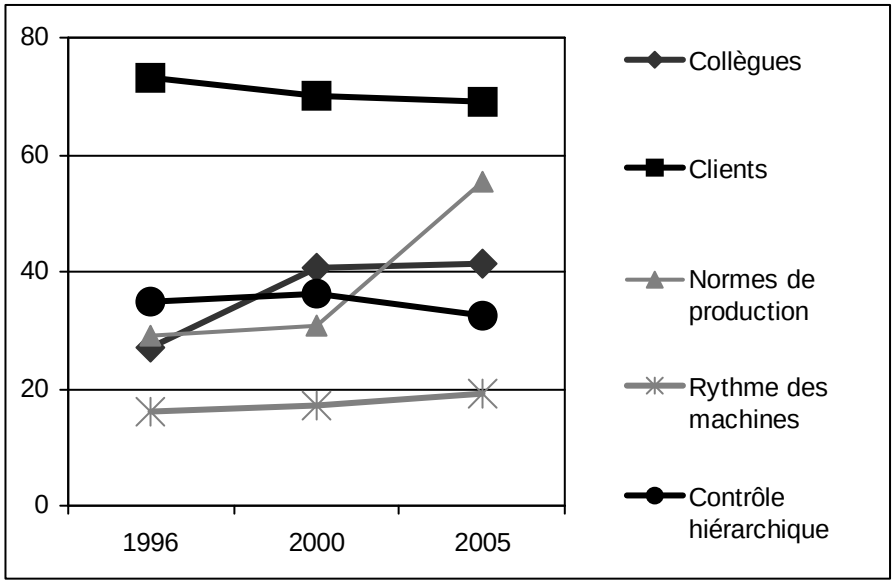
Le rythme de travail subit les effets d'une gestion en flux tendus. Au niveau des salariés, le principe du zéro stock est synonyme de quasi sous-effectif permanent. Il n'y a plus de marges de manœuvre pour s'ajuster aux aléas du travail et le moindre imprévu engendre une surcharge de travail. Le zéro délai, c'est le raccourcissement des temps de réalisation, dans une logique de chaîne de production appliquée à l'ensemble des activités, avec une pression sur le temps qui se répercute en dernier ressort sur le maillon le plus flexible, c'est-à-dire le salarié. Quant au zéro défaut, il se concrétise dans le poids de la formalisation et la prolifération des procédures.

La multiplication des contraintes de rythme est une autre réalité. Lorsqu'on évoque le rythme de travail, on pense à Charlot devant sa chaîne de montage qui suggère une cadence infernale imposée par la machine et les normes de production. Aujourd'hui, les contraintes de rythme viennent de tous les côtés ; elles sont à la fois industrielles, marchandes et organisationnelles[16]. Le graphique 3, basé sur les données belges des enquêtes successives de la Fondation de Dublin, montre que les salariés perçoivent plusieurs facteurs déterminant leur rythme de travail : les clients, les normes de production, les machines, les collègues, le contrôle de la hiérarchie. Il est intéressant de noter le rôle important attribué à la clientèle, comme si les contraintes de rythme relevaient finalement plus de facteurs externes à l'entreprise que de facteurs internes.

[16] Volkoff S., (2008), « L'intensification du travail 'disperse' les problèmes de santé » in De Terssac G. et al., *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, pp. 29-42.

Graphique 3 : Multiplication des contraintes de rythme – Belgique
Industrielles / marchandes / organisationnelles

Le rythme de travail est déterminé par….



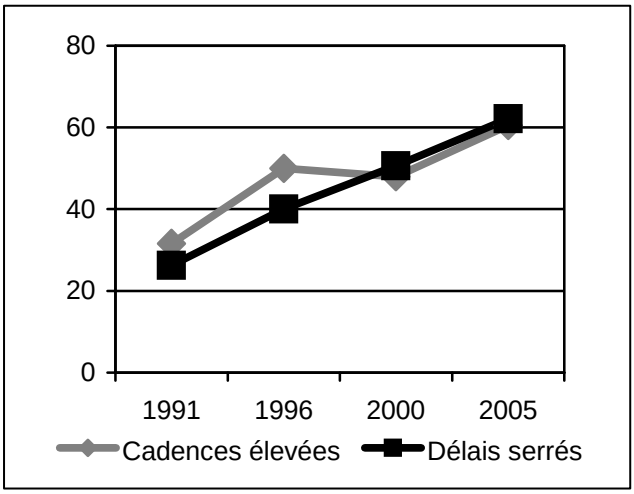
Source : *Eurofound surveys*, 1996, 2000, 2005.

Les salariés sont souvent amenés à travailler dans l'urgence, quel que soit le métier exercé. L'urgence modifie la manière de travailler ; elle est une source d'accidents et de risques pour la santé. Dans son travail, chaque individu construit un compromis entre ses compétences, les objectifs qu'il doit atteindre et le souci de préserver sa santé. Devoir travailler vite remet en cause ce compromis et conduit à des mauvais choix et des risques accrus (problèmes de postures…). La suppression des temps réflexifs pour anticiper à partir de l'expérience est également une source de risques liés à l'impréparation. Quand il faut aller vite, on n'a pas le temps de se mettre en situation d'anticiper les risques d'un travail précipité. Il y a également une tension nerveuse liée au travail bâclé qui est intrinsèque au travail dans l'urgence. Cette tension se retrouve dans des milieux professionnels où la relation aux personnes est importante, comme chez les infirmières. Celles-ci sont contraintes de prodiguer essentiellement des actes techniques, dans un rapport aux patients qui est en contradiction avec l'idée et l'apprentissage du métier. Une enquête de la CNE/LBC sur la problématique du stress, menée auprès de 1500 personnes dans le secteur financier, montre

qu'une des sources majeures du stress est de devoir toujours se dépêcher (50% des réponses)[17].

L'intensification du travail n'est pas une catégorie d'analyse inventée par les chercheurs, c'est une réalité ressentie par les salariés. Pour la Belgique, toujours à partir des enquêtes successives de la Fondation de Dublin, le graphique 4 montre comment les cadences élevées et les délais serrés ont envahi le monde du travail. Entre 1991 et 2005, le pourcentage de salariés en Belgique déclarant travailler à des cadences élevées a quasi doublé (de 32% à 61%) de même que celui des salariés déclarant travailler avec des délais serrés (de 26% à 62%). Le travail intensif continu est devenu la norme.

Graphique 4 : L'intensification ressentie par les salariés – Belgique



Source : *Eurofound surveys*, 1991, 1996, 2000, 2005.

[17] Enquête CNE-GNC, (2003), *Stress*, Bruxelles. http://www.cne-gnc.be

Le travail intensif continu est préjudiciable à la santé des salariés comme l'illustre le tableau 7. La comparaison entre salariés soumis à un travail intensif et ceux qui ne le sont pas montre que les premiers ont, pour les problèmes de santé repris dans le tableau, des pourcentages systématiquement supérieurs – souvent proches du double. Ils signalent, plus souvent que les salariés non soumis au travail intensif, des problèmes de stress, de douleurs dorsales, de douleurs musculaires dans le cou et les épaules, de blessures.

Tableau 7 : Problèmes de santé liés au travail à une cadence très élevée et à des délais serrés, EU, %

	Douleurs dorsales	Stress	Douleurs musculaires - cou / épaules	Blessures
Cadences élevées en permanence	46	40	35	11
Jamais de cadences élevées	25	21	15	5
Délais serrés en permanence	42	40	31	10
Jamais de délais serrés	27	20	17	5

Source : FEACVT, *Dix ans de conditions de travail dans l'UE*, 2001.

Dans une enquête réalisée en Belgique francophone en 2007[18] auprès des salariés, une question portait sur les rythmes du travail ; elle leur demandait si le rythme de travail était compatible avec le respect de la santé des salariés (tableau 8) : 35% (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) des salariés sont d'accord et considèrent que le rythme de travail est compatible avec le respect de la santé tandis que 48% (plutôt pas d'accord + pas du tout d'accord) des salariés pensent l'inverse. Bref, un salarié sur deux en Belgique francophone déclare que le rythme de travail porte atteinte à la santé. La même enquête demandait aux répondants s'ils avaient le sentiment d'être dominés par le temps ou de maîtriser le temps. La majorité des répondants disent être dominés par le temps (58%).

[18] Vendramin P., (2007), *Temps, rythmes de travail et conciliation des temps sociaux*, Enquête réalisée en Belgique francophone, collaboration FEC/FTU.

Tableau 8 : Salariés - Belgique francophone – %

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans avis	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le rythme de travail est compatible avec le respect de la santé des salariés	9.7	25.6	16.6	30.3	17.8
	35.3			48.1	

Source : Vendramin P., *Op. cit.*, 2007.

Les travaux sur le stress professionnel ont montré que l'intensité excessive du travail entraîne de la tension psychique et des maladies ; la pression sur le travail et les maladies du stress font bon ménage : les maladies cardio-vasculaires (hypertension, accidents vasculaires…), gastro-intestinales (ulcères…), immunitaires, etc.

2.3. Les technologies de l'information et de la communication

Si les contraintes pesant sur les conditions de travail des salariés dépendent d'abord du mode d'organisation des entreprises qui les emploient, les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont complices des phénomènes d'intensification du travail[19]. Ni machines diaboliques, ni outils fabuleux, les TIC se révèlent avant tout des instruments au service d'objectifs organisationnels qu'elles contribuent à concrétiser. Elles sont complices de dispositifs qui accroissent, délibérément ou non, la pression sur le travail. Elles sont le support incontournable des stratégies visant à maîtriser le temps, l'espace et les coûts, particulièrement les coûts salariaux, mais aussi à assurer la qualité ou augmenter la productivité. Elles scandent les flux d'activités et en même temps les rythmes de production. Elles permettent un contrôle et une mesure du travail qui atteignent des niveaux inégalés de sophistication.

[19] Vendramin P., (2006), « Les TIC, complices de l'intensification du travail », in Askenazy P., Cartron D., de Coninck F., Gollac M. (Coord.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 129-139.

Les développements technologiques les plus marquants de ces dernières années concernent les systèmes liés à la gestion des flux (progiciels de gestion intégrés, logiciels de workflow, gestion électronique de documents…). Ces systèmes rythment littéralement les flux d'activités dans les entreprises et, par là même, prescrivent et contrôlent le travail humain dans un souci de rentabilité et de qualité. Cette « prise en main » des flux par les systèmes informatiques intègre cependant une forte dose de taylorisme.

Le potentiel croissant en matière de codification de l'information et des connaissances, associé aux nouveaux systèmes de communication et de distribution des tâches, a permis un renouveau des principes tayloriens dans les activités industrielles mais aussi de services. Le souci de raccourcir les délais dans les organisations à flux tendus a entraîné l'extension de la logique de la chaîne de production : un enchaînement d'opérations réalisées par des salariés peu qualifiés techniquement et interchangeables entre eux. Dans ces systèmes taylorisés, le stress du flux remplace l'autorité du contremaître.

L'informatique a également permis d'améliorer ce que permettait le chronomètre. Les TIC mesurent sans complaisance la productivité du travail. Les systèmes informatiques et les réseaux permettent aujourd'hui de collecter et d'analyser de manière continue une grande quantité d'informations sur la manière dont les salariés s'acquittent de leurs tâches. Il ne s'agit plus seulement de mesures de quantités physiques, comme le nombre d'opérations ou le nombre de clients, mais aussi de mesures relatives au comportement. Dans les centres d'appel, par exemple, le système de supervision permet de réaliser des échantillonnages des conversations et de mesurer la fréquence de certains termes ou de certaines expressions. Il existe aussi des systèmes de reconnaissance vocale qui analysent le ton des conversations.

Tous ces systèmes de contrôle électronique des performances sont une source de stress pour les salariés. Le travail est mis sous haute surveillance. Les TIC contrôlent les temps, les tâches et produisent une batterie d'indicateurs sur le travail de chacun. Elles placent le salarié dans une situation de contrôle et de dépendance inédite alors qu'en même temps se développe un discours sur l'autonomie et la responsabilisation dans le travail.

Ce n'est pas seulement l'organisation du travail, ni la manière d'envisager la gestion du facteur humain dans l'entreprise, qui contribuent à intensifier le travail, c'est aussi la nature même du travail qui mobilise de plus en plus le salarié. L'abstraction croissante et la surcharge informationnelle sont deux évolutions dans lesquelles on retrouve l'empreinte forte des technologies. Avec les TIC, le travail devient de plus en plus abstrait ; le salarié travaille sur une représentation de la réalité, sur des écrans d'ordinateurs ou devant des pupitres de contrôle, bien plus souvent que sur la réalité elle-même. Ce travail abstrait repose sur des interactions homme/machine de plus en plus complexes. Le travail s'effectue également avec des systèmes de plus en plus vulnérables, dans lesquels la gestion des aléas exerce une pression crois-

sante. La surcharge informationnelle est un autre facteur d'intensification du travail qui a pris une ampleur considérable avec le développement des réseaux et des mobiles. Sur le plan des conditions de travail, ces évolutions ont pour conséquence une augmentation de la charge mentale. Pour certaines personnes, elles sont jugées qualifiantes et valorisantes et apportent davantage de satisfaction professionnelle, malgré les inconvénients. Pour d'autres, elles sont source de stress, de marginalisation ou d'exclusion.

2.4. L'engagement subjectif dans le travail

Qu'attend-t-on du travail au juste ? Les chercheurs distinguent deux ou trois dimensions qui constituent la relation au travail. Les termes employés sont parfois différents mais la signification est plutôt similaire. La première dimension est appelée instrumentale, elle fait référence aux attentes « matérielles » par rapport au travail, principalement le salaire et la sécurité d'emploi. La seconde dimension est sociale, elle concerne l'importance des relations humaines au travail. Enfin, la troisième dimension est appelée symbolique, elle concerne les possibilités de développement personnel, la capacité de s'épanouir et de s'exprimer dans son activité, l'intérêt pour le contenu du travail, le sentiment de réussite, le niveau d'autonomie, l'utilité sociale. Certains auteurs regroupent les dimensions sociale et symbolique en une seule dimension appelée expressive. Cette dimension expressive du travail prend de plus en plus de place dans la relation au travail, la non reconnaissance de celle-ci peut être source de mal-être et de nouveaux troubles psychosociaux.

L'engagement subjectif est cultivé par le management, qui met en place des dispositifs de gestion des ressources humaines, de plus en plus individualisés, destinés à maximiser l'implication des salariés. L'autonomie, les objectifs personnels, l'engagement dans une « vision » portée par un « coach », peuvent conduire les salariés à un surinvestissement dans le travail avec, au final, des problèmes d'épuisement professionnel qui, dans certaines activités, viennent très tôt dans la carrière. Pour ces salariés, le travail est une priorité ; ils sont parfois appelés workaholics. Ils ont un grand intérêt pour leur travail ; ils travaillent sous la pression du temps. Ils ne peuvent pas, ou ne veulent pas, déléguer. Ils sont complètement disponibles pour leur travail. Ce surinvestissement menace leur santé car une telle attitude n'est pas tenable à long terme. Ces travailleurs sont susceptibles d'être confrontés un jour au burn out ou à l'exclusion. Le burn out est un état de fatigue ou de frustration causé par une dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation qui n'apporte pas la reconnaissance ou le retour escompté. L'ironie du burn out est que cela arrive aux personnes qui auparavant s'impliquaient dans leur travail avec enthousiasme et apportaient beaucoup d'énergie et d'idées neuves. Ce profil de salarié a généralement des attentes élevées par rapport à ce qui pourrait être réalisé. Voyant le temps passer

sans que tous les objectifs soient atteints, l'enthousiasme s'éteint et une sorte d'apathie s'installe.

3. Des défis pour la santé et le bien-être au travail

Ce parcours rapide au travers des mutations qui ont marqué le monde du travail et la composition de la population active a mis en évidence des enjeux contemporains de la protection de la santé et la sécurité au travail :

- La maîtrise des risques traditionnels dans des environnements modifiés - multiplication des entreprises de petite taille, mobilité accrue des salariés, complexification des liens de dépendance, identification complexe des responsabilités ;
- les problèmes liés aux rythmes de travail, c'est-à-dire les conséquences des rythmes soutenus en permanence (cadences élevées et délais serrés) et de l'intensification du travail ;
- les défis de la gestion et l'articulation des temps sociaux, consécutifs à la pression accrue sur le travail et à la désynchronisation des temps ;
- les frontières floues entre travail et non travail et l'engagement subjectif qui soulèvent des questions quant à la mesure de la charge de travail et du temps professionnel (temps effectivement consacré au travail au-delà des heures contractuelles) ;
- la pénibilité plus fréquente dans les emplois atypiques - eux-mêmes en croissance ;
- la charge mentale et physique de la double journée pour les femmes ;
- les troubles psychosociaux ; les maladies du stress ; l'épuisement au travail ;
- le vieillissement, difficilement compatible avec les exigences du monde du travail actuel.

Au-delà des terrains connus des acteurs de la santé au travail, de nouvelles zones grises apparaissent ainsi comme autant de zones à risques pour la santé et le bien-être au travail.

- Aubert N., (2003), *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*, Paris, Flammarion.
- Commission européenne, (2008), *L'emploi en Europe*.
- Enquête CNE-GNC (2003), *Stress*, Bruxelles. http://www.cne-gnc.be
- *Eurofound survey*, 1991, 1996, 2000, 2005.
- FEACVT, (2001), *Dix ans de conditions de travail dans l'UE*.
- Federgon, (2007), *Rapport annuel*.
- Gauvin A., Jacot H. (Coord.), (1999), *Temps de travail, temps sociaux, pour une approche globale*, Paris, Liaisons.
- « Le monde du travail en mutation », (2000), *Magazine de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail*, n°2.
- Onafts, *Focus* 2008-2.
- Vander Stricht V., (2008), « Les jeunes face au marché du travail : portrait statistique » *Wallonie*, n° 94, mars/avril, pp. 31-51.
- Vendramin P., (2006), « Les TIC, complices de l'intensification du travail », in Askenazy P., Cartron D., de Coninck F., Gollac M. (Coord.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 129-136.
- Vendramin P., (2007), *Temps, rythmes de travail et conciliation des temps sociaux*, Enquête réalisée en Belgique francophone, collaboration FEC/FTU.
- Volkoff S., (2008), « L'intensification du travail 'disperse' les problèmes de santé », in De Terssac G. et al., *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, pp. 29-42.

Le travail, l'organisation, la santé face à la précarité des situations professionnelles

Corinne SAINT-MARTIN[20], Claire THEBAULT[21]

Introduction

Le choix d'aborder la thématique de la santé au cœur des transformations du travail et plus précisément les questions de précarité et de santé au travail s'appuie sur les différentes recherches réunies dans un ouvrage intitulé : « La précarité, une relation entre travail, organisation et santé »[22] que nous avons coordonné au sein du CERTOP.

Que voit-on émerger depuis quelques années dans l'univers du travail ?

Tout d'abord, le développement de la « subjectivation du travail » qui a révélé et mis en forme des pratiques qui interviennent tant dans l'activité de travail que dans les discours sur l'organisation, mais également une gestion individuelle de l'incertitude, de la menace réelle ou symbolique qu'elle soit relative à l'emploi, au statut, ou inscrite dans le contenu même du travail et qui va dessiner de nouvelles configurations sociales, par exemple des pratiques d'anticipation de ces incertitudes, qui traduisent de nouvelles mises en scène du travail.

Plus globalement, nous voyons se dessiner, en creux de ces processus de fragilisation des univers de travail, des transformations profondes des règles, normes et valeurs associées au travail, et plus largement une évolution des formes de structuration des espaces productifs et des formes de régulation sociale.

De la même façon, concernant le rapport entre travail et santé, des paradoxes nous questionnent :

---

[20] Maître de conférence en sociologie – Centre d'Etude et de Recherche Travail-Organisation-Pouvoir (CERTOP) à l'Université Toulouse II.

[21] Ingénieur d'étude et de recherche - Centre d'Etude et de Recherche Travail-Organisation-Pouvoir (CERTOP) à l'Université Toulouse II.

[22] De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), (2008), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats.

- D'un coté, nous assistons au développement d'un travail abstrait, intelligent et collectif mais de l'autre à une augmentation des pathologies comme les troubles musculo-squelettiques liées à l'intensification de l'activité ;
- d'une part des formes de travail innovantes, axées sur la créativité, l'initiative et de l'autre un univers de contraintes lié à la pression du marché, à la rationalité instrumentale qui accentue des phénomènes de culpabilisation dans le travail, l'obligation anxiogène d'une inventivité permanente ;
- la tendance d'un côté à promouvoir le recul de l'âge de la retraite, mais l'accroissement de l'usure professionnelle de l'autre, lié à une hyperactivité vis-à-vis des résultats ;
- enfin, des situations de travail qui demandent des compétences individuelles élevées mais qui mettent en concurrence et en compétition des individus entre eux, qui engendrent des pressions conséquentes au niveau relationnel (débouchant sur du stress au travail), et génèrent de nouveaux modes communicationnels jouant sur la reconnaissance dans l'entreprise ou le sens de l'effort.

Mais, entre le travail et la santé, il y a aussi l'organisation. Et là que constate t-on ?

Le temps de l'organisation devient facteur d'usure, au lieu d'être le moyen de travailler autrement, d'accumuler de l'expérience. Des dispositifs de contrôle gestionnaire émergent qui réduisent à quelques critères l'intelligence développée pour travailler. La rationalisation des activités produit des situations à risques car elles sont de plus en plus limitées et incomplètes. Nous le savons, les choix d'organisation, les manières d'ordonner le travail influencent la santé des personnes qui travaillent.

Et que peut-on dire de l'organisation elle-même : elle devient vulnérable, fragile. En effet, c'est bien aussi de précarité organisationnelle dont il s'agit lorsqu'on assiste à une fragilité des univers productifs, à une vulnérabilité de nos institutions et à une instabilité des statuts professionnels.

Afin de poursuivre et d'approfondir cette réflexion, l'équipe de recherche du Certop a organisé une journée d'étude en automne 2006 dont l'objectif était de favoriser une réflexion interdisciplinaire à partir d'une mise en commun de nos résultats scientifiques, et de débattre autour de ces résultats relatifs aux questions de précarité et de santé au travail.[23]

Considérer les relations entre travail, organisation, santé est apparu comme une démarche fructueuse pour tenter de comprendre ou tenter de saisir dans toute leur complexité, la nature des phénomènes en jeu aujourd'hui dans le monde du travail.

Cette démarche débouchera sur une mise en discussion de la précarité au travail dont tente de rendre compte l'ouvrage.

---

[23] Etaient réunis dans cette journée des chercheurs de différents horizons disciplinaires : sociologie, ergonomie, psychologie, gestion, économie, anthropologie, médecine, épidémiologie.

1. Le statut donné à la « précarité » dans notre réflexion

La particularité de ce terme de précarité, comme celui d'exclusion en son temps (en tant que paradigme sociétal), réside dans la difficulté à en stabiliser le sens dans un univers précis. C'est un terme polysémique, d'abord parce qu'il est employé largement dans les médias, le politique et le social, phénomène qui par ailleurs tend à banaliser les réalités qu'il suggère ; ensuite, parce que d'un point de vue scientifique il renvoie à des ordres de réalités tributaires du contexte d'action dans lequel il se met en scène et des modes d'approche scientifique adoptés (cadres théoriques, échelle d'analyse, méthodes employées…).

Nous sommes donc avant tout partis d'un constat : celui de l'évolution des phénomènes dont cette notion rend compte. Ainsi, pendant longtemps le terme de précarité a été utilisé pour décrire des phénomènes sociaux liés aux transformations du marché du travail et de l'emploi, et leurs conséquences sur les populations les plus démunies, s'articulant ainsi plus spécifiquement à la problématique de la pauvreté.

Puis progressivement, certains sociologues, s'interrogeant sur la réalité de ce fait social, ont noué un fil entre travail et précarité. Désormais on parle de disqualification sociale dans le monde même du travail (avant réservée aux seuls assistés). Des analyses tenteront ainsi de cerner le processus d'appauvrissement des populations salariées, montrant que la précarité tend à s'imposer comme un nouveau statut, ce que Robert Castel nomme le « précariat »[24]. Un statut qui dans sa généralisation progressive, tendrait à s'imposer, de plus en plus, « comme un régime normal d'organisation du travail » pour reprendre les termes de cet auteur.

Mais aujourd'hui, ces formes d'incertitude, de vulnérabilité, de fragilisation ne concernent plus uniquement la situation des populations dites « précaires », et le statut dans l'emploi, mais aussi de nouvelles réalités qui traversent tant l'univers du travail dit « stable » que les situations professionnelles valorisées comme celles des cadres par exemple. Toutes ces professions vivent de plus en plus difficilement leur quotidien de travail. Ceux qui travaillent l'énoncent par le « mal-être » au travail, une perte de sens de l'action, du stress alimenté par des inquiétudes diverses, voire par des sentiments de culpabilité ou d'humiliation dans les cas les plus difficiles. A partir de là, la précarité, en tant que fait social, investirait progressivement nos vies professionnelles et sociales.

C'est donc un terme qui traduit l'émergence de processus sociaux dynamiques qui traversent tant les univers du travail que les situations professionnelles ou l'organisation. Car en effet, avec la précarité du travail, c'est aussi l'univers de l'organisation qui est interrogé, comme le montrent de nombreux travaux récents sur

[24] Castel R., (2006), « Et maintenant, le "précariat…" », *Le Monde*, 29 avril, p.15.

ces questions. Pour nombre de salariés, il devient nécessaire de « prendre sur soi » les problèmes liés à l'organisation.

C'est donc en ce sens que nous avons avant tout choisi la précarité comme terme fédérateur, et comme fil directeur d'un champ de réflexions et de confrontation de points de vue différents tels que l'ont développé les disciplines représentées.

2. Le point de vue de l'ouvrage[25] : la précarité, une relation entre travail, organisation et santé

Cette mise en discussion de la précarité repose sur la présentation d'études de cas et enquêtes longitudinales, de théorisations intermédiaires autour des contenus de travail, des relations au travail, des rapports de l'individu à l'entreprise. Si la précarité est une condition, elle est aussi une expérience et une activité subjective[26] qui renvoie aux mutations culturelles et de comportements, à une dynamique portée par la subjectivité des acteurs. Ici, les auteurs se sont intéressés au travail pour le sujet qui l'accomplit, aux significations et jugements que les individus portent dans et autour de ces situations de travail. L'objectif étant de comprendre de quelle manière le travail contribue à la mise en valeur du sujet ou à sa négation, « d'apprécier l'influence qu'il peut avoir sur l'épanouissement de l'individu ou sa dégradation, sur son intégration ou sa marginalisation ».

Ne pouvant donner une vision exhaustive de tous les points de vue développés par les auteurs de l'ouvrage, nous présenterons simplement quelques apports significatifs de cette contribution. Il s'agit de synthétiser les apports d'un ouvrage collectif qui est le produit d'une mise en commun de travaux de chercheurs relevant de disciplines différentes et qui a permis d'ouvrir la question de la précarité dans ses rapports avec le travail, la santé et l'organisation. L'exercice qui consiste à rendre compte de ces apports en l'absence des auteurs se révèle délicat dans la mesure où il s'agit à la fois de respecter le propos de chacun d'eux mais aussi de le resituer dans le contexte d'une réflexion plus globale sur la question de la précarité qui a fait l'objet de cet ouvrage.

---

[25] De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), (2008), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats.
[26] Cingolani P., (2005), *La précarité*, Paris, PUF, coll. Que Sais-Je ?

2.1. Une relation entre santé et travail

Nous tenterons dans cette partie de l'exposé de mettre en lien le bonheur et le travail, le travail et la santé, et de mettre en évidence les effets de la précarité sur le travail et la santé. Nous procéderons en deux temps en rendant compte premièrement des apports de Michel Gollac[27] et de Serge Volkoff[28] sur la question du bonheur au travail et sur celle des effets de l'intensification du travail sur la santé des travailleurs, la santé étant un élément constitutif du bonheur. Dans un deuxième temps nous aborderons plus précisément la question de la santé à partir des apports relevant des champs de l'ergonomie et de la psychologie du travail (Jean-Claude Marquié[29] et David Ansiau[30]) et ceux relevant de la sociologie (Nathalie Lapeyre[31] et Claire Thébault) concernant la question de l'âge au travail d'une part, et d'autre part, de la réciprocité du rapport santé travail dans les usages de sa santé par l'individu en situation de travail (Valentine Hélardot[32]).

2.1.1. Intensification subie/consentie et attachement au travail : un paradoxe ?

Michel Gollac et Serge Volkoff tentent, à partir des résultats de grandes enquêtes[33] de comprendre cette situation paradoxale de l'attachement au travail alors que celui-ci ne cesse de s'intensifier.

Michel Gollac[34] traite d'une part de la place du travail dans le bonheur : si cette place est très présente (2ème après la santé) dans les catégories de la fonction publi-

---

[27] Sociologue et statisticien. Centre de recherche en économie et statistique (GENES et GRECS-TA-CNRS / Centre Maurice Halbwachs (EEP-EHESS-ENS-CNRS).

[28] Ergonome et statisticien. Directeur de recherche au Centre d'études de l'emploi (CEE) / Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (CREAPT). Noisy-le-Grand.

[29] Directeur de recherche au CNRS en biologie du comportement et psychologie. Cognition, langues, langage, ergonomie – Laboratoire travail & cognition (CLLE-Ltc). Université de Toulouse-Le Mirail / CNRS/ EPHE.

[30] Professeur de management en psychologie cognitive et ergonomique. Université internationale de Monaco.

[31] Maître de conférences en sociologie et spécialiste de la sociologie du genre. Centre d'étude et de recherche travail organisation pouvoir (CERTOP). Université de Toulouse-Le Mirail / CNRS.

[32] Maître de conférences en sociologie. Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires – Centre d'étude des rationalités et des savoirs (LISST-Cers). Université de Toulouse-Le Mirail / CNRS.

[33] INSEE, (2007),-Travail et modes de vie - 1997, Enquête nationale sur les conditions de travail en France- 2007.

[34] Gollac M., (2008), « Le bonheur au travail : une question de statut ? », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 7-27.

que et les professions intellectuelles, elle est particulièrement importante pour ceux qui n'ont pas de travail ou sont menacés de ne plus en avoir.

D'autre part, il interroge la place du bonheur dans le travail : les résultats des enquêtes donnent à penser que c'est dans un rapport subjectif au travail que l'individu situe son ressenti du bonheur. Selon l'auteur, le bonheur ne se caractérise pas seulement par son degré d'importance mais aussi par le degré de la pression ressentie par le sujet au travail. Ainsi, éprouver de la tension nerveuse peut conduire à ressentir son travail comme une « galère », une « course d'obstacles », ou bien comme une « aventure » ou une « passion ».

En combinant degré de bonheur et degré de pression, Michel Gollac propose d'examiner quatre types de situations :

- Le travail « passion » ou « aventure » fondé sur un investissement récompensé : il s'agit d'un travail « que n'importe qui ne pourrait pas faire » ;
- le travail équitable fondé sur le sentiment de l'échange : « se sentir normalement payé par rapport à ce que l'on fait ».

Et leurs situations opposées :

- Le travail « juste ce qu'il faut » lorsqu'il s'agit de se mettre en retrait dans une situation de travail qu'on perçoit comme routinière, sans pression mais sans passion ;
- et enfin lorsque le retrait n'est plus possible mais que la pression est forte et que l'on ne trouve ni intérêt ni reconnaissance dans son travail, c'est la souffrance au travail qui s'exprime.

Serge Volkoff[35] s'intéresse à la question de l'intensification du travail et propose une formalisation de cette notion comme étant le résultat d'une interaction entre trois types de contraintes : les contraintes industrielles, les contraintes marchandes et ce qu'il appelle les contraintes « domestiques » qui relèvent du domaine des relations interpersonnelles entre collègues et qui ne doivent pas entraver le rendement productif.

L'enchevêtrement de ces contraintes pose problème du point de vue de l'activité de travail mais aussi du point de vue de la santé. En effet, chacune de ces contraintes donne lieu à la construction de « répliques » visant à intégrer la contrainte en même temps que s'en protéger d'une part. Et d'autre part, la gestion des contradictions qui peuvent exister entre ces contraintes repose sur le travailleur et non plus sur sa hiérarchie ce qui contribue à augmenter encore davantage l'intensification du travail et ses effets sur la santé.

---

[35] Volkoff S. (2008), « L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 29-40.

Serge Volkoff s'intéresse particulièrement aux effets de l'intensification sur les travailleurs vieillissant et plus précisément aux conséquences de la pression temporelle dont les études épidémiologiques confirment qu'elle produit des effets négatifs après 45 ou 50 ans. Il plaide pour « qu'au primat de l'intensité se substituent peu à peu « des systèmes de travail soutenables » permettant de maintenir la santé et de construire les compétences tout au long de l'itinéraire professionnel de chacun ».

2.1.2. La gestion des transformations de soi : vieillissement, usures et usages de sa santé

Trois approches de la question des transformations de soi et de la santé au travail dans leur rapport à la précarité sont abordées dans la deuxième partie de l'ouvrage[36]. Les deux premières s'intéressent particulièrement aux effets du travail tant du point de vue du contenu de l'activité de travail que de son organisation et des conditions environnementales dans lesquelles elle s'exerce sur la santé et le vieillissement. La troisième approche propose une réflexion sur la réciprocité de relation entre la précarisation du travail et la santé.

L'âge et le travail : les conditions du développement durable des compétences

Jean-Claude Marquié et David Ansiau[37], spécialistes de la question du vieillissement chez les travailleurs, s'intéressent aux effets du travail sur le vieillissement (et non l'inverse) et donc aux aspects cognitifs des effets à long terme du travail sur le développement durable des compétences de l'individu.

A partir des résultats d'études longitudinales menées sur près de 3000 personnes, ils mettent en relation le contenu du travail et les transformations des compétences au cours du temps et illustrent la question de savoir en quoi le travail peut être un facteur de développement durable des compétences et de la santé, ou au contraire de vieillissement accéléré.

Les auteurs considèrent que ces compétences en tant que ressources cognitives participent de la santé et sont elles-mêmes précaires, fragiles et incertaines.

Ils distinguent dans le système cognitif humain deux grands types de ressources qui sont complémentaires l'une de l'autre : d'une part les connaissances, fruits de l'expérience, qui sont stables ou en augmentation au cours de la vie adulte et, d'autre part, les mécanismes fondamentaux de réception et de traitement de l'information,

---

[36] De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), (2008), *op.cit*.

[37] Maquié J.-C., Ansiau D., (2008), « Age et travail : les conditions du développement durable des compétences », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 43-59.

qui se caractérisent par un déclin, généralement progressif au cours de la vie adulte, quoique modéré avant la soixantaine et un peu plus rapide après. Pour Jean-Claude Marquié et David Ansiau, ces mécanismes fondamentaux constituent une composante à part entière des ressources de santé, notamment en raison de leur très forte dépendance au fonctionnement biologique de l'individu.

Par ailleurs, on constate que les fonctions cognitives de l'individu sont, tout au long de sa vie, l'objet de sollicitations de plus en plus intensives aussi bien dans les situations de la vie professionnelle que dans celles de la vie courante compte tenu des évolutions technologiques par exemple mais aussi économiques, structurelles et organisationnelles.

En réponse à ces sollicitations, l'individu va mettre en œuvre sur le plan cognitif et au cours du temps et du vieillissement des stratégies de compensation, stratégies qui sont apprises et dont l'apprentissage est tributaire des caractéristiques des situations de travail.

Divers facteurs professionnels sont susceptibles d'influer sur le développement des fonctions mentales du travailleur dont ceux qui relèvent des expériences cognitives et non cognitives de travail. Ils peuvent soit constituer des ressources et avoir un impact positif sur le travailleur, soit être des contraintes et avoir un impact négatif.

L'hypothèse que formulent Jean-Claude Marquié et David Ansiau est que « certaines formes d'organisation du travail façonnent au cours des ans une image de soi et de ses propres capacités qui retentit sur ce que l'individu est prêt à faire à divers âges de sa vie, et sur les défis cognitifs qu'il est prêt à relever (notamment dans les apprentissages professionnels) »[38]. Ainsi des tâches mentalement exigeantes mais diversifiées et obligeant l'individu à une activité créatrice et gratifiante lui permettraient de se constituer une sorte de réserve cognitive qui compenserait en partie les effets des pertes neuronales liées à l'âge. Il est probable aussi que des composantes plus affectives ou motivationnelles jouent un rôle positif dans la mise en action de la réserve cognitive.

Les auteurs concluent sur la nécessité, si l'on veut allonger les carrières ou maintenir en activité jusqu'au terme normal les générations des quinquagénaires, de concevoir des situations de travail qui tiennent compte des changements liés à l'âge et à l'usure due aux expériences antérieures.

---

[38] Maquié J.-C., Ansiau D., op.cit., p. 48.

Quand vient le temps de l'usure

Nathalie Lapeyre et moi-même (Claire Thébault)[39] avons voulu rendre compte, dans notre contribution, en prenant appui sur les résultats d'une étude empirique que nous avons conduite auprès de travailleurs « seniors » dans les secteurs du soin hospitalier et de l'aéronautique, de ce qu'est précisément l'usure au travail, ce qui la produit, ce qui l'aggrave mais aussi ce qui est propre à chaque sexe. Nous avons également cherché à comprendre comment l'usure contribue à précariser les travailleurs vieillissant.

Il était nécessaire d'évoquer la complexité d'une combinatoire de facteurs qui entraînent cette usure, à la fois le processus de vieillissement en lui-même, mais aussi et surtout la pression du marché, de l'organisation, les conditions de travail et de pénibilité, l'exposition aux risques professionnels, etc. Il est également nécessaire de ne pas perdre de vue que ce sont ceux et celles qui exercent les travaux les moins pénibles qui ont l'espérance de vie la plus élevée. Par ailleurs, les femmes ayant une charge mentale (et physique) supérieure aux hommes en ce qui concerne la gestion de la sphère domestique et familiale de toute une vie, nous semblaient encore plus touchées par les phénomènes d'usure professionnelle que leurs collègues masculins. Ainsi, au-delà du processus de vieillissement (« naturel » et « biologique ») en lui-même, qui provoque une première forme d'usure sur les individus, nous postulions que les conditions de travail au sens large jouent un rôle prépondérant parmi les facteurs de l'usure. Les modes d'organisation et de management actuels produisent probablement une accentuation de cette usure au travail.

Cette question de l'usure définie comme affaiblissement ou amoindrissement des capacités de l'individu fut abordée à partir de la distinction des causes et des effets de trois formes d'usure :

- L'usure physique qui renvoie au corps et dont les causes relèvent des conditions physiques, matérielles, environnementales dans lesquelles sont effectuées les activités de travail et les tâches qui les constituent avec comme facteurs d'accélération les efforts physiques causés par les postures pénibles, les mauvaises positions de travail, les gestes répétitifs et douloureux, le port de charges lourdes, l'utilisation d'écrans, la confrontation à un environnement agressif (les fumées, poussières et vapeurs, le bruit, les produits chimiques, les radiations, l'exposition au froid/chaud et aux intempé-

[39] Lapeyre N., Thébault C., (2008), « Quand vient le temps de l'usure. L'expérience des senior-e-s exerçant à l'hôpital et dans le secteur aéronautique », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 61-71.

ries) et enfin les rythmes de travail perturbants (horaires décalés et travail de nuit, intensification du travail).

- L'usure psychique produite par les nouvelles formes de précarité et d'insécurité de l'emploi : les accidents biographiques, les rythmes de travail perturbants, les horaires décalés et le travail de nuit, l'organisation du travail, l'intensification du travail versus la sous-occupation et l'inactivité partielle, les rythmes de travail perturbants, la solitude, le manque de communication, le sentiment de non-reconnaissance du travail effectué et de mise à l'écart, les situations extrêmes de pression temporelle au travail, la charge mentale, le travail dans l'urgence, les contraintes d'attention, le coût humain et financier de l'activité de travail, le déni de ses propres limites physiques et enfin l'insécurité et la violence au travail.

- L'usure organisationnelle que nous avons définie comme une forme de dégradation de l'organisation qui contraint le salarié à « prendre sur soi » pour bien faire son travail, et à compenser en quelque sorte les effets de cette dégradation. Nous avons tenté de montrer l'ambivalence de cette notion en essayant de penser ensemble d'un côté l'usure du contexte organisé (avec ses procédures routinières qui n'évoluent pas, les failles dans la gestion des emplois du temps, les manques de moyens pour travailler) et de l'autre l'usure du sujet produite par cette activité organisationnelle[40].

A partir d'une définition[41] de la précarité entendue comme étant le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation et définie comme un état d'instabilité caractérisé par la perte des sécurités permettant aux individus d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux, nous avons tenté de montrer, en conclusion, que les effets de l'usure sur leur santé physique et psychique contribuent à précariser la situation professionnelle des seniors dans l'entreprise en accentuant la vulnérabilité de leur place au travail, en introduisant de l'incertitude et de l'instabilité professionnelle et en générant des risques d'exclusion.

[40] Lapeyre N., Thébault C., *op. cit.*, p. 68.
[41] Définition proposée par le Haut Comité de Santé Publique en 1998.

Enjeux d'emploi, de travail et de santé

Valentine Hélardot[42] s'appuie sur un cadre d'analyse qu'elle a construit à partir de l'interrelation entre travail, emploi et santé et montre comment la précarisation de l'emploi produit des effets destructifs sur la santé au travail et inversement, comment la détérioration de la santé par le travail met en péril les processus d'intégration dans l'emploi en les précarisant.

A partir d'une pluralité de configurations de ce rapport réciproque santé-travail, son cadre d'analyse permet de dissocier :

- Le travail comme support d'intégration sociale déterminant une place dans l'espace social, et permettant d'attribuer un statut social et un ensemble de conditions d'existence (revenu, logement, protection sociale, etc.) ;
- le travail comme ensemble d'activités concrètes, d'actes, de gestes, de postures et d'interactions dans lesquels l'individu engage et met à l'épreuve quotidiennement ses ressources corporelles et psychiques.

En croisant ces deux registres de l'activité professionnelle avec celui de la santé, elle propose des configurations typiques de l'articulation santé-travail sous la forme de 8 figures opposées : l'emploi facteur de santé/l'emploi pathogène, le travail facteur de santé/le travail pathogène, la santé facteur d'intégration professionnelle/la santé facteur de sélection-exclusion, la santé outil de travail/la santé à l'encontre du travail. Elle rend compte alors de la façon dont les liens entre santé et activité professionnelle prennent forme pour les salariés et selon quels arbitrages ceux-ci essaient de concilier les enjeux du travail, de l'emploi et de la santé.

En confrontant à son cadre d'analyse des récits recueillis auprès de salariés, elle dresse, à partir d'une même situation estimée pathogène une sorte de typologie des usages de la santé par les salariés dont elle nous propose trois exemples : les « fatalistes » qui se sacrifient au nom du maintien dans l'emploi ou de l'identité professionnelle, les « prévoyants » qui ajustent leur comportement professionnel à leur état de santé et qui font de leur état de santé dégradé une ressource pour négocier un autre emploi et enfin, les « opportunistes » qui revendiquent de ne pas se tuer au travail et qui utilisent un problème de santé pour se mettre en retrait de la vie professionnelle. Elle observe dans sa conclusion que « les déterminismes biomédicaux comptent souvent moins que ce que les salariés en font. La préservation de la santé peut apparaître comme une valeur en soi, mais elle peut aussi s'effacer soit derrière des

[42] Hélardot V., (2008), « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 73-84.

nécessités financières, soit au profit de valeurs et d'enjeux autres que la santé en elle-même »[43].

2.2. La précarité : une relation entre santé et organisation

Il est entendu que le choix d'organisation et les manières d'ordonner le travail influencent la santé des personnes qui travaillent. Deux contributions vont ainsi redéfinir la place de l'organisation dans l'évaluation de la santé, celle de Gilbert De Terssac[44] et Dominique Christian[45] et celle de Marie-Anne Dujarier[46]. En effet, ces auteurs considèrent l'organisation non pas comme une variable indépendante dont on saisirait les effets sur le travail mais d'abord comme une activité qui consiste à organiser et qui n'est rien d'autre qu'une facette de l'activité professionnelle elle-même. C'est ce qu'ils nomment « travail d'organisation » et qui consiste à produire des dispositifs et des règles, une contribution normative distribuée qui n'est pas réservée aux cadres mais concerne l'ensemble des individus de l'organisation : elle repose sur du savoir, une manière de voir le travail et des oppositions conflictuelles à ce propos, un travail qui est traversé par des rapports de pouvoir entre les collectifs. Travailler, c'est donc aussi confronter les règles aux situations, les interpréter, inventer des procédures plus pertinentes, c'est aussi désobéir à la règle lorsque son application pose problème : c'est en fait exercer son métier avec compétence et autonomie.

C'est dans cette optique et à partir d'une étude de cas[47] réalisée dans une entreprise de service que Gilbert de Terssac et Dominique Christian[48] étudient et proposent de formaliser les malaises dans l'organisation. Dans un contexte de transformations organisationnelles, les salariés confrontés à des changements dans leur travail, à des mobilités géographiques ou professionnelles, à des pertes de repères au regard de leurs collectifs de travail habituels, à des pressions temporelles et productives, à l'inquiétude sur l'avenir du fait des réductions d'effectifs, ont dû faire face à

---

[43] Hélardot V., op. cit. p. 82.

[44] Sociologue, directeur de recherche CNRS. Centre d'étude et de recherche travail organisation pouvoir (CERTOP). Université de Toulouse-Le Mirail/ CNRS.

[45] Directeur DIFER Conseil. Paris.

[46] Maître de conférences en sociologie. Université Paris 3 Sorbonne nouvelle et Ecole polytechnique, Paris. Chercheur au Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE-CNAM / CNRS).

[47] Cette étude repose sur une quarantaine d'entretiens individuels et collectifs menés au sein de l'entreprise et s'appuie plus particulièrement sur l'énoncé des plaintes exprimées dans un contexte perturbé.

[48] De Terssac G., Christian D., (2008), « Malaise dans l'organisation », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 87-105.

l'obligation de faire leur place pour réussir à se maintenir dans l'entreprise, mais également faire son travail, conserver son métier et son identité professionnelle.

Les auteurs montrent que l'on passe d'un malaise dans l'exercice du métier à un malaise professionnel. Certains salariés ont le sentiment que leurs compétences sont effacées. D'autres en réaffectation ont l'impression de faire le travail de quelqu'un d'autre. Ils éprouvent un doute sur la reconnaissance de leur capacité de faire malgré une longue expérience de travail. Ce malaise au travail se double du sentiment d'un travail empêché ou contrarié qui crée de l'insatisfaction. Les subordonnés reprochent à leur encadrement d'ignorer leur travail et les soupçonnent d'être indifférents à tout ce qu'ils engagent dans ce travail.

Si l'on peut parler d'un malaise dans l'organisation, c'est également un malaise par l'organisation dont il est question. En effet, des conflits existent à propos des manières de concevoir l'efficacité de l'entreprise et la qualité du service, marqués par une tension avec la hiérarchie. Se donne à voir un décalage entre la perception de ce qu'on leur demande de faire comme techniciens et ce qu'ils estiment devoir être fait du point de vue professionnel pour satisfaire le client, mais également pour pérenniser l'entreprise par une activité d'organisation qu'on leur refuse. Comme l'expriment les auteurs, l'agent n'est pas qu'un homme de métier, il est aussi un homme de gestion qui veut disputer à l'encadrement le monopole de la définition des règles d'efficacité.

Ce malaise devient donc malaise professionnel car se développe une conflictualité avec la hiérarchie qui ne les reconnaît ni dans leurs compétences ni dans leur prétention à discuter de la gestion de l'entreprise.

Les auteurs montrent alors comment les techniciens sont dans l'obligation de prendre des responsabilités d'organisation. Le travail d'organisation, ce n'est pas seulement exercer son métier, c'est aussi organiser au nom d'une certaine vision de l'efficacité de l'entreprise. Leur revendication ici n'est pas de s'opposer à l'encadrement dans une relation de pouvoir mais de composer avec lui ; il ne s'agit pas de contester l'efficacité des règles en vigueur, mais de co-élaborer ces règles. Ce qui est revendiqué, c'est donc davantage de coopération avec la hiérarchie. Ce que les auteurs nomment « responsabilité individuelle à organiser » ne leur est finalement pas reconnu.

Travailler c'est aussi confronter des règles aux situations et les interpréter, inventer des procédures plus pertinentes, désobéir à la règle lorsque son application fait problème. Mais là aussi, ce travail reste largement méconnu, et soumis à l'indifférence de la hiérarchie.

Pour les auteurs, ce qui fonde le malaise dans l'organisation, c'est d'une part, une méconnaissance et un déni de l'importance du travail d'organisation dans les activités professionnelles ; et c'est, d'autre part, l'existence d'un conflit entre deux

conceptions de l'efficacité. Mais attention, nous disent-ils, on ne peut ranger les causes du mal-vivre du seul coté de l'encadrement et les conséquences du seul coté des agents. Les malaises impactent l'ensemble des acteurs de l'organisation, même si le malaise s'exprime de manière différente en fonction de la position occupée. Le sentiment d'effacement de soi envahit tous les acteurs de manière indifférenciée. L'épuisement organisationnel gagne toutes les couches car l'incertitude sur l'avenir est une inquiétude partagée par tous.

Dans ce contexte de malaises, les auteurs montreront aussi que ces derniers ne sont pas inéluctables mais qu'ils résultent du travail et de son organisation qui dans sa forme récente, rend difficile l'engagement professionnel de chacun. Le mal-être pourrait finalement être vu comme la conséquence de la manière dont les décisions sont prises (elles peuvent être imposées ou négociées), de la manière dont les choix sont effectués (arbitraires ou équitables), ou dont les orientations sont énoncées (floues et incertaines, claires et stables).

La contribution de M.-A. Dujarier[49] s'appuie également sur cette notion de travail d'organisation, mais lui imprime un autre sens : c'est une activité singulière qui s'ajoute aux autres activités de travail : au travail de direction, au travail d'encadrement de proximité, au travail d'exécution. En s'appuyant sur une recherche conduite dans les organisations de service de masse, elle analyse très finement au travers d'entretiens cliniques les pratiques de construction de l'organisation. Elle montre que le travail d'organisation, compris comme « médiation de contradictions à divers niveaux de l'organisation », tend à être esquivé et reporté sur les individus isolés : ceux-ci sont invités à prendre sur eux le travail d'organisation, au risque de vivre une activité impossible.

Dans l'analyse du travail des prescripteurs, elle montre que ce travail d'organisation fait l'objet d'un évitement. Ceux-ci se contentant de fabriquer une organisation à base de prescriptions idéales, irréalistes et contradictoires. La prescription et le contrôle sont fabriqués par spécialités dans des espaces cloisonnés. Plus les fonctionnels ont le souci de bien faire, plus la prescription sera abondante, sophistiquée, innovante et complexe. L'observation de l'auteur montre qu'elles sont très exigeantes : qualité totale, satisfaction absolue, et fréquemment contradictoires entre elles.

Lorsque ces injonctions tombent chez les opérationnels, elles n'ont pas fait l'objet d'une confrontation avec la réalité de l'activité ni d'un travail de médiation des contradictions. On laisse à l'encadrement de proximité le soin de réparer ces failles. Celui-ci se limite donc à produire une « norme d'idéal ». L'encadrement de proximi-

---

[49] Dujarier M.-A., (2008), « "Prendre sur soi" »: l'individualisation du travail d'organisation », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 107-118.

té (directeur, cadre de proximité, chef d'équipe) développera trois types de stratégies pour procéder à un travail d'organisation local : se défoncer pour atteindre la norme idéale prenant en charge ce que les supérieurs n'ont pas fait ; travailler sur les règles (en inventer de nouvelles pour que ça marche), ce qu'elle nomme la défausse ; enfin, renoncer à faire le travail que d'autres n'ont pas voulu faire en amont : c'est un travail contre les règles en vigueur.

Enfin, elle analyse le travail d'organisation au niveau des opérationnels, situés en bout de chaine, face au client ou devant leurs machines. Ces derniers s'activent en plus de leur travail pour s'aligner à ce qui est attendu par l'encadrement, en remplissant des formulaires et des dossiers avec application, mais avec une indifférence sur la valeur : c'est la simulation du travail prescrit. Ils peuvent également faire un travail de traduction : pour faire coller la réalité aux attendus du formulaire, c'est un travail de dissimulation du travail réel, une ruse plus qu'une tricherie. Il faut donc savoir être agile dans la manipulation des outils de contrôle, car le travail que l'on fait vraiment, lui, est inévitablement insuffisant au regard de la prescription idéale. Ainsi, ce que l'auteure nous montre, c'est qu'au travail productif réel, se rajoute : le travail d'organisation, le travail de simulation et de dissimulation.

En clair, ce que l'auteure appelle « la norme d'idéal » est un défaut de travail d'organisation qui repousse sur les niveaux les plus bas l'arbitrage des contradictions techniques, éthiques, économiques. Si participer au travail d'organisation a été longtemps une revendication, les enjeux étant multiples (social, politique, pratique, individuel), on se rend compte qu'il comporte des épreuves et cette participation peut devenir coûteuse pour l'individu.

L'auteure nous explique en conclusion que la normalisation de l'idéal et la délégation du travail d'organisation créent un contexte socio-organisationnel dans lequel les sujets sont conduits à prendre sur eux des contradictions. Lorsqu'ils n'y arrivent plus, il est courant d'appeler le « psy » à son secours. Et au processus d'individualisation vient s'ajouter celui de la psychologisation : l'individu est encore renvoyé à lui-même et à sa capacité de prendre sur lui le coût de ce mal-travail d'organisation. Et l'on assiste à une inversion : si le sujet échoue à résoudre les problèmes organisationnels, on dira alors de lui qu'il est un problème pour l'organisation.

2.3. La précarité des institutions de travail

Les analyses mettront ici l'accent sur l'existence d'une précarité des statuts et des contextes.

Nous évoquerons tout d'abord une grande enquête à laquelle nous avons participé (C. Saint-Martin)[50] dans le cadre d'un projet européen[51] portant sur la situation professionnelle des cadres de la net-économie, étude menée dans cinq pays d'Europe du Sud et portant sur 700 entreprises. Nous sommes partis d'une réalité paradoxale : dans le secteur de la net-économie, du personnel hautement qualifié et donc a priori plus protégé que d'autres catégories socioprofessionnelles est cependant affecté par un processus de précarisation qui touche leurs conditions d'employabilité, de travail et de formation. Nous nous sommes ainsi intéressés aux facteurs de risques susceptibles de fragiliser les contextes de travail et de déstabiliser cette catégorie professionnelle particulière que sont les cadres de la net-économie.

Un premier enseignement tiré de ce travail est que la précarité des cadres est inscrite dans les conditions structurelles mêmes de ces entreprises : ce sont des entreprises indépendantes mais tributaires du développement d'autres sociétés dans un secteur hyperconcurrentiel ; les technologies utilisées portent sur des biens immatériels et sont soumises à des transformations rapides et à une obligation d'innovation incessante ; les anticipations demeurent difficiles du fait de la petite taille de ces entreprises ; il existe peu de formation continue mais surtout de l'autoformation permanente. Un autre enseignement est que cette précarité, inscrite dans le contexte, travaille d'une manière singulière le statut et les relations professionnelles. Ainsi, par exemple, la pression vécue quotidiennement devient une qualité de la fonction, au même titre que son aspect créatif, l'autonomie et la responsabilité qui la rendent attractive.

Autre enseignement, la dégradation ou l'amélioration des conditions de travail est immédiatement associée aux risques du marché devenu menace potentielle. Il convient donc dans ces milieux de « savoir travailler avec le risque », de mobiliser des capacités individuelles de résistance au stress, à la pression, aux abus de pouvoir même. On naturalise ainsi les aspects contraignants en externalisant la contrainte. De même pour les situations d'autorité : la soumission au marché, au client, devient

---

[50] Saint-Martin C., (2008), « La précarisation des cadres dans un secteur à « haut risque » : la net-économie », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 147-160.

[51] Cette enquête a été réalisée entre 2002 et 2005 dans le cadre d'un programme d'action communautaire en matière de formation professionnelle « Leonardo Da Vinci » - Projet européen intitulé FORCO-PRECANET.

valeur de référence et peut contribuer à masquer ou détourner les formes d'autorité qui se développent à l'intérieur même de l'entreprise.

La précarité constitue ici un processus qui accompagne le travail des cadres et devient qualité professionnelle : la culture du risque, de l'urgence et de la performance peut conduire les cadres à appréhender ces situations qui les fragilisent comme constitutives de leur activité, certains revendiquant l'idée de se mettre en danger, de relever des défis, d'être sur la brèche. Et même si tous ne sont pas dans cette norme du travail, les mécanismes d'adaptation des salariés à l'incertitude, au risque, par appropriation ou anticipation, dévoilent un processus en jeu d'intériorisation des contraintes dans le travail.

Evoquons le travail de Béatrice Appay[52] qui, reposant sur un ensemble d'études de cas et d'informations recueillies auprès de personnes travaillant sur des secteurs différents (automobile, nucléaire, etc.…), va déplacer notre regard vers un niveau macro-social. Sa démarche vise à construire des formalisations intermédiaires à propos des phénomènes liés aux transformations du travail et s'appuie en cela sur la mobilisation de deux concepts, celui d'« autonomie contrôlée » et de « précarisation ».

Elle considère « l'autonomie contrôlée » comme un principe organisationnel qui provoque la souffrance et construit en même temps son déni. En effet, les salariés comme les travailleurs indépendants sont soumis à des impératifs de réussite tout en étant sans cesse menacés d'échec. Il s'agit d'un système paradoxal dans lequel la souffrance sociale grandit, le sentiment d'impuissance collective et personnelle également. La disproportion entre la puissance de la contrainte organisationnelle et la réalité individuelle, la charge qui pèse sur l'individu et ce qu'il est en mesure de faire peut produire des situations dramatiques au travail et hors travail. Le problème, c'est de faire reconnaître la montée en puissance de ces systèmes organisationnels maltraitants.

Ce concept d'autonomie contrôlée sous-tend par ailleurs une nouvelle réalité du contrôle social et de la domination qui s'installe. La gouvernance d'entreprise est centrée sur un contrôle social individualisé des comportements, de l'engagement et de la loyauté dans l'organisation, et comme nous le dit l'auteure, « les centres stratégiques de commandement qui visent leur propre puissance, ne peuvent s'afficher comme tel sous peine de perdre le bénéfice que leur procure l'autonomie des acteurs

---

[52] Sociologue, Chargée de recherche CNRS. Directrice de recherche. Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS). Université Paris 5 René Descartes / CNRS.
Appay B., (2008), « Précarité, précarisation. Vers un nouveau paradigme ? », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 161-170.

et leur surinvestissement »[53]. Dans ce système plus que dans tout autre les dirigeants et les experts, tout en exigeant la transparence, doivent entretenir leur propre opacité, et promouvoir des systèmes d'interprétation qui ne les débusquent pas.

Autre apport de sa réflexion : La « précarisation sociale » sert à nommer un phénomène central qui caractérise la réorganisation des sociétés contemporaines et qui place l'externalisation au centre de l'analyse. Ainsi, par exemple, la sous-traitance permet aux entreprises donneuses d'ordre de s'affranchir de certaines contraintes internes et de déléguer aux entreprises sous-traitantes la réactivité, la flexibilité, l'innovation, l'implication des salariés dans l'amélioration de la performance. L'externalisation et les délocalisations viennent compléter cette réforme de la gouvernance des entreprises avec différentes conséquences jouant sur les statuts protecteurs des individus, et la possibilité de mouvements sociaux ; une externalisation en cascade des responsabilités, des coûts, des risques, qui au final retombent sur les individus.

Elle relève également un processus de fragmentation des espaces productifs en petites unités mieux contrôlables (réseau d'entreprises en compétition). La concentration économique est fondée paradoxalement sur une fragmentation productive et salariale, mieux contrôlable.

La précarisation est donc ici considérée comme « une double institutionnalisation de l'instabilité dans et par les restructurations productives et la flexibilisation salariale, les transformations législatives afférentes au travail, à l'emploi et à la protection sociale »[54]. Les transformations de l'univers productif peuvent ainsi être interprétées comme un processus de mise en précarité.

Conclusion

En conclusion de cet exposé, nous avancerons plusieurs propositions :

- La contribution des sciences humaines et sociales à la compréhension de ce qu'est le travail aujourd'hui.

La mise en perspective des différentes thématiques de la santé, de l'organisation, du travail nous apporte un éclairage riche et fécond sur les transformations en jeu. Appréhendé d'un point de vue micro-sociologique ou macro-sociologique, ces transformations du travail interrogent. Elles obligent à reconsidérer les figures classiques de l'analyse du travail et à promouvoir un approfondissement, un renouvellement

[53] Appay B. op.cit., p. 163.
[54] Appay B., op.cit., p. 163.

conceptuel permettant de traduire scientifiquement cette réalité : intensification du travail, individualisation, flexibilité, productivisme réactif, autonomie contrôlée, hyper rationalité, travail d'organisation, usure professionnelle sont quelques-uns des concepts abordés par les auteurs pour décrire les multiples réalités du travail.

Les formes actuelles de la précarité, de la précarisation, interrogent aussi de manière nouvelle l'univers de la prescription, conduisent à formuler de nouvelles hypothèses scientifiques autour des questions de l'autonomie et de la contrainte en organisation, du management et des dynamiques de la domination, du sens et de la valeur du travail, mais également les questions du bien-être ou celles du risque, pour ne citer que quelques exemples.

- L'existence de rapports complexes et réciproques entre santé et travail.

Il n'y a en effet pas de relation mécanique et simple du fait, d'une part, de la trajectoire singulière de chacun, et d'autre part, de la variabilité des situations dans lesquelles chacun est inséré.

- Le vrai sujet de la précarité : l'organisation.

On voit bien comment la place et la force de ce « travail d'organisation » inscrit au cœur des activités professionnelles, donnent des clés de compréhension aux situations de mal-être au travail. Comme le dit Gilbert De Terssac, « le patient c'est aussi l'organisation ».

Ces études permettent de réfléchir sur la production de certaines représentations qui font reposer les solutions au mal-être ou à la souffrance au travail sur des schémas de pensée ou des catégories elles-mêmes inspirées ou issues de ce processus d'individualisation et de psychologisation des problèmes des individus au travail.

- Interroger la banalisation et/ou la normalisation de la précarité qui s'inscrit progressivement dans les univers de travail.

C'est en prenant quelques exemples dans les différents champs, celui de la santé, du travail ou des organisations, que l'on peut saisir des indicateurs de cette « banalisation ». Dans le domaine de la santé par exemple, le déplacement du regard de symptômes comme les souffrance au travail, les stress, ce que l'on nomme aussi la « mauvaise fatigue »[55], d'un niveau collectif impliquant la prise en compte des conditions de travail, à un niveau plus individuel par la médicalisation du problème, n'est pas anodin. La gestion du stress ou de la souffrance devient désormais une affaire individuelle, ramenée à une capacité, voire une compétence individuelle à faire face aux nouvelles conditions de travail. Dans le milieu de l'organisation également,

---

[55] Loriol M., (2000), *Le temps de la fatigue, la gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.

nous savons maintenant que l'externalisation de la contrainte, celle du marché, favorise l'acceptation de la précarité interne à l'entreprise. Les mécanismes d'adaptation des salariés à l'incertitude, au risque, dévoilent un processus en jeu d'intériorisation des contraintes dans le travail. Nous sommes donc face à des ordres de transformations qui interrogent aussi d'un point de vue plus global.

Alors, quel point de vue et quelle position scientifique adopter pour penser aujourd'hui ces phénomènes en jeu, ces processus à l'œuvre qui, dans leurs multiples figures, les nouveaux comportements au travail, la transformation de l'expérience et du sens subjectif accordés au travail, les nouveaux cadres ou dynamiques de la domination sociale, semblent marquer une installation solide dans la durée d'un certain état de société, de relations sociales et de rapports sociaux et d'une vision du monde qui tend à la légitimer ?

- Appay B., (2008), « Précarité, précarisation. Vers un nouveau paradigme ? », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 161-170.
- Castel R., (2006), « Et maintenant, le "précariat…" », *Le Monde*, 29 avril.
- Cingolani P., (2005), *La précarité*, Paris, PUF, coll. Que Sais-Je ?
- De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), (2008), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats.
- De Terssac G., Christian D., (2008), « Malaise dans l'organisation », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 87-105.
- Dujarier M.-A., (2008), « "Prendre sur soi" »: l'individualisation du travail d'organisation », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 107-118.
- Gollac M., (2008), « Le bonheur au travail : une question de statut ? », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 7-27.
- Hélardot V., (2008), « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 73-84.
- INSEE, (2007),-Travail et modes de vie - 1997, Enquête nationale sur les conditions de travail en France- 2007.
- Lapeyre N., Thébault C., (2008), « Quand vient le temps de l'usure. L'expérience des senior-e-s exerçant à l'hôpital et dans le secteur aéronautique », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 61-71.
- Loriol M., (2000), Le temps de la fatigue, la gestion sociale du mal-être au travail, Paris, Anthropos.
- Maquié J.-C., Ansiau D., (2008), « Age et travail : les conditions du développement durable des compétences », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 43-59.

- Saint-Martin C., (2008), « La précarisation des cadres dans un secteur à « haut risque » : la net-économie », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 147-160.
- Volkoff S. (2008), « L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé », in De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C., (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octares, coll. Le travail en débats, pp. 29-40.

Santé au travail : stratégie européenne et dynamique des acteurs

Laurent VOGEL[56]

Cette intervention se divise en trois parties. La première partie se penche sur l'état de la santé au travail en Europe. Si on parle de stratégie, il faut voir par rapport à quelle réalité on intervient. La seconde partie présente la nouvelle stratégie de la Commission européenne, ainsi que la position des principaux acteurs par rapport à cette stratégie. La troisième partie reprend quelques observations sur la situation des services de prévention en Belgique. Il est utile que les services externes de prévention s'interrogent sur leur rôle, sur la cohérence de leur action par rapport à la prévention et sur leur identité en tant qu'acteurs de santé.

Vous verrez que dans les observations faites à propos de la Belgique, l'approche comparative est souvent utilisée. En effet, en comparant la situation de la Belgique avec celle d'autres pays, on bénéficie d'une distance qui permet peut-être de préciser un certain nombre de critiques et de souligner des failles que les discours officiels ne voient pas ou occultent.

1. Première partie : L'état de la santé au travail en Europe et le contexte communautaire

1.1. L'état de santé en Europe

L'état de la santé au travail en Europe peut être représenté sous la forme d'un iceberg. Il existe bien sûr des statistiques qui concernent la part la plus visible : les accidents de travail, les maladies professionnelles, l'absentéisme, le turnover. Par contre, nous disposons de beaucoup moins de données qui permettraient de mesurer l'impact du travail sur la durée totale de la vie professionnelle. En Belgique, la situation est aggravée par l'absence presque totale de données sur l'impact immédiat, di-

[56] Directeur du Département santé et sécurité à l'Institut Syndical Européen. Site internet: http://hesa.etui-rehs.org/fr. Professeur à l'ULB

rect et perçu sur la santé des maladies liées au travail. Nous avons un énorme retard par rapport à d'autres pays d'Europe. Par exemple en France, l'enquête *Sumer* est beaucoup plus riche que les maigres données belges. Elle passe par une interview systématique par des médecins du travail de dizaines de milliers de salariés. Ce genre d'enquête donne une idée beaucoup plus précise de l'état de santé perçu et de ses rapports avec les différents aspects des conditions de travail. Des enquêtes nationales importantes sur les conditions de travail existent dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Il y a une triple carence en Belgique. Nous n'avons aucune enquête nationale sur les conditions de travail (même si une enquête est prévue pour l'avenir) qui permettrait d'informer une stratégie concrète et efficace. Par ailleurs, nous n'avons aucune remontée systématique d'information de la part de la médecine du travail. Des centaines de milliers d'examens ont lieu chaque année et aucune socialisation de ces données n'est organisée. Les rapports annuels des services de prévention sont traités comme de simples documents administratifs. Aucun effort n'est fait pour en extraire une information utile afin d'améliorer les stratégies publiques de prévention. Enfin, il n'y aucune remontée d'information de la part des autres acteurs de la santé, comme les médecins généralistes ou les médecins spécialistes, sur les liens entre les conditions de travail et différentes pathologies. Dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, la France, l'Espagne ou l'Italie, il existe des réseaux de vigilance épidémiologiques qui permettent de détecter les liens qui existent entre un certains nombre de pathologies et les conditions de travail. A cette longue liste de carences s'ajoute également l'inattention de l'essentiel de la recherche menée en santé publique par rapport aux conditions de travail et d'emploi. A titre d'exemple, citons l'exemple français de l'enquête GISCOP 93. C'est un bon exemple de recherche active de l'origine professionnelle des maladies. Il s'agit d'une expérience très intéressante qui se déroule actuellement en Seine-St-Denis. Elle consiste à prendre l'ensemble des malades atteints d'un cancer dans trois hôpitaux du département et à reconstruire avec eux leurs itinéraires professionnels de manière à vérifier s'ils ont été exposés dans leur vie professionnelle à des agents cancérogènes. Les premiers résultats de l'enquête indiquent que plus de 80% des patients dont l'itinéraire professionnel a été reconstruit ont été à un moment ou l'autre de leur vie professionnelle exposés à des agents cancérogènes.

Cette recherche met en avant l'importance des conditions concrètes d'exposition et notamment comment le développement du travail précaire a privé une partie des travailleurs exposés de l'amélioration des politiques de prévention dont a pu bénéficier une partie des travailleurs stables de grandes entreprises. Ainsi, l'équipe de GISCOP a pu distinguer cinq types de situation[57] :

---

[57] Ce passage est basé sur l'exposé présenté par Annie Thébaud-Mony, (2008), *Cancer et travail. Enquête pluridisciplinaire en Seine Saint Denis. Le poids de la précarisation*, 7e Forum Santé Travail, Toulouse, 19 juin.

- Des processus de production de haute technologie supposant l'utilisation de produits très dangereux (exemple : l'industrie électronique). Dans ces processus, en général, les substances sont bien identifiées, des protections collectives sont efficaces. On observe peu ou pas d'exposition en production.

- Des processus de production supposant l'utilisation de produits cancérogènes et/ou la production de cancérogènes par processus de dégradation, dont les dangers pour l'opérateur sont à effet différé et n'ont pas d'incidence sur la production elle-même (exemple : l'imprimerie). Dans ces processus, les substances sont bien identifiées. Par contre, les protections collectives et/ou individuelles restent peu systématiques et les expositions plus ou moins maîtrisées.

- La maintenance, l'entretien et la réparation, fonctions qui contribuent indirectement à la production (exemple : maintenance industrielle, réparation automobile). En général, les substances sont identifiées dans les « métiers » dominants. Par contre, dans les activités considérées comme périphériques, les conditions sont beaucoup moins favorables. De nombreux agents cancérogènes sont issus des processus de dégradation.

- Les chantiers du bâtiment et des travaux publics, qui combinent tout un ensemble de fonctions (démolition, rénovation, construction et reconstruction) et de métiers (maçons, plombiers, électriciens…). Dans ce secteur, on constate aussi que les substances sont généralement identifiées dans les « métiers » dominants et que les politiques de prévention sont très insuffisantes dans la plupart des situations périphériques.

- Le nettoyage et la gestion des déchets, qui représentent des coûts la plupart du temps improductifs (nettoyages des avions, gestion de déchets chimiques). On observe généralement une méconnaissance par les experts des procédés de travail, des substances, des produits de dégradation. La plupart des expositions ne sont même pas identifiées.

Dans une étude comme celle-ci on voit le rôle central joué par les conditions de travail dans les inégalités sociales de santé. Il faudrait préciser : des conditions de travail et d'emploi dans la mesure où au-delà des conditions concrètes de travail, les modalités d'emploi peuvent limiter de façon significative la mise en œuvre de stratégies de défense de la santé. Ici encore, on ne peut que répéter le constat : carence totale de la recherche en Belgique et cette carence reflète directement la réticence des politiques de santé publique à affronter le thème des inégalités sociales de santé. On ne dispose pas en Belgique d'études longitudinales qui mesurent l'impact du travail

sur la santé non pas au moment « x » où l'on se trouve en face d'une personne donnée, mais qui essayent de suivre le parcours professionnel et l'histoire de santé de cette personne sur une période relativement longue. Si nous voulons apprendre quelque chose il faut donc se tourner vers d'autres pays. A titre d'exemples, citons les études Whitehall au Royaume-Uni et l'étude Gazel en France qui permettent de suivre des populations statistiquement significatives de travailleurs sur des longues périodes, dépassant parfois vingt ans. Ces recherches permettent de procéder à des constats beaucoup plus précis et détaillés que les enquêtes qui portent sur l'instantané.

La santé est bel et bien affectée par le travail. Ainsi, rappelons que dans l'Union européenne, un gros tiers des travailleurs disent qu'au moment où ils sont interrogés, le travail a un impact négatif sur leur santé. Le chiffre pour la Belgique n'est pas très éloigné de la moyenne européenne, il est un tout petit peu plus favorable puisqu'on est autour de 30 %, sans différence majeure entre les hommes et les femmes.

Un indicateur, plus intéressant pour mesurer l'impact global d'exposition cumulée, est fourni par les réponses à la question : est-ce que vous pensez pouvoir faire le même travail à l'âge de 60 ans ? On se rend alors compte que la situation en Belgique n'est pas particulièrement favorable. 54 % des hommes en Belgique et 49 % des femmes répondent positivement : « oui, je crois que je pourrais continuer à faire le même travail à l'âge de 60 ans ». On est en-dessous de la moyenne européenne.

Ici, la perception négative est beaucoup plus forte chez les femmes que chez les hommes alors qu'elle était légèrement plus favorable en ce qui concerne l'impact immédiat pour les femmes.

Ajoutons que dans ces enquêtes, on ne compte pas les gens qui sont sortis du marché du travail parce que leur santé était déjà suffisamment dégradée.

Pour avoir une vision plus nuancée et plus précise, il faut se pencher sur les enquêtes concernant les inégalités sociales de santé car celles-ci prennent en compte tout le monde, ceux qui sont restés sur le marché du travail mais aussi ceux qui sont sortis du marché du travail. En reprenant des données françaises concernant l'espérance de vie à l'âge de 35 ans en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles[58], on constate, en ce qui concerne les ouvriers, hommes, un double phénomène. D'une part, il y a une forte différence en terme d'espérance de vie entre les ouvriers et les couches les plus privilégiées, les cadres supérieurs. Elle est de l'ordre de six ans. Il y a une différence encore plus importante par rapport à l'espérance de vie sans incapacité. La différence est de l'ordre de dix ans. Un ouvrier qui a atteint l'âge de 35 ans a comme espérance de vie sans incapacité une durée de 24 ans. Il peut arriver à l'âge de 59 ans sans incapacité. Le cadre supérieur à l'âge de 35 ans a une espé-

[58] Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., (2008), « La double peine des ouvriers. Plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n°441, janvier.

rance de vie sans incapacité de 34 ans, c'est-à-dire qu'il pourra quand même arriver à l'âge de 69 ans sans incapacité. Pour les femmes, en matière d'espérance de vie tout court, et c'est un phénomène connu qui n'est pas propre à la France, les différences sont moins marquées. Elles sont de l'ordre de 2 ans. Par contre, si l'on prend l'espérance de vie sans incapacité, on retrouve un écart presque aussi important que chez les hommes, c'est-à-dire un écart supérieur à neuf ans entre les ouvrières et les cadres supérieures.

Tableau 1 : Espérance de vie à 35 ans (hommes en France, 1999-2003)[59]

	Esp. vie à 35 ans avec incapacité	Esp. vie à 35 ans sans incapacité	Esp. vie totale à 35 ans
Cadres supérieurs	12.6 ans	34.0 ans	46.6 ans
Ouvriers	16.5 ans	24.4 ans	40.9 ans
Total population	15.1 ans	27.7 ans	42.8 ans

Tableau 2: Espérance de vie à 35 ans (femmes en France, 1999-2003)[60]

	Esp. vie à 35 ans avec incapacité	Esp. vie à 35 ans sans incapacité	Esp. vie totale à 35 ans
Cadres supérieurs	15.5 ans	35.4 ans	50.9 ans
Ouvrières	21.8 ans	26.8 ans	48.6 ans
Total population	20.0 ans	28.8 ans	48.8 ans

[59] Cambois E., Laborde C., Robine J-M., *op.cit*.
[60] Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., *idem.*

Ces données permettent de supposer qu'il y a, tant pour les hommes que pour les femmes, un impact important des conditions de travail sur la dégradation de la santé, mais les chemins empruntés par cette dégradation ne sont pas nécessairement les mêmes pour les femmes et pour les hommes. Pour les femmes, cela concerne beaucoup plus l'usure par le travail, que des causes directes de mortalité que l'on va trouver plus fréquemment chez les hommes. La ségrégation sexuelle des emplois est un des éléments d'explication de cette différence.

Parmi les causes de mortalité, deux jouent un rôle particulièrement important dans la production d'inégalités sociales de santé : les cancers et les maladies cardiovasculaires. Limitons-nous ici aux cancers.

Si l'on prend les estimations les plus fréquentes dans la littérature scientifique, de l'ordre de 4% à 8% des cancers seraient attribuables aux conditions de travail[61]. Les estimations considèrent généralement que le rôle des conditions de travail dans l'apparition de cancers concerne principalement les hommes. Pour les femmes, les estimations sont généralement très basses, de l'ordre de 1% à 2%. Cela reflète aussi l'insuffisante attention apportée aux travailleuses dans la production épidémiologique et il est raisonnable de penser que ces pourcentages sont sous-estimés.

Combien de travailleurs sont exposés à des agents cancérogènes ? A défaut de données précises pour la Belgique, utilisons les données françaises. A peu près 13,5 % en moyenne de travailleurs sont exposés à des agents cancérogènes[62].

Au-delà de ce pourcentage, il faut bien entendu examiner quelles sont les conditions dans lesquelles les travailleurs sont exposés. Il faut inclure dans l'évaluation du risque le niveau réel de prévention. Dans ce domaine, la question la plus pertinente est de savoir parmi les travailleurs exposés quels sont ceux qui sont dépourvus de prévention collective.

---

[61] L'estimation basse se trouve dans : Doll R., Peto R., (1981), *The cause of cancer : quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today*, Oxford University Press. L'estimation haute dans : Nurminnen M., Karjalainen A., (2001), “Epidemiologic estimate of the proportion of facilities related to occupational factors in Finland”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(3), pp. 161-213.

[62] Guignon N., Sandret N., (2005), « L’exposition aux produits cancérogènes », *Premières synthèses*, n° 28.1.

Tableau 3 : Pourcentage de travailleurs exposés à des substances cancérogènes en France

	Exposés à des substances cancérogènes	Parmi les exposés : sans protection collective
Tous les travailleurs Moins de 25 ans	13.5 17.1	42.3 42.6
CONSTRUCTION INDUSTRIE AGRICULTURE SERVICES	34.9 21.2 21.9 8.7	51.8 33.9 77.8 40.9
CADRES PROFESSIONS INTER-MEDIAIRES	3.3 11.1	24.0 35.0
OUVRIERS QUALIFIES OUVRIERS NON QUALI-FIES	30.9 22.5	43.6 47.1

Source : enquête SUMER, 2003

Que constate-t-on ? Chez les ouvriers, on observe une surexposition aux agents cancérogènes (30 % chez les qualifiés, 22 % chez les non qualifiés). A l'inverse, chez les cadres, cette exposition se limite à 3,3 % de la population. Il faut surtout relever que chez les ouvriers non qualifiés ainsi que dans les secteurs de la construction et l'agriculture, on a des pourcentages très élevés de travailleurs exposés à des agents cancérogènes sans qu'aucune forme de prévention collective n'ait été mise en place. Les carences de la prévention aboutissent à une mise en danger massive de ces travailleurs. Avec évidemment des conséquences sur la santé beaucoup plus lourdes que si des formes de prévention collective avaient été mises en place.

Si l'on se penche sur la qualité de la vie plutôt que sur la mortalité, les constats ne sont guère plus favorables. Sur la question du vieillissement, on peut voir à quel point la biologie peut être façonnée par les rapports sociaux et en particulier par les conditions de travail. Un certain nombre de symptômes pathologiques sont parfois considérés de manière superficielle et banale comme étant liés automatiquement au vieillissement. En fait, les conditions de travail constituent un élément important

pour comprendre les modalités concrètes de vieillissement. L'enquête française SVP 50 porte sur des travailleurs âgés d'au moins 50 ans. Pour les travailleurs qui n'ont jamais travaillé sous pression, on observe une moindre prévalence des atteintes à la santé : par exemple, 24 % de troubles de la mémoire. Pour ceux qui ont travaillé sous pression dans le passé, les troubles de la mémoire sont plus fréquents (34 %). Pour ceux qui travaillaient sous pression au moment de l'enquête, le pourcentage de personnes souffrant de troubles de la mémoire passe à 37 %.

Tableau 4 : Part des >50 ans présentant des troubles de santé (SVP 50, 2003, FR) : le lien avec l'organisation du travail

	Jamais travaillé sous pression	Sous pression dans le passé	Sous pression actuellement
Douleurs	53%	65%	66%
Fatigue	43%	55%	61%
Troubles du sommeil	35%	46%	51%
Troubles de la mémoire	24%	34%	37%
Santé dégradée ces dernières années	23%	35%	41%

En d'autres termes, les stratégies de prévention par rapport au vieillissement ne peuvent porter de fruits que si l'on commence dès le premier jour de travail et si l'on a la volonté de s'attaquer à l'organisation du travail. Une stratégie par rapport au vieillissement qui ne considère que la situation des travailleurs vieillissants est une stratégie incomplète. C'est dès le premier jour de travail que commence la prévention contre les effets négatifs pour la santé du vieillissement.

Voici donc brossé en quelques traits un état de la santé au travail en Europe. De nombreuses autres questions auraient encore pu être abordées, mais on peut déjà retenir deux choses à ce stade : la contribution importante des conditions de travail au creusement des inégalités sociales de santé et l'état misérable de la production des connaissances sur cette question en Belgique.

1.2. Le contexte communautaire

Comment décrire la stratégie communautaire ? Il faudrait partir de l'évolution des conditions de travail. Trois mots-clés peuvent être mis en évidence : il s'agit de l'intensification du travail, de la précarisation des conditions d'emploi et de travail et de la ségrégation de femmes au travail. Les exposés précédents ont déjà abordé ces questions. Cette intervention se limitera donc au troisième aspect concernant la ségrégation de femmes au travail. En examinant les données de l'enquête européenne sur les conditions de travail, on peut constater que les femmes qui travaillent à temps partiel travaillent plus que les hommes qui travaillent à temps plein lorsque l'on considère à la fois le travail rémunéré et le travail non rémunéré. Et il n'y a pas de progrès notable d'une enquête à l'autre. En dépit des politiques d'égalité, la division sexuelle du travail reste caractérisée par un sur-travail important des femmes "en échange" d'une part très réduite des revenus et des patrimoines.

Tableau 5 : Durée totale du travail dans l'Europe des 27 en 2005

	Travail rémunéré	Travail non rémunéré	Total
Femmes temps plein	40 h	23 h	63 h
Femmes temps partiel	21,3 h	32,7 h	54 h
Hommes temps plein	43,1 h	7,9 h	51 h
Hommes temps partiel	23,5 h	7,3 h	30,8 h

Source : Enquête européenne sur les conditions de travail

Au-delà de ces trois grandes tendances qui, sous des modalités différentes, caractérisent l'ensemble des pays de l'Union européenne, on doit souligner que l'Europe reste dramatiquement en manque d'harmonisation dans le domaine des conditions de travail. Vers la fin des années 60, on a commencé à dire que la construction écono-

mique de l'Europe ne trouvait de justification que s'il y avait parallèlement une égalisation dans le progrès des conditions de vie et de travail.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que nous sommes très loin d'une situation d'égalisation. Et cela de deux points de vue. Si l'on voit les différences entre pays, il est clair qu'avec les élargissements successifs, les écarts entre les extrêmes n'ont pas arrêté d'augmenter. L'écart entre la Roumanie d'une part, et la Suède d'autre part, est évidemment très important. Mais les écarts sociaux à l'intérieur de chaque pays tendent également à s'accroître. C'est un des constats liés à la précarisation. Chaque pays, même parmi les plus opulents, contient des poches de travail où les conditions sont désastreuses. Le refus de régularisation des travailleurs sans-papiers est évidemment fonctionnel à cette tendance : les politiques gouvernementales facilitent la sur-exploitation de ces travailleurs par des employeurs sans scrupule. Les inégalités internes de chaque pays tendent à s'accroître notamment sous l'effet de la mise en concurrence des travailleurs. Autrement dit, le fait qu'il y ait un écart important entre la Suède et la Roumanie n'est pas simplement une mauvaise nouvelle pour les travailleurs roumains. C'est aussi une mauvaise nouvelle pour les travailleurs suédois parce que, sous l'effet de la concurrence, cela tend à dégrader également les conditions de travail en Suède.

2. Deuxième partie : la stratégie de la Communauté européenne 2007-2012

Quelle est la stratégie de la Communauté européenne pour la période 2007-2012 ? Peut-on utiliser le mot stratégie ? Il s'agirait plutôt d'une espèce de patchwork de quelques idées relativement mal assemblées. Un premier constat résulte d'une approche très peu ambitieuse par rapport aux problèmes mentionnés précédemment. On a un objectif visible qui tient en une espèce de grande annonce publicitaire, réduction de 25 % des accidents du travail. Jusqu'au matin de la présentation du document, le commissaire Spidla ne savait pas s'il s'agissait d'une réduction de 25% des seuls accidents ou si cela s'étendait aussi aux maladies causées par le travail. La communication écrite limite cet objectif quantitatif aux seuls accidents mais reste très discrète sur les moyens à mettre en oeuvre. Mettre l'accent sur une réduction quantitative des accidents passe largement à côté de la question. Il faut évidemment réduire les accidents du travail. Mais par rapport à l'ensemble des problèmes de santé soulevés, les accidents du travail ne constituent que la pointe de l'iceberg. C'est la pointe la plus visible. C'est celle qui coûte le plus cher aux entreprises, donc on intervient là-dessus. Mais ce n'est pas nécessairement la partie la plus importante. Si l'on considère la mortalité liée au travail, on observe un rapport d'au moins 1 à 10 entre la mortalité provoquée par les accidents du travail et la mortalité causée par

des maladies qui elles-mêmes sont liées au travail. Or sur le terrain de la réduction des maladies causées par le travail, les moyens engagés sont très faibles.

La nouvelle stratégie adoptée en 2007 ne tient pratiquement pas compte du fait qu'il y a eu un progrès sur le plan de la nouvelle réglementation concernant les substances chimiques (REACH). Le texte de la communication sur la stratégie ne mentionne pratiquement pas REACH et néglige complètement de mettre en place une articulation entre cette réglementation du marché et un renforcement de la prévention sur les lieux de travail.

C'est un point assez énigmatique, quand on se place dans la logique des institutions communautaires. Comme si la réglementation REACH ne concernait que le marché des produits chimiques d'une part, et l'environnement d'autre part, la santé au travail n'y jouant qu'un rôle secondaire. Le même problème se retrouve également en Belgique où le Ministère du travail ne prend absolument pas ses responsabilités par rapport à cette réglementation REACH et semble en laisser la gestion à d'autres acteurs. Or REACH pourrait apporter énormément d'améliorations à condition de mette en place des politiques de prévention beaucoup plus systématiques et exigeantes dans les entreprises. Ce potentiel d'amélioration est dramatiquement négligé.

Il faut aussi relever, tant au niveau communautaire qu'au niveau national, quantité de contradictions entre les objectifs affichés en santé au travail et d'autres politiques. Au moment même où on met en place la nouvelle stratégie, la Commission européenne propose une nouvelle directive sur le temps de travail qui est un facteur de régression sociale considérable. Il est difficile d'améliorer la santé au travail tout en dérégulant de façon très forte le temps de travail et en permettant des pics d'heures par semaine qui sont incompatibles avec les exigences de base en terme de santé et de sécurité. Même chose par rapport à la précarisation. Les politiques de l'emploi continuent à encourager la précarisation. L'orientation vers des "politiques actives" en sécurité sociale signifie une pression accrue sur les chômeurs pour qu'ils acceptent n'importe quel travail, dans n'importe quelles conditions. La jurisprudence très libérale de la Cour de Justice encourage la sur-exploitation des travailleurs à travers des arrêts qui justifient le refus d'appliquer les conventions collectives d'un pays par les entreprises provenant d'autres pays de la Communauté où les conditions de travail sont moins favorables.

Signalons également quelque chose qui est peu connu du grand public : la campagne actuelle de la Commission européenne, intitulée un peu naïvement *better regulation,* autrement dit "meilleure réglementation". Il s'agit en fait d'une campagne de déréglementation ou, suivant les termes utilisés aussi bien en Belgique que dans la Communauté européenne, de simplification administrative. Il s'agit en fait d'alléger le fardeau des entreprises, de les rendre moins responsables vis-à-vis de leurs travailleurs en réduisant leurs obligations d'information. Il s'agit aussi de limiter la capacité des autorités publiques de s'informer et de contrôler ce qui se passe dans les entreprises. Ainsi, une des cibles de la DG entreprises au sein de la Commission eu-

ropéenne est l'inspection du travail, accusée de représenter un fardeau trop lourd pour le patronat.

2.1. Quels sont les enjeux aujourd'hui ?

Quels sont les principaux enjeux aujourd'hui ? Un premier enjeu très important est de ne pas intervenir uniquement risque par risque. Une telle approche est largement inefficace. Il est plus important de renforcer les structures portantes de la prévention. Si on ne renforce pas ces structures-là, on peut avoir quantité d'autres objectifs, on risque d'être perdant.

Première structure portante dans les entreprises : la représentation des travailleurs.

Des études faites dans différents pays, en France, en Italie, en Angleterre montrent, que le plus souvent dans les entreprises, la différence entre une prévention purement formelle et bureaucratique et une prévention active et efficace, est l'existence d'une représentation dynamique de la part des travailleurs et de leurs organisations syndicales. Si l'on prend les données au niveau de l'ensemble de l'Union européenne, on peut estimer qu'au moins 50 % des travailleurs sont privés de toute forme de représentation en matière de santé et de sécurité. Différentes raisons interviennent : dimension de l'entreprise, statut précaire, absence d'organisation syndicale, etc. C'est certainement un défi majeur dans les années à venir. Comment renforcer la représentation des travailleurs ?

Il faut intervenir sur l'aspect quantitatif : c'est-à-dire combien de travailleurs sont couverts par une forme de représentation. Le seuil actuel pour les CPPT en Belgique (50 travailleurs) est beaucoup trop élevé. Dans la pratique, la participation directe instaurée par un arrêté royal de 2002 est une farce et elle n'existe pas dans les entreprises. Il faut aussi intervenir sur les aspects qualitatifs : c'est-à-dire quels sont les moyens, les formations, les informations, les leviers d'action qui sont mis à la disposition de ces représentants.

Au-delà des structures, il faut souligner que les questions de santé au travail posent avec force la question de la démocratie au travail. « Ne pas perdre sa vie en la gagnant » suppose que l'on puisse exercer un contrôle sur les conditions de travail. L'expérience montre à quel point l'activité autonome des travailleurs et de leurs organisations syndicales est souvent le facteur décisif d'une amélioration de la santé au travail. Poser la question de la démocratie au travail permet de lier des exigences

immédiates pour la défense de la santé avec ce qui est vraisemblablement la précondition de tout changement stratégique radical[63].

Deuxième structure portante : les services de prévention.

Ce point sera repris plus tard, en examinant la situation en Belgique. Il est clair que la situation des services de prévention est loin d'être satisfaisante dans la majorité des pays d'Europe.

Troisième structure portante : l'inspection du travail.

L'inspection du travail a été incroyablement négligée dans la plupart des pays d'Europe au cours de ces dernières années. Le nombre de tâches confiées à l'inspection du travail n'a pas arrêté d'augmenter. On le voit bien en Belgique avec la loi sur le bien-être et ensuite la loi sur la violence et le harcèlement. Il y a de plus en plus de choses à faire pour l'inspection du travail. Par contre, les moyens ne suivent pas. Et donc, l'inspection du travail ne parvient évidemment pas à accomplir ces missions.

Si l'on examine les enjeux principaux en termes d'impact sur la santé, loin de se focaliser sur les accidents, il faudrait intervenir beaucoup plus systématiquement sur les maladies causées par le travail.

Il y a certainement deux grandes priorités : l'impact de l'organisation du travail à travers notamment les troubles musculo-squelettiques et la nécessité de substituer les substances chimiques les plus dangereuses et notamment les cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR).

Les troubles musculo-squelettiques, (TMS) constituent la plainte n°1. Lorsqu'on examine la perception de la santé chez les travailleurs, c’est cette pathologie qui est rapportée de la façon la plus systématique lorsqu’existent des réseaux de surveillance épidémiologique de qualité. Les TMS constituent un symptôme de la dégradation de l'organisation du travail et un symptôme de l'intensification du travail. C'est donc évidemment une priorité, mais une priorité difficile parce qu'elle signifie intervenir sur l'organisation du travail, c'est-à-dire intervenir sur cette espèce de boîte noire que les employeurs considèrent comme étant leur prérogative absolue. D'un certain point de vue, il est plus difficile d'intervenir sur les TMS que sur d'autres pathologies qui ne nécessitent pas d’intervenir sur les questions d'organisation du travail.

Deuxièmement, la question des cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. Sur vingt ans, le pourcentage de travailleurs exposés est resté pratiquement inchangé en Europe. Il y a un problème par rapport au caractère soutenable du système de production que nous avons. Nous travaillons avec un grand nombre de

---

[63] Coutrot T., (2005), *Démocratie contre capitalisme*, Paris, La Dispute.

substances hautement toxiques et jusqu'à présent, nous ne sommes pas parvenus à réduire de façon significative ce phénomène. Le défi est le suivant : comment créer une interaction positive avec la mise en oeuvre de REACH ? Ce ne sera pas facile. REACH est un texte d'un caractère tout à fait général, et quantité de scénarios différents sont possibles sur la base de ce texte. L'histoire de REACH n'est pas écrite à l'avance. Elle dépendra des dynamiques sociales qui accompagneront sa mise en oeuvre. Vous pouvez imaginer un scénario optimiste aboutissant à la substitution d'un nombre croissant de substances particulièrement dangereuses. Vous pouvez aussi imaginer un scénario de la paralysie ou du blocage. Le texte lui-même est suffisamment complexe et ambigu pour permettre tous les scénarios.

On doit observer qu'il y a parfois des discours contradictoires entre les institutions européennes et les institutions nationales. Par exemple, le CDH a soutenu systématiquement tous les amendements de l'industrie chimique pour affaiblir REACH au Parlement européen. Faisant partie du PPE, il s'est complètement aligné sur les lobbys industriels contre la santé publique et la santé au travail. Il y a là un problème de cohérence politique qui n'est pas propre à un parti en particulier. Parfois ce qu'on fait au niveau européen, de manière discrète, et moins sous les projecteurs de l'actualité, est en contradiction avec ce que l'on fait au niveau national.

En ce qui concerne les principaux acteurs, que peut-on observer ? La Commission européenne recule devant ses responsabilités. A l'intérieur même de la Commission, il y a des conflits paralysants entre les différentes directions générales pour définir leur territoire respectif. La DG entreprises (dirigée par M. Verheugen, un social-démocrate allemand très aligné sur le patronat) tend à essayer de mettre sous tutelle les autres directions générales. Elle tend à peser de façon négative sur la santé au travail. Le patronat européen n’a pas de politique par rapport à la santé au travail. Le rôle de Business Europe, l'organisation confédérale du patronat européen, se limite à collectionner les oppositions sectorielles de chaque association patronale concernée à tout projet de réglementation de législation communautaire. C'est une sorte de front du refus permanent dès qu'il s'agit d'adopter la moindre directive en faveur de la santé au travail.

Même sur une question qui paraît aussi évidente que l'amiante, on se rend compte qu'il y a encore des stratégies de blocage de la part d'organisations patronales par rapport à son interdiction. Une entreprise comme Solvay, se bat pour continuer à importer de l'amiante pour une entreprise de production de chlore qu'elle a en Allemagne. On croyait qu'au moins sur l'amiante, le débat était clos. Il n'en est rien. La Commission européenne continue à autoriser des utilisations de l'amiante sous les pressions d'un lobby d'entreprises de la chimie, principalement Dow Chemical et Solvay.

En ce qui concerne les organisations syndicales, elles émettent toute une série de propositions. Il faut cependant être lucide, ces propositions faites à l'échelle européenne restent d'une efficacité très limitée sans la capacité de créer un rapport de

force. De ce point de vue, la situation est contrastée. Dans le débat sur REACH, les organisations syndicales sont parvenues à faire passer certaines de leurs idées notamment grâce à une alliance avec les organisations de défense de l'environnement. Le résultat a permis de contrecarrer partiellement le lobbying de l'industrie chimique. Mais sur un grand nombre d'autres points, elles ne disposent pas d'un rapport de force suffisant. Cela fait des années, par exemple, que la situation est bloquée en ce qui concerne l'adoption de valeurs-limites contraignantes ou l'inclusion des substances reprotoxiques dans la directive sur les agents cancérogènes.

En ce qui concerne les Etats membres, on peut observer une vaste gamme de positions différentes. Un Etat peut avoir une position très avancée sur un dossier et adopter une position beaucoup moins avancée sur d'autres. Les logiques restent principalement des logiques nationales. Les Etats réfléchissent relativement peu à la cohérence de la politique communautaire. Ils s'efforcent surtout de faire en sorte d'ajuster la politique communautaire par rapport à des priorités ou des non priorités nationales. C’est certainement aussi une question à caractère politique. Les projets nationaux priment dans la prise de position finale des Etats membres par rapport à tel ou tel dossier communautaire.

3. Troisième partie : Les services de prévention en Belgique et en Europe

Quelques mots pour situer où en sont les services de prévention en Europe. On peut observer un paradoxe. D'une part, il y a une croissance quantitative. De plus en plus de professionnels travaillent dans les services de prévention. C'est un marché en expansion. On pourrait dire que c'est une excellente nouvelle, qu'on a de plus en plus de prévention sur les lieux de travail en Europe. Et pourtant, on ne peut nier qu'il y a une crise de confiance. Les services de prévention contribuent-ils vraiment à améliorer la prévention pour les travailleurs ? Sont-ils efficaces ? Il faut essayer de comprendre ce paradoxe.

Dans la directive-cadre comme dans la loi sur le bien-être au travail, on a mis en avant, à juste titre, une approche d'ensemble des conditions de travail. Et cette approche d'ensemble peut rendre plus difficile l'intervention des services de prévention parce qu'ils vont inévitablement aborder des domaines qui étaient considérés comme des domaines réservés du patronat. Autrement dit, tant que le service de prévention faisait d'un côté de la sécurité et puis de l'autre côté procédait à des examens médicaux, les possibilités de conflit avec les employeurs étaient limitées. Ils existaient, ils ont toujours existé, mais on avait cantonné les services de prévention dans un rôle technico-médical où bon gré mal gré, chacun finissait par reconnaître quel était le territoire de l'autre. Ce rôle limité n'allait pas sans des pratiques de connivence, pro-

ches de la complicité dans la mise en danger des travailleurs. Combien de médecins du travail n'ont pas passé leur temps à distribuer des bouteilles de lait plutôt qu'à se battre pour la substitution des substances cancérogènes et du plomb ?

Aujourd'hui, les conditions changent. Les services de prévention doivent intervenir sur l'organisation du travail, les facteurs psycho-sociaux. Ils doivent se référer à une hiérarchie stricte des mesures de prévention. Prenons l'exemple de la banque où il y a un voyant qui dit de combien de minutes l'employé dispose pour traiter le dossier de tel ou tel client. Il est clair qu'un service de prévention doit se prononcer là-dessus. Est-ce acceptable, quel peut-être son impact sur la santé ? Les services de prévention sont amenés à se prononcer sur la manière globale, sur l'ensemble des choix de l'entreprise. Les choix matériels, avec quelle substance travaille-t-on, avec quelle machine travaille-t-on, mais aussi les choix d'organisation. Et c'est évidemment un terrain sur lequel la légitimité même des acteurs de la prévention est beaucoup plus difficile à construire. Les possibilités de conflit avec le patronat sont beaucoup plus importantes. Certains cherchent à contourner le problème en abandonnant une partie des missions fondamentales des services de prévention. Cela se traduit souvent par des fuites en avant vers des domaines qui sont "plus neutres". Par exemple des examens généraux de santé, des bilans de santé, des politiques de promotion de la santé individuelle qui ne remettent pas en cause l'organisation du travail. C'est plus facile à mettre en œuvre, mais on peut douter de l'efficacité de ces mesures en terme de prévention collective.

Un autre élément des débats concerne la pluridisciplinarité qui est difficile à mettre en place. Se limite-t-on à juxtaposer des expertises différentes ou arrive-t-on à construire ensemble une approche commune des questions de santé au travail ?

Enfin, il faut s'inquiéter de la véritable mercantilisation des services externes de prévention qui se produit dans différents pays. C'est très typique lorsqu'on aborde la question de la qualité des services qui tend à se réduire à la satisfaction du "client", le client étant le payeur. Cela reflète une vision totalement déformée du rôle des services de prévention. Les services de prévention sont là pour la santé des travailleurs, ils ne sont pas là pour la santé des entreprises. C'est un mythe dangereux de croire que l'un équivaut à l'autre. Sur certaines questions, notamment lorsque les atteintes à la santé se traduisent aussi par un coût visible pour l'entreprise, il peut exister un certain intérêt commun entre les entreprises et les travailleurs. Sur d'autres, des compromis permettent des approches convergentes. Sur d'autres enfin, il y a conflit.

En règle générale, on peut constater deux grandes tendances :

- Plus l'on s'éloigne des risques traditionnels reconnus et compensés, moins les stratégies convergent. Ainsi, il est plus facile de se mettre d'accord sur un plan de réduction des accidents du travail que sur une intervention concernant les facteurs de santé mentale. Si un certain nombre de problè-

mes de santé au travail sont liés à des dysfonctionnements qui affectent également la production (par exemple, les accidents, la maîtrise insuffisante des différentes formes de pollution, etc.), d'autres sont, au contraire, générés par la productivité, l'intensité du travail et la subordination du travail humain aux objectifs de la production (par exemple, à travers la flexibilisation des horaires). Dans ce dernier cas de figure, des mesures efficaces de prévention entrent généralement en conflit avec les objectifs des directions d'entreprises.

- Plus l'emploi est précarisé, moins la prévention constitue une priorité. Dans un contexte de chômage de masse, on observe une tendance à la gestion des risques par la sélection de la main-d'œuvre et par sa rotation, surtout lorsqu'il s'agit de travail considéré comme peu qualifié.

Il y a une tension inévitable entre d'une part le payeur et d'autre part le destinataire réel du service. Le payeur crée des risques et le destinataire doit en être protégé.

Illustrons certaines dérives par un exemple. Lors d'un congrès de médecine du travail aux Pays-Bas, la question suivante avait été posée aux participants : admettons que la mise en place d'un programme anti-tabac pour convaincre les travailleurs de cesser de fumer ait un coût de 100 unités et que l'efficacité en terme de réduction du cancer soit d'autant, ce qui rapportera à l'entreprise une certaine quantité. Admettons que la substitution de substances cancérogènes dans le processus de production ait un coût dix fois plus important avec exactement la même efficacité en terme de santé. Quelles mesures choisir ? La majorité des médecins présents avaient dit que, dans ce cas-là, on se lance dans une campagne anti-tabac plutôt que de faire la substitution de substances cancérogènes. C'est à mon avis une perversion totale de l'activité d'un service de prévention. Sur le plan d'un calcul coûts-bénéfices, cela leur paraissait être la réponse la plus rationnelle mais c'était une manière de tourner le dos à la mission centrale qui est la prévention collective dans les conditions de travail.

Dans de nombreux pays, on constate un véritable effacement du rôle de service public que devrait avoir tout service de prévention. Cela se traduit notamment par une très faible socialisation des expériences. Mais il y a également quelques expériences positives. Citons le cas de Sumer en France où les médecins du travail coopèrent pour produire des connaissances collectives qui permettent une évaluation des risques dépassant les limites de chaque entreprise isolée. Cela reste aujourd'hui une exception en Europe.

Terminons avec quelques observations rapides sur la situation belge. La Belgique est sans doute un des pays d'Europe où il y a le moins de repères de validation pour élaborer une stratégie de santé au travail. Il n'existe pas d'institut national public de santé et de sécurité à part un tout petit institut national sur la recherche concernant les conditions de travail, dont les effectifs sont rachitiques. Nous n'avons pas d'en-

quête nationale sur les conditions de travail bien que la Ministre nous annonce que cela viendra prochainement. Dans la majorité des autres pays d'Europe, cela fait 30-35 ans qu'on dispose de ce genre de données. Nous n'avons pas de système de remontée de l'information des médecins généralistes et des spécialistes en dehors de la médecine du travail. Nous n'avons pas de socialisation réelle des données de la surveillance de la santé.

En somme, on fait beaucoup de surveillance de la santé sans se donner les moyens d'obtenir des données globalisées qui permettraient de faire des évaluations collectives des risques au niveau national, au niveau des secteurs, au niveau des métiers, etc. Et on n'a absolument pas d'intégration des conditions de travail dans les enquêtes de santé publique.

Dans le questionnaire pour l'enquête de santé publique en région bruxelloise, il n'y avait pas la moindre question sur les conditions de travail. On demandait le statut : chômeur ou au travail, il y avait peut-être aussi une question sur le travail à temps plein ou à temps partiel et ça s'arrêtait là. Il n'y avait pas une seule question qui aurait permis d'utiliser des informations sur les conditions de travail par rapport aux informations sur la santé. C'est un exemple qui montre l'obscurantisme impressionnant qui règne souvent dans les politiques dites de santé publique.

De même, le plan belge de lutte contre les cancers ne pose pas la question de la substitution des cancérogènes utilisés au travail. En contraste, on peut citer le dispositif de veille épidémiologique au Royaume-Uni qui n'est pourtant pas un pays champion en matière d'avancée sociale. Il y existe un ensemble de réseaux extrêmement actifs qui mobilise des médecins généralistes, des médecins spécialistes en dehors de la médecine du travail et qui permet effectivement d'organiser une surveillance épidémiologique des facteurs attribuables au travail dans toute une série de pathologies, que ce soit en psychiatrie, dermatologie, maladies respiratoires, cancers, etc.

Il est un point sur lequel il est important d’insister et qui sonne comme une véritable interpellation, c'est la dégradation inquiétante de la situation belge en matière de maladies professionnelles. Si l’on prend l'ensemble des demandes concernant les maladies professionnelles et les incapacités permanentes reconnues, un examen superficiel et rapide peut donner l'impression que la situation n'arrête pas de s'améliorer. On avait huit mille demandes en 1992, quinze ans plus tard on n'a plus que la moitié. Et si on prend les indemnités qui ont été accordées pour incapacités permanentes, on était à 4.800 et quinze plus tard on est à un sixième de ce total. En réalité, le seul constat à faire est qu'il y a moins de maladies professionnelles reconnues et moins d'indemnités. Cela ne signifie nullement que la situation de la santé au travail s'est améliorée. A mon avis, cela signifie au contraire que les dispositifs de prévention et de détection mis en place sont de plus en plus fragiles et correspondent de moins en moins à l'évolution de la réalité du travail aujourd'hui.

Cette inefficacité joue principalement au détriment des femmes qui ne représentent approximativement que 15 % de l'ensemble des interventions du fond des maladies professionnelles.

Il s'agit là d'un problème systémique qui concerne une grande diversité d'acteurs. Si l'on se penche sur la médecine du travail, on doit bien se poser la question "Où est-elle ?" Elle a l'air soit muette, soit muselée.

Voici quelques données concernant les déclarations de maladies attribuables à des causes professionnelles. On est en dehors même du système de reconnaissance et d'indemnisation. Ce n'est pas une faculté mais une obligation pour le médecin du travail de déclarer tous les cas de pathologie pour lesquels il constate ou il suspecte une origine professionnelle. Le moins qu'on puisse dire est qu'on est très loin du simple respect de la légalité, 1.500 déclarations sur une année, en 2007, pour toute la Belgique. On ne doit pas se situer très loin d'un cas pour 1.000 travailleurs soumis à la surveillance de la santé. Par exemple, en ce qui concerne le canal carpien, on a signalé moins de 200 cas en un an. Parallèlement, en France on a 30.000 maladies professionnelles reconnues en matière de tendinite et de canal carpien. Si pour ramener ce chiffre à la population de la Belgique, on le divisait par un facteur 6 ou 7, on devrait trouver de l'ordre de 5.000 à 6.000 maladies professionnelles reconnues pour les seuls TMS. Rappelons les données de l'enquête de Dublin, 30 % des travailleurs en Belgique disent que leur santé est affectée par le travail et on se retrouve avec 1.500 cas signalés en une année par l'ensemble des médecins du travail en Belgique. Si l'on analyse ensuite ces chiffres par secteur, on voit qu'en fait il n'y a que le secteur hospitalier qui fait un minimum. Hors de ce secteur, les situations sont totalement indécentes. Quatre cas pour l'année 2007 dans l'industrie textile, 26 cas dans la chimie, un cas pour les postes et télécommunications, 89 cas dans la construction. Pour qui connaît un peu les conditions de travail dans la construction, n'importe quel grand chantier devrait apporter ces 89 cas et on se demande où sont passés tous les autres, 73 cas pour Bruxelles capitale.

Les conséquences sont multiples. D'une part, c'est un obstacle à la prévention. Il est clair que l'absence de déclaration contribue à rendre invisibles les problèmes. C'est discriminatoire. La majorité des maladies professionnelles ne sont pas considérées comme telles et c'est un obstacle qui pèse de façon toute particulière par rapport aux femmes. C'est certainement une injustice par rapport aux victimes et puis c'est un transfert massif d'un point de vue économique puisque ce que ne compense pas le fond des maladies professionnelles, il y a quand même quelqu'un d'autre qui doit le payer et en général, ce sera l'assurance maladie invalidité plus les victimes elles-mêmes qui vont devoir faire la différence.

Il faudrait examiner systématiquement le nombre de déclarations émanant de chaque service externe et remettre en cause l'agrément des services qui violent la légalité et ne procèdent pas à ces déclarations.

Mais cette question des sous déclaration n'est qu'un symptôme. Elle pose la question de l'aptitude des services de prévention à se dégager d'une approche mercantiliste de subordination au patronat et à remplir véritablement leur rôle d'acteur public de la prévention au service d'une réduction des inégalités sociales de santé.

- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., (2008), « La double peine des ouvriers. Plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n°441, janvier.
- Coutrot T., (2005), *Démocratie contre capitalisme*, Paris, La Dispute.
- Doll R., Peto R., (1981), *The cause of cancer : quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today*, Oxford University Press.
- Guignon N., Sandret N., (2005), « L'exposition aux produits cancérogènes », *Premières synthèses*, n° 28.1.
- Nurminnen M., Karjalainen A., (2001), "Epidemiologic estimate of the proportion of facilities related to occupational factors in Finland", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(3), pp. 161-213.
- Thébaud-Mony Annie, (2008), Cancer et travail. Enquête pluridisciplinaire en Seine Saint Denis. Le poids de la précarisation, 7e Forum Santé Travail, Toulouse, 19 juin.

Vieillir au travail : Entre processus individuels et processus sociaux

Donatienne DESMETTE[64]

Introduction

L'évolution démographique de nos sociétés occidentales, confrontées d'une part au vieillissement de leur population et d'autre part à la trop faible présence des travailleurs plus âgés dans la main d'œuvre disponible, a amené, notamment à l'instigation de l'Union européenne, de nombreux gouvernements à orienter leurs politiques d'emploi sur la catégorie des travailleurs plus âgés. En Belgique notamment, où l'âge auquel les travailleurs se retirent effectivement de la vie active est parmi les faibles des pays de l'OCDE[65], le gouvernement fédéral a proposé en 2005 le « Contrat de solidarité entre les générations »[66] dans l'objectif d'allonger la durée de la vie active effective, c'est-à-dire d'amener les individus à rester au travail jusqu'à l'âge « normal » de la pension (65 ans). Un volet majeur de cette politique porte sur la réduction des possibilités de départ anticipé, le recours volontaire à la prépension étant dénoncé comme trop fréquent (Vandenbroucke et vander Hallen, 2002)[67].

Toutefois, allonger la vie active effective impose d'abord de comprendre pourquoi certains individus préfèrent quitter de manière anticipée le monde du travail alors que d'autres font au contraire le choix de poursuivre leur vie professionnelle. A défaut, si ce travail d'analyse des processus en amont de la décision de quitter le monde du travail n'est pas réalisé, on peut s'attendre à ce que les attentes et les besoins de travailleurs âgés ne soient pas rencontrés et que le retrait professionnel prenne d'autres voies que celle de la prépension, que ce soit sur le plan objectif (e.g. l'absentéisme) ou subjectif (e.g. le désinvestissement psychologique de l'emploi).

---

[64] Professeure de psychologie sociale à l'UCL, responsable de recherche au Centre de Recherche pour la Solidarité et l'Innovation Sociale (CERISIS) et au Centre Interdisciplinaire de Recherche 'Travail, Etat et Société' (CIRTES).

[65] OCDE, (2003), *Ageing and employment policies – Belgium*, Paris, OCDE.

[66] Service de presse du Premier Ministre, (2005), *Le contrat de solidarité entre générations*, Bruxelles.

[67] Vandenbroucke G., vander Hallen P., (2002), "Active strategies for older workers in Blegium », In Jspepen M., Foden D., Hutsebaut M. (Eds.), *Active strategies for older workers in the European Union*, Brussels, European Trade Union Institute, pp. 141-170.

Actuellement, certaines mesures sont mises en place afin d'aménager les postes ou les conditions de travail et de diminuer ainsi la pénibilité du travail. C'est, par exemple, une des missions du Fonds de l'Expérience Professionnelle, qui vise à aider les entreprises à améliorer les conditions de travail pour les individus de plus de 45 ans[68]. Cependant, agir uniquement sur les conditions de travail ne permettra pas de répondre totalement au défi du vieillissement au travail. En effet, l'accompagnement du vieillissement au travail doit intégrer les facteurs renvoyant non seulement à l'individu et aux aspects de pénibilité du travail qu'il effectue, mais également aux représentations sociales qui concernent les individus dits « âgés » sur leur lieu de travail et, de manière plus générale, dans la société.

1. La nécessité d'une approche multidimensionnelle du vieillissement au travail

L'examen de la littérature scientifique dans le domaine du vieillissement au travail révèle qu'une grande part des recherches menées en psychologie du travail et des organisations investigue les attitudes par rapport à l'emploi en se centrant sur les facteurs qui orientent un travailleur vers le retrait de la sphère professionnelle. Un deuxième volet de recherche porte sur la performance au travail et sur les facteurs qui permettent de soutenir la performance ou qui sont au contraire susceptibles de l'altérer. De manière générale, qu'elles étudient la performance ou les attitudes par rapport à l'emploi, nombre de ces études abordent le vieillissement de manière relativement monolithique, par le biais de l'âge chronologique du travailleur. Mais force est de constater que de ces recherches, qui mettent en comparaison des cohortes de travailleurs d'âge différent, on ne peut toutefois conclure que peu de choses, aucune relation systématique et univoque n'apparaissant entre l'âge chronologique et les attitudes par rapport au travail (ou à la prépension) et/ou la performance dans celui-ci. Sur le plan de la performance par exemple, certaines études mettent en évidence une détérioration de la performance au cours du vieillissement, tandis que d'autres mettent au contraire en évidence une amélioration de la performance et que d'autres encore concluent à l'absence de lien significatif entre l'âge chronologie et la variable étudiée (Gaillard, 2008)[69].

---

[68] Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. http://www.emploi.belgique.be

[69] Gaillard M., (2008), *Lorsque l'âge se fait menace : Une approche psychosociale du vieillissement au travail*. Thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, UCL, p. 266.

Selon Sterns et Miklos (1995)[70], pour réellement comprendre les effets du vieillissement, il faut différencier et intégrer d'autres dimensions que l'indice chronologique, ces dimensions mettant en évidence l'hétérogénéité fondamentale des conduites individuelles, notamment selon les parcours de chacun. La première de ces dimensions renvoie à *'l'âge fonctionnel'*, c'est-à-dire l'aspect développemental du vieillissement. Il s'agit d'étudier les changements qui surviennent sur le plan de la santé, des aptitudes cognitives, de l'expérience professionnelle ou d'autres variables et d'examiner leur rôle dans les différences observées dans les attitudes par rapport à l'emploi et/ou la performance au travail. En d'autres termes, il s'agit, pour reprendre les termes de Volkoff (2007), d'étudier le processus de *«vieillissement dans le travail »*[71]. On observe notamment, et peut-être en particulier sur le plan cognitif, que les différences interindividuelles s'accroissent au cours du développement, l'hétérogénéité interindividuelle étant particulièrement marquée chez les plus âgés (Hess, 2005)[72].

Pour comprendre les différences interindividuelles révélées au cours du vieillissement, il faut en outre intégrer dans l'analyse *'l'âge organisationnel'*, à savoir l'influence de l'environnement sur les conduites individuelles, ou, pour reprendre le terme de Volkoff (2007), le fait de *« vieillir par le travail »*. On étudie dès lors des facteurs qui renvoient à la nature de la tâche, aux conditions de travail et on analyse leur poids dans les différences éventuellement observées entre les travailleurs. Les conditions de travail pénibles, en particulier sur le plan physique, sont à cet égard reconnues comme des « accélérateurs » du vieillissement.

Cependant, jusqu'à présent, ces études ont négligé de prendre en compte une autre dimension du vieillissement, à savoir *'l'âge psychosocial'* (Sterns et Miklos, 1995), c'est-à-dire les représentations sociales qui sont associées au fait de vieillir dans une société donnée, le regard social, et la valence de celui-ci, que porte cette société sur ses membres plus âgés.

Or, l'intégration de l'âge psychosocial dans l'analyse des effets du vieillissement nous semble d'autant plus importante à réaliser que, notamment par le biais des politiques d'emploi, une nouvelle catégorie de travailleurs, celle des « travailleurs âgés », a été créée. Cette catégorie inclut les travailleurs qui ont atteint un âge déterminé (par exemple, 50 ans pour l'OCDE ou 45 ans pour les mesures d'outplacement décidés dans le cadre du contrat de solidarité entre les générations).

---

[70] Sterns H.L., Miklos S.M., (1995), "The aging worker un a changing environment: Organizational and individual issues", *Journal of Vocational Behavior*, 47(3), pp. 248-268.

[71] Volkoff S., (2007), « Vieillissement par le travail et vieillissement dans le travail : les enjeux de la santé en fin de parcours professionnel », *Troisième journée d'étude du groupe de contact FNRS Psychologie de la santé « Mieux comprendre les inégalités professionnelles de santé : les apports des recherches centrées sur le travail*. Belgique, Mons, 27 janvier.

[72] Hess T.M., (2005), "Memory and aging in context", *Psychological Bulletin*, 131, pp. 383-406.

En d'autres termes, du jour au lendemain, un travailleur glisse dans la catégorie des « travailleurs âgés ». Or, la psychologie sociale conduit à faire l'hypothèse que cette étiquette sociale n'est pas neutre mais que, au contraire, elle est susceptible d'influencer considérablement les attitudes individuelles parce qu'elle sous-tend une dynamique identitaire défavorable pour l'individu. En particulier, le fait d'être considéré comme plus âgé est source de discrimination et de stigmatisation.

2. Agisme au travail et désengagement de l'emploi

Différentes études attestent de l'existence d'un traitement injuste de certains travailleurs pour la simple raison qu'ils appartiennent à une catégorie considérée comme âgée ; les plus âgés ont notamment moins accès à l'emploi, à la formation, à la promotion (Chiu, Chan, Snape et Redman, 2001)[73]. En d'autres termes, les caractéristiques individuelles sont éclipsées par l'appartenance sociale définie par l'âge de l'individu ; l'âge serait d'ailleurs un des critères de discrimination parmi les plus forts. Ces traitements injustes, discriminatoires, fondés sur l'appartenance à un groupe social défini sur la base de l'âge, sont induits par les perceptions sociales (c'est-à-dire les stéréotypes) associées au vieillissement. L'analyse des stéréotypes met en effet en évidence que, même si certains traits qualifient positivement le groupe des travailleurs âgés (ceux-ci sont considérés comme plus expérimentés, plus fiables, plus sociables, plus loyaux par rapport à leur entreprise que les plus jeunes), ce sont surtout les stéréotypes négatifs qui dominent tant en quantité qu'en force : le travailleur âgé est a priori considéré comme démotivé, plus lent qu'un jeune, peu enclin à se former, peu flexible, etc. (Chiu et al, 2001). Pour qualifier le fait de stigmatiser (i.e. de dévaloriser) et de discriminer (i.e. de traiter injustement) un individu simplement parce qu'il est plus âgé, nous parlerons, à la suite de Butler (1980) [74], d'âgisme (*ageism*).

En faisant le parallèle avec d'autres groupes stigmatisés qui ont été largement étudiés dans le domaine de l'emploi (par exemple les femmes, les travailleurs d'origine étrangère), on peut faire l'hypothèse que l'âgisme constitue une menace identitaire susceptible d'altérer le bien-être des individus concernés et leurs attitudes (Allison, 1998)[75]. Et, pour se protéger de la menace identitaire, les individus peuvent développer des stratégies d'évitement de la source de stress liée à la menace (Miller et

---

[73] Chiu W. C. K., Chan A. W., Snape E., Redman T., (2001), "Age stereotypes and discriminatory attitudes towards older workers: An East-West comparison", *Human Relations*, n°54, pp. 629-661.
[74] Butler R.N, (1980), "Ageism: a foreword", *Journal of Social Issues*, n°36, pp. 8-11.
[75] Allison K.W., (1998), "Stress and oppressed social category membership", In Swim J.K., Stangor C. (Eds.), *Prejudice: the target's perspective*, San Francisco, Academic Press, pp. 145-170.

Major, 1998)[76]. En d'autres termes, à la stigmatisation et à la discrimination sociales peuvent être associées des attitudes de désengagement du domaine stigmatisant. Dans cette perspective, la prépension pourrait relever d'une stratégie d'évitement de l'âgisme présent dans le milieu professionnel plutôt que d'un choix individuel opportuniste.

Afin d'étudier l'influence de la dimension fonctionnelle de l'âge (par les caractéristiques du travail) et de sa dimension psychosociale (l'âgisme perçu dans l'environnement professionnel) sur les attitudes par rapport à la prépension ainsi que sur la qualité de vie en général, nous avons mené une recherche sur le terrain, auprès de travailleurs dits « âgés ».

3. Une étude de terrain

Cette étude, qui s'inspire du modèle de Schaufeli et Bakker (2004)[77], examine le rôle des caractéristiques du travail, en termes d'exigences et de ressources, dans des processus touchant à la santé mentale et physique d'une part (processus 'énergétique') et à l'engagement psychologique et objectif dans l'emploi d'autre part (processus 'motivationnel'). En ce qui concerne la présente étude, le processus énergétique renvoie à des aspects de stress et de qualité de vie, et le processus motivationnel au projet de développement professionnel et à l'intention de retraite anticipée.

3.1. L'échantillon interrogé

L'échantillon est composé de 352 adultes âgés de 50 à 60 ans, qui étaient tous en activité professionnelle au moment de l'étude, dans des entreprises qui relevaient du secteur privé (banques, compagnies d'assurances, industrie chimique, …) et retenues pour l'étude uniquement si elles n'étaient pas en restructuration et si elles avaient une convention sectorielle qui permettait la prépension[78]. L'échantillon est composé de manière équilibrée d'hommes et de femmes, et d'employés et d'ouvriers.

---

[76] Miller C.T., Major B., (1998), "Coping with stigma and prejudice", In Swim J.K., Stangor C. (Eds.), *Prejudice: the target's perspective*, San Francisco, Academic Press, pp. 243-272.

[77] Schaufeli W.B., Bakker A.B., (2004), "Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement : a multi-sample study", *Journal of Organizational Behavior*, n°25, pp. 293-315.

[78] Puisque l'objectif de la recherche était de comprendre les facteurs sous-jacents à la prépension volontaire, il était nécessaire que le contexte permette cette prépension mais ne l'impose pas dans le cadre d'une restructuration, par exemple.

3.2. Procédure et variables étudiées

Le recueil des données s'est fait par le biais d'un questionnaire que le travailleur complétait lui-même, en indiquant son degré d'accord avec les propositions faites ou en cochant la réponse la plus appropriée dans un choix multiple.

Les 'exigences du travail'. Les exigences du travail intègrent la pression perçue au travail en termes de quantité de travail et de rythme de travail ainsi que l'âgisme perçu dans l'environnement professionnel (e.g. percevoir que les travailleurs âgés de l'entreprise ont moins accès que les jeunes à la formation, qu'ils sont la cible de propos dévalorisants, …).

*Les 'ressources du travail'***.** Les ressources du travail incluent les perceptions d'autonomie et de soutien social. L'autonomie dans la tâche renvoie au fait que le travailleur peut, de manière plus ou moins importante, décider comment réaliser son travail ; l'autonomie constituerait une ressource particulièrement importante pour les plus âgés parce qu'elle permet la mise en oeuvre des acquis de l'expérience. Quant au soutien social, il renvoie au fait de penser pouvoir compter sur autrui, sur les plans affectif (e.g. empathie), instrumental (e.g aide pratique), et/ou informatif (e.g. partage de l'information utile). Nous nous centrerons ici sur le soutien social perçu de la part du supérieur.

Le 'processus énergétique'. Le processus énergétique renvoie d'une part au 'stress perçu', qui est une évaluation ponctuelle de la tension ressentie lors des dernières semaines, et à la qualité de vie, estimée de manière générale ainsi que sur différentes dimensions (la capacité à accomplir les activités quotidiennes, le bien-être psychologique, les conditions de vie et les relations sociales).

Le 'processus motivationnel'. Le processus motivationnel inclut une dimension d'engagement psychologique dans son travail via le souhait de se développer professionnellement et une dimension de (dés)engagement objectif, par le biais de l'intention de prépension (retrait total du travail) et de l'intention de réduction du temps de travail (retrait partiel de la sphère professionnelle).

Variables de contrôle. Outre les variables permettant de mettre à l'épreuve le modèle théorique, certaines caractéristiques individuelles ont été mesurées afin d'appréhender et de contrôler leur influence sur les processus étudiés.

3.3. Les résultats de la recherche

L'influence des variables individuelles : Des analyses préalables révèlent que ni l'âge, ni le genre, pas plus que le statut professionnel, n'influencent significativement le processus énergétique (stress et qualité de vie). Par contre, les travailleurs qui vivent en couple font une évaluation moins positive de leur bien-être et ont plus l'intention de prendre une prépension que les travailleurs célibataires. Le lien obser-

vé entre la situation conjugale et l'attitude par rapport à la prépension pourrait, à la suite de Henkens (1999)[79], être compris comme révélant un projet de couple, la décision de se retirer de la vie professionnelle se prenant souvent de manière concertée au sein du couple.

Quant aux revenus, ils sont positivement liés[80] tant au bien-être qu'à l'intention de réduire son temps de travail et/ou de cesser totalement de travailler. Ce résultat s'inscrit dans la ligne des études sur la prépension, qui montrent que les revenus sont une contrainte déterminante sur la décision de prendre, ou pas, une retraite anticipée.

L'influence de ces variables individuelles a été « neutralisée » dans la suite des analyses.[81]

Les caractéristiques du travail et le processus énergétique : Sur le plan du processus énergétique, la recherche met en évidence l'influence de la situation de travail élargie, tant en termes de risques potentiels que de ressources disponibles. Il apparaît en effet que non seulement la pression du travail mais également l'âgisme constituent un risque pour le travailleur, le stress étant d'autant plus élevé que le travailleur perçoit que son travail lui impose une pression élevée et/ou que les plus âgés sont dévalorisés dans l'entreprise. Par contre, le soutien social du supérieur est une ressource pour faire face aux contraintes du travail : le stress vécu par les travailleurs interrogés est en effet plus faible lorsque ces mêmes travailleurs disent pouvoir compter sur le soutien social de leur supérieur hiérarchique. Sur le plan des conséquences, le stress perçu est négativement associé à la qualité de vie : plus l'individu est stressé, plus faible est sa qualité de vie au sens large.

Les caractéristiques du travail et le processus motivationnel : Les résultats mettent en évidence que l'âgisme est un risque pour la motivation au travail : plus les participants perçoivent que, de manière globale, les travailleurs plus âgés sont traités injustement dans leur entreprise, plus ils se désinvestissent psychologiquement de leur travail. Par contre, et contrairement aux idées reçues, la pression liée au travail n'est pas forcément un risque pour la motivation au travail, dans la mesure où plus le travailleur ressent de la pression liée à son travail, plus il souhaite se développer professionnellement. On rappellera toutefois que la pression imposée par le travail constitue un risque potentiel pour le stress. En d'autres termes, pour être bénéfique, la pression liée au travail doit être modérée : suffisante pour maintenir

---

[79] Henkens K., (1999), "Retirement intentions and spousal support : A multi-actor approach", *Journal of Gerontology, series B, Psychological Sciences and Social Sciences,* 54(2), pp. 63-73.

[80] Les relations doivent être entendues au sens statistique de corrélation : une relation positive indique que les deux termes évoluent dans le même sens (les deux variables augmentent ou diminuent ensemble) tandis qu'une relation négative indique que les deux termes évoluent en sens inverse (lorsqu'une variable augmente, l'autre diminue).

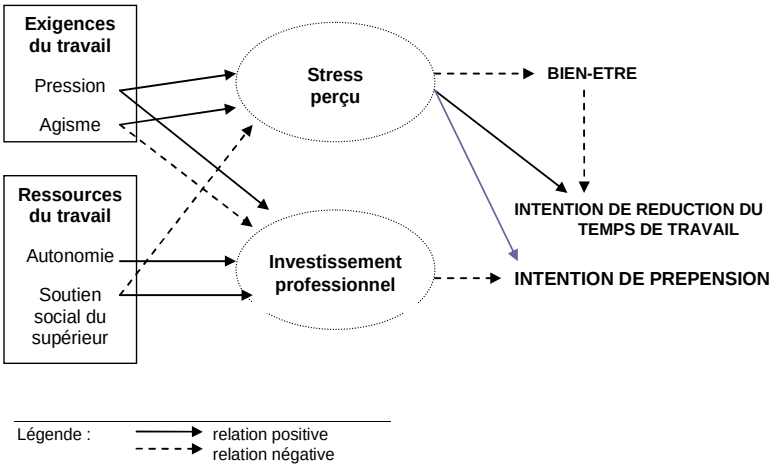
[81] Les variables individuelles ont été introduites en première étape des analyses en régression multiple hiérarchisées.

l'investissement professionnel, mais pas trop élevée afin de ne pas induire du stress. Une autre ressource significative sur le plan motivationnel est le soutien perçu de la part du supérieur : il apparaît en effet que le soutien social du supérieur permet non seulement de réduire le stress mais favorise également l'investissement psychologique dans son travail. Il en va de même pour l'autonomie possible dans la tâche : plus le travailleur dispose d'autonomie pour réaliser son travail, moins il se désinvestit de son emploi.

Sur le plan des conséquences en termes de retrait objectif du travail, il apparaît que le désengagement psychologique du travail prédit le retrait total de la sphère professionnelle : l'intention de prépension est en effet d'autant plus marquée que le travailleur s'investit peu professionnellement. Par contre, le prédicteur le plus fort de l'intention de réduction du temps de travail n'est pas d'ordre motivationnel mais énergétique : les travailleurs âgés qui souhaitent réduire leur temps de travail sont en effet ceux qui ont les scores de stress les plus élevés et les scores de qualité de vie les plus faibles. Le processus énergétique intervient par contre de manière nettement moins prononcée dans l'intention de prépension complète, et uniquement par le biais du stress.

Le graphique n°1 présente les relations significatives entre les variables.

Graphique 1. Caractéristiques du travail, bien-être et maintien au travail



Pour conclure

Que retenir de cette recherche ?

Tout d'abord, sur le plan de l'approche du vieillissement en tant que tel, cette recherche conforte les propositions théoriques selon lesquelles la compréhension du vieillissement ne peut réellement se faire qu'en développant une approche multidimensionnelle, qui permette non seulement d'appréhender la diversité des patterns individuels mais également d'en comprendre les causes intra- et inter-individuelles ainsi que psychosociales. Et ceci dépasse le cadre strict du travail pour atteindre d'autres sphères touchant au bien-être et à l'activité des plus âgés ; on pensera notamment au vécu de la prépension et de la pension.

Ensuite, sur le plan de la gestion de la fin de carrière, cette recherche met en évidence qu'il est utile de distinguer le souhait d'arrêt total (la prépension) du souhait d'arrêt partiel (la réduction du temps de travail). Il semble en effet que l'arrêt total relève plutôt d'un processus de désengagement psychologique de l'emploi tandis que l'arrêt partiel relève plus d'un processus de déficit énergétique. Dans cette perspective, développer plus avant l'étude des caractéristiques de la situation de travail qui sont susceptibles de favoriser le bien-être et de soutenir la motivation des plus âgés dans l'emploi est essentiel. Sur ce dernier point, la relation positive qui a été observée entre la pression imposée par le travail et le souhait de développement professionnel est intéressante car elle souligne le fait que l'absence de perspectives en termes de développement de carrière est une condition défavorable pour l'engagement psychologique dans l'emploi. De nouveau, il ne s'agit toutefois pas d'imposer une pression exagérée car celle-ci est source de stress mais il s'agit d'offrir les conditions nécessaires pour soutenir la motivation tout au long de la carrière. On rappellera à ce titre que l'autonomie dans l'emploi se révèle également une ressource significative pour soutenir la motivation dans l'emploi. Il serait donc tout à fait intéressant d'étudier la spécificité éventuelle de la dimension d'autonomie pour les travailleurs âgés ; le rôle de l'expérience et de l'expertise devrait à cet égard être approfondi.

Enfin, et c'est une part importante de l'originalité de notre recherche, l'approche psychosociale du vieillissement apporte une plus-value significative dans la compréhension des attitudes au travail et du bien-être chez les travailleurs plus âgés, pour lesquels l'âgisme s'est révélé être un facteur de risque. Il serait intéressant, sur cette base, d'analyser les processus identitaires induits par les perceptions d'âgisme. Il apparaît en effet que les situations de travail qui enferment le travailleur de plus de 50 ans dans son groupe d'âge, induisant chez celui-ci la perception que l'âge est un critère de catégorisation étanche, amènent le travailleur à s'identifier plus fortement comme « travailleur âgé » et à développer en conséquence des attitudes qui corres-

pondent aux stéréotypes attachés à ce groupe, comme l'intention de prépension (Desmette & Gaillard, 2008)[82].

En définitive, il apparaît que si l'on veut prolonger la vie active effective tout en assurant au travailleur les conditions du bien-être dans l'emploi, le monde du travail ne peut pas faire l'économie d'une réflexion en profondeur sur ses pratiques en matière de gestion du vieillissement, portant non seulement sur l'aménagement des conditions de travail mais également sur la réduction de l'âgisme pouvant exister dans l'environnement professionnel. Une perspective utile dans cet objectif serait de penser non plus exclusivement en termes de « fin de carrière » et de « vieillissement » mais également, et surtout, en termes de « développement tout au long de la carrière » et de « gestion des âges ».

[82] Desmette D., Gaillard M., (2008), "When a 'worker' becomes an 'older worker': The effects of age-related social identity on attitudes towards retirement and work", *Career Development International*, n°13(2), pp.168-185.

- Allison K.W., (1998), “Stress and oppressed social category membership”, In Swim J.K., Stangor C. (Eds.), *Prejudice: the target’s perspective*, San Francisco, Academic Press, pp 145-170.
- Butler R.N., (1980), “Ageism : a foreword”, *Journal of Social Issues*, n° 36, pp. 8-11.
- Chiu W. C. K., Chan A. W., Snape E., Redman T., (2001), “Age stereotypes and discriminatory attitudes towards older workers : An East-West comparison”, *Human Relations*, n° 54, pp. 629-661.
- Desmette D., Gaillard M., (2008), “When a ‘worker’ becomes an ‘older worker’: The effects of age-related social identity on attitudes towards retirement and work”, *Career Development International*,n°13(2), pp. 168-185.
- Gaillard M., (2008), Lorsque l’âge se fait menace : Une approche psychosociale du vieillissement au travail, Thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, UCL, p. 266.
- Henkens K., (1999), “Retirement intentions and spousal support : A multi-actor approach”, *Journals of Gerontology, series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, n°54(2), pp. 63-73.
- Hess T.M., (2005), “Memory and aging in context”, *Psychological Bulletin*, n°131, pp. 383-406.
- Miller C.T., Major B., (1998), “Coping with stigma and prejudice”, In Swim J.K., Stangor C. (Eds.), *Prejudice: the target’s perspective*, San Francisco, Academic Press, pp. 243-272.
- OCDE, (2003), Ageing and employment policies – Belgium, Paris, OCDE.
- Schaufeli W.B., Bakker A.B., (2004), “Job demands, job reosurces, and their relationship with burnout and engagement : a multi-sample study”, *Journal of Organizational Behavior*, n°25, pp. 293-315.
- Service de presse du Premier Ministre, (2005), *Le contrat de solidarité entre générations*, Bruxelles.
- Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale http://www.emploi.belgique.be/fonds_de_lexp%c3%a9rience_professionnelle.aspx
- Sterns H.L., Miklos S.M., (1995), “The aging worker un a changing environment : Organizational and individual issues”, *Journal of Vocational Behavior*, n°47(3), pp. 248-268.
- Vandenbroucke G., vander Hallen P., (2002), “Active strategies for older workers in Blegium”, In Jspepen M., Foden D., Hutsebaut M. (Eds.), *Active strategies for older workers in the European Union*, Brussels, European Trade Union Institute, pp. 141-170.

- Volkoff S., (2007), « Vieillissement par le travail et vieillissement dans le travail : les enjeux de la santé en fin de parcours professionnel », *Troisième journée d'étude du groupe de contact FNRS Psychologie de la santé « Mieux comprendre les inégalités professionnelles de santé : les apports des recherches centrées sur le travail*. Belgique, Mons (27 janvier).

Quelle est la place de la surveillance médicale dans les stratégies de prévention des risques professionnels ?

Dominique LISON[83]

Changeons radicalement de champ et intéressons-nous à des aspects plus spécifiquement médicaux et un peu plus techniques en réfléchissant, d'un point de vue scientifique plutôt que dans une perspective juridique ou sociétale, à la place ou à l'intérêt des examens médicaux qui sont prévus par une série de dispositions légales.

La problématique du bien-être au travail repose essentiellement sur l'employeur aidé par quelques conseillers en prévention qui sont là pour le conseiller et lui remettre des avis. Le message à essayer d'apporter, c'est qu'en fait la compréhension, et là on rejoint l'exposé de Donatienne Desmette, les représentations qu'on se fait, les stéréotypes qu'on a parfois par rapport à la place des examens médicaux, à la place réelle qu'auraient les examens médicaux dans les stratégies de prévention en milieu professionnel sont probablement parfois très mal compris et très mal perçus.

Il s'agit d'essayer de montrer que parfois les attentes sont excessives, exagérées ou complètement irréalistes par rapport aux examens médicaux et à ce qu'ils peuvent réellement offrir. On effectuera la démonstration de ce point-là par rapport à un type d'examens que sont les examens médicaux de surveillance prolongée qui sont prévus par la législation.

Inversement, l'idée est également de tenter de vous convaincre que les examens médicaux sont peut-être parfois mal utilisés, mal placés ou mal positionnés dans la stratégie de prévention des risques professionnels. Pour étayer ce propos, on partira de l'exemple des examens périodiques de santé.

Toute la législation qui encadre la place de ces examens médicaux repose sur des directives européennes qui sont traduites, en tout cas certainement pour ce qui concerne la surveillance de la santé, en législation nationale. Mais ces législations nationales, en Europe, sont appliquées avec une certaine diversité. On peut dire très grossièrement qu'en Belgique, en France et en Allemagne, on retrouve plus ou moins

---

[83] Professeur de médecine à l'UCL. Responsable de l'Unité de Toxicologie industrielle et de médecine du travail.

la même interprétation de la directive européenne[84] pour ce qui concerne la surveillance médicale.

Par contre aux Pays-Bas, l'interprétation est déjà différente et en Grande-Bretagne, la surveillance médicale est nettement moins développée qu'elle ne l'est dans nos pays.

Si on traverse l'Atlantique, on se trouve également face à des situations complètement différentes. Prenons l'exemple de la situation au Québec où il n'y a pas d'examens médicaux, il n'y a pas de service externe ou interne de prévention, il existe uniquement un réseau de médecins de santé publique qui se répartissent dans les provinces. Certains de ces médecins de santé publique sont désignés comme étant des médecins responsables en termes de santé au travail. Mais on peut dire, de façon un peu caricaturale, que la seule chose qu'ils doivent faire, c'est avoir des connaissances sur les conditions de travail et les dangers qui sont présents dans les entreprises, de conseiller les employeurs et les travailleurs sur la façon de s'en protéger et de les accompagner dans la responsabilité qu'ils ont de la gestion de ce danger. Mais il n'est pas prévu d'examen systématique ou quoi que ce soit de ce type.

Il y a d'ailleurs à ce propos un article qui a été publié dans une revue française par deux médecins de santé publique canadiens qui posent de façon très franche la question de savoir si les examens médicaux d'embauche, les examens périodiques qui sont réalisés dans d'autres pays que le Québec, dans le cadre de la surveillance de la santé au travail, ont une réelle utilité[85] ! Ces examens prescrits par les législations ont-ils réellement une utilité démontrée ?

Dans leur article, les auteurs défendent l'idée qu'ils essayent, au Québec, de réduire autant que possible tous ces examens médicaux dont pour eux, l'utilité et l'efficacité ne sont pas démontrées. Dans le passage suivant de leur publication ils écrivent que « la justification des examens médicaux est rarement explicitée et qu'on ne vérifie à peu près jamais s'ils permettent à ceux qui les prescrivent d'atteindre les objectifs qu'ils ont au demeurant rarement formulés ».

Il est donc très important de réfléchir comme médecin du travail, mais aussi comme conseiller en prévention, comme acteur dans le cadre de la prévention en milieu professionnel, à la justification de ces examens médicaux. Quelques éléments de réponse peuvent être apportés par rapport à cette réflexion.

Les auteurs de l'étude se posent la question de savoir si les examens médicaux imposés par la législation améliorent réellement la santé des travailleurs et s'il n'y a pas derrière ces examens médicaux un faux sentiment de protection de la santé qui est

---

[84] (Dir 89/391/CEE du 12 juin 1989).

[85] Plante R., Bhérer L., (2003), « Les examens médicaux systématiques en rapport avec le travail : servent-ils vraiment à la prévention ? », *Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail*, Vol. 64, n° 7-8, pp. 502-509.

automatiquement ou implicitement apporté par l'existence de l'examen médical imposé aux travailleurs, et d'ailleurs à l'employeur aussi.

Ils prennent deux exemples dans leur publication que sont les épreuves fonctionnelles respiratoires où il s'agit de souffler dans des appareils pour mesurer la performance du système respiratoire et les audiogrammes qui sont appliqués de façon presque systématique dans certains pays. Au Québec, il n'existe plus d'audiogramme en milieu professionnel.

Dans les disciplines médicales curatives, on a une très forte pression pour faire la démonstration de l'efficacité de ce qu'on propose. Quand on souhaite mettre un nouveau médicament sur le marché, il faut venir avec des preuves extrêmement convaincantes pour montrer que le médicament apporte quelque chose et qu'il n'est pas dangereux. On doit donc faire la preuve de l'innocuité de ce qu'on propose et le moindre petit élément qui peut faire penser qu'un nouveau médicament aurait quelques effets secondaires suffit à le faire retirer très rapidement du marché. C'est la même chose pour toute une série d'autres procédures. Songeons par exemple aux procédures chirurgicales qui doivent faire la démonstration de leur efficacité pour être mises en œuvre.

Si on examine ce qui se fait en médecine du travail, on fait très rarement la démonstration de l'efficacité des pratiques. En fait, on se contente beaucoup trop souvent de réaliser, d'exécuter. C'est le cas pour les examens médicaux mais c'est probablement vrai pour toute une série d'autres procédures appliquées dans le cadre de la prévention et qui sont prévues par les législations. Mais on ne se pose pas la question de l'utilité lorsque les législations sont mises en place. Or, une fois la législation adoptée, on l'applique sans se demander quel est l'apport véritable de celle-ci. La médecine du travail gagnerait beaucoup à faire la preuve de l'efficacité de ce qu'elle fait.

Prenons un exemple, qui est relativement rare dans la littérature en médecine du travail, d'une étude qui avait été réalisée par des américains à Yale. Il ne s'agit pas de donner les résultats spécifiques de cette étude, mais simplement de montrer que ce genre d'étude est possible et réalisable et que nous devrions en faire beaucoup d'autres comme celle-ci.

Les auteurs de l'étude avaient démontré que la surveillance de la santé par rapport à la détection d'asthme aux isocyanates, dans un certain nombre d'entreprises, avait une certaine effectivité. Les isocyanates sont des substances chimiques utilisées dans la fabrication de certaines matières plastiques, notamment dans des peintures en carrosserie, et qui causent des asthmes très graves. C'est le premier pourvoyeur d'asthme professionnel dans le monde.

Les auteurs ont comparé une situation où on met en place une surveillance de la santé pour essayer de détecter précocement les asthmes aux isocyanates par rapport à une situation où on ne fait rien et où on attend que le patient qui a de l'asthme se manifeste auprès de son médecin traitant ou de son pneumologue.

Les résultats indiquent une réduction, sur une durée de dix ans, de 683 cas d'asthme professionnel pour 100.000 travailleurs qui seraient exposés à ce risque. Un gain de trois millions de jours sans symptôme sur les dix ans et un gain d'un peu moins de 2.000 kali. Le kali est une unité qui permet d'apprécier quantitativement la qualité de vie en multipliant le nombre d'années de qualité de vie par le taux de qualité de vie pendant cette année. Si on a une année avec une qualité de vie parfaite, ça fait un kali, si c'est une année avec une qualité de vie de 50 %, ça fait un demi kali. Donc on gagne ici près de 2.000 kali à mettre en place la surveillance de la santé, pour un coût qui était de 44 millions de dollars. C'était donc quelque chose qui était tout à fait « cost effective » si on le compare à toute une série d'autres mesures de prévention comme par exemple la détection du diabète en mesurant les glycémies. C'était « cost effective » du point de vue de l'employeur qui gagne donc bien à mettre en place cette politique de prévention.

Un autre élément apparaît également très intéressant si on l'analyse, non pas du point de vue de l'employeur, mais du point de vue de la société. En fait, le gain était non seulement important en termes de bénéfice pour la santé mais également au niveau des coûts de la santé. Ce n'était plus seulement « cost effective », mais c'était véritablement « cost saving ». En effet, les travailleurs qui n'auront pas développé leur asthme grâce aux mesures de prévention vont coûter moins cher au niveau de la société dans son ensemble. Le fait de démontrer, que du point de vue de la société, l'approche de détection précoce de l'asthme professionnel aux isocyanates était « cost saving », ouvre une série de perspectives et de réflexions qui peuvent aller jusqu'à se poser la question de savoir si le coût doit être purement supporté par l'employeur ou par la société également.

Lorsqu'on dispose de ce genre d'enquêtes vis-à-vis des interlocuteurs que nous côtoyons journellement dans le monde de la prévention en milieu professionnel, on peut avoir une attitude complètement différente de celle qu'on a pour l'instant, et ce serait tout à fait utile de pouvoir montrer ce genre de choses.

Quittons le Québec et les Etats-Unis et revenons en Belgique. La surveillance de la santé est organisée autour d'un arrêté royal qui date de quelques années (28 mai 2003)[86] et qui doit s'intégrer dans une stratégie dynamique de gestion des risques pour laquelle les conseillers en prévention interviennent sur toutes les matières et assistent toutes les parties concernées dans ce domaine. Si on s'intéresse à la législation concernant les examens médicaux et à la place que la législation leur prévoit (article 3), on trouve que la surveillance de la santé est prévue pour réaliser une pré-

[86] Arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs (M.B. 16.06.2003).

vention des risques professionnels. Si on décline la façon dont elle doit être mise en œuvre, on perd un peu cette idée de prévention des risques.

Reprenons quelques idées clés. En fait, que retrouve-t-on derrière cette déclinaison ? Essentiellement la notion d'aptitude ou d'inaptitude et la notion de détection précoce, de diagnostic précoce de maladies professionnelles si possible qui, il faut le reconnaître, sont quand même très loin et très en aval de la prévention des risques qui est annoncée au début de l'article.

Prenons deux exemples pour illustrer ce propos : l'examen de santé périodique et la surveillance de santé prolongée.

Commençons par l'évaluation de la santé périodique. Si on se penche sur la législation et sur la finalité qui est imposée à l'article 17, il apparait que « le médecin va fonder sa décision sur l'aptitude et qu'il va lier sa décision à l'analyse des risques actualisés ». « Va lier sa décision » comme si quelque part on avait une représentation où d'une part, il y a une analyse des risques qui a été effectuée et d'autre part, le médecin dans son cabinet médical qui lorsqu'il voit le travailleur devant lui pour un examen médical périodique doit tenir compte de cette analyse de risque qui a été effectuée autre part et par quelqu'un d'autre.

Prenons l'exemple concret des risques chimiques qu'on rencontre en milieu professionnel. Cette fameuse analyse de risques consiste en fait à identifier les agents chimiques qui sont utilisés, formés et générés dans un poste de travail. Pour chacun de ces agents chimiques, il faut caractériser le danger. Cela signifie que l'on cherche à connaître les effets que ces agents chimiques ont sur la santé. A quelles doses est-ce que ces effets surviennent ? Il faut caractériser, évaluer l'exposition. Quel est le niveau de concentration auquel les travailleurs sont soumis ? Quelle est la dose qu'ils reçoivent ? Ensuite, en comparant la dose que les travailleurs reçoivent avec celle qui est susceptible d'engendrer des effets sur la santé, on fait ce qu'on appelle une caractérisation du risque. Si le risque est élevé, c'est-à-dire si la dose reçue par les travailleurs est plus importante que celle qui est attendue, celle-ci peut produire des effets sur la santé. On va donc mettre en œuvre un certain nombre de mesures de prévention, de protection, de gestion du risque qui vont essayer de réduire ce risque autant que possible. S'il y a un risque résiduel, on va placer un dernier filet de sécurité avec l'examen médical qui va avoir pour fonction essentielle de vérifier l'aptitude ou l'inaptitude ou de détecter précocement des altérations de la santé qu'on n'a pas été capable de prévenir parce qu'il y a toujours ce risque résiduel.

C'est une attitude, une représentation, un stéréotype pour faire le lien avec les exposés précédents, qui devrait évoluer et qui est complètement dépassé. Ma conviction est que l'examen médical ne doit pas venir en bout de course, mais il doit faire partie intégrante de l'évaluation des risques. En effet, c'est aussi grâce à l'examen médical que l'on parvient à caractériser le danger, c'est aussi grâce à l'examen médi-

cal que l’on parvient à caractériser l'exposition. Le médecin du travail et l'examen médical qu'il pose participent à cette évaluation des risques.

Pour illustrer cela, prenons un exemple, celui de HCFC123 qui est une molécule chimique particulière. On aurait également pu prendre un exemple plus récent qui est celui des nanomatériaux. En fait, raisonner comme on l’a fait précédemment peut paraître, d'un point de vue intellectuel, tout à fait satisfaisant pour autant qu'on soit capable de mener cette caractérisation du risque et qu'on ait une évaluation du risque résiduel qui soit valable et qu'il n'y ait plus la moindre incertitude.

Ce qui implique :

- Qu'on connaisse les dangers de toutes les substances chimiques qui sont présentes dans les entreprises et qu'on connaisse les doses auxquelles ces dangers surviennent. Or, c'est loin d'être le cas. Il y a 100.000 substances chimiques à peu près qui sont répertoriées et qui sont utilisées dans l'industrie. Mais on a des connaissances pour seulement quelques centaines d'entre elles. Pour toutes les autres, cette case est complètement vide ;

- qu'on soit capable de mesurer l'exposition c’est-à-dire qu'on dispose de techniques, de marqueurs qui soient capables de mesurer l'exposition ;

- qu'on ait réalisé une mesure de l'exposition, ce qui n'est très souvent pas le cas dans la plupart des situations industrielles.

La plupart du temps cette caractérisation du risque est donc extrêmement lacunaire. Faire dépendre l'examen médical de la caractérisation du risque, implique donc une énorme incertitude.

Reprenons l’exemple du HCFC123 qui est une molécule que nous avions étudié dans le laboratoire suite à un accident qui était survenu dans une fonderie où, pour transporter les creusets qui contiennent des métaux en fusion à une très haute température, on utilisait un pont roulant actionné par un opérateur qui se trouvait en haut du pont dans une cabine. Les ingénieurs qui avaient construit l'usine avaient eu la bonne idée de se dire que la température qui émanait de ces creusets risquait d'endommager l'électronique qui faisait fonctionner le pont roulant et avaient prévu des systèmes de refroidissement qui protégeaient l'électronique du pont roulant. Tant qu'à amener un système de refroidissement pour protéger l'électronique, ils avaient imaginé de protéger également le travailleur qui se trouve dans une cabine près du pont. Donc le travailleur bénéficiait d'un système de conditionnement d'air dans sa cabine. Tout fonctionnait très bien jusqu'au jour où le médecin du travail a observé un cas d'hépatite dans cette entreprise. Et puis un deuxième, un troisième, un quatrième, un cinquième, six, sept, huit cas d'hépatite dans l'entreprise. Tous les cas

d'hépatite étaient liés au même poste de travail. Le médecin du travail a donc eu son attention attirée par ces différents cas, il a pris son téléphone et il a contacté ma collègue, le professeur Hoet à Louvain en soulignant que tous ces travailleurs développant une hépatite avaient comme point commun qu'ils travaillaient dans cette cabine au-dessus du pont roulant.

En fait, le gaz utilisé pour refroidir le pont roulant et la cabine était précédemment du fréon. Or, le fréon n'étant plus utilisé en raison de son effet nocif sur la couche d'ozone, le fournisseur avait remplacé le fréon par un autre gaz qui était ce fameux HCFC123 et cela sans en avertir l'entreprise. Comme l'installation était relativement vétuste, les fuites de fréon étaient importantes, mais comme ce gaz est complètement inerte d'un point de vue toxicologique, personne n'avait jamais remarqué ces fuites. Cela faisait l'affaire du fournisseur qui venait remplir le système toutes les semaines et donc le système n'avait jamais été remis en ordre. Jusqu'au jour où le fournisseur a utilisé un autre gaz, le HCFC123 qui avait été commercialisé pour éviter les effets délétères sur la couche d'ozone, mais qui malheureusement endommageait le foie des travailleurs qui le respiraient.

Premièrement, personne ne savait que le HCFC123 était présent dans l'entreprise, le fournisseur avait substitué le gaz qu'il fournissait de sa propre initiative parce qu'il pensait que c'était mieux de fournir autre chose que du fréon.

Deuxièmement, personne ne connaissait la toxicité du HCFC123. Les ouvrages de toxicologie de l'époque ne donnaient aucun renseignement sur la toxicité de ce gaz car personne ne savait que cette molécule était toxique pour le foie.

Donc identifier le fait qu'il y avait dans cette entreprise du HCFC123 qui était toxique pour le foie et imaginer qu'on allait procéder à une analyse de risque et qu'il fallait prévoir un examen médical était complètement illusoire. En fait, c'est l'inverse qui s'est produit, c'est grâce à l'examen médical qu'on a pu compléter les données sur la toxicité du HCFC123 et procéder à l'analyse de risque dans cette entreprise.

L'idée, pour terminer sur l'examen médical périodique, est que celui-ci ne doit pas servir uniquement à diagnostiquer l'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail et à la détection précoce de maladies mais qu'il gagnerait beaucoup et enrichirait très fort d'une part, l'analyse des risques et d'autre part, l'activité des conseillers en prévention. La fonction principale de l'examen médical est de participer à l'analyse du risque. La raison d'être de l'examen médical est de vérifier que les conditions de travail sont acceptables et de voir s'il faut prendre des mesures pour les revoir.

La raison d'être principale de l'examen médical, dans ce cas-ci, est qu'il donne la possibilité d'agir. On peut, grâce à cet examen, revenir sur les conditions de travail. On peut réduire l'exposition, non seulement on peut, mais on doit réduire l'exposition, on doit mettre en oeuvre des moyens de protection, informer, former le travailleur et éventuellement l'écarter. C'est une fausse représentation que de croire que l'examen médical en soi protège la santé du travailleur simplement parce que l'exa-

men médical existe. C’est certainement le cas lorsqu'on le considère dans une dimension d'inaptitude ou de détection précoce de maladie, mais l'examen médical n'est utile que s'il participe à la gestion dynamique des risques en agissant également sur l'exposition. L'examen médical n'a sa raison d'être que parce qu'il permet de revenir en arrière et d'agir sur les conditions de travail pour les améliorer.

Deuxième exemple, celui de la surveillance de santé prolongée. Revenons un court instant sur la législation qui prévoit une surveillance de santé prolongée pour les travailleurs qui ont été exposés à certains agents, dont les agents cancérogènes. Cette surveillance doit prévoir toute une série d'examens et de tests fonctionnels. De façon très laconique, la législation prévoit que ces examens doivent être tous ceux qui sont nécessités par l'état de santé du travailleur et par rapport aux conditions dans lesquelles ce dernier a été exposé. Si on réfléchit à la place et à la raison d'être de cet état de santé, quelles pourraient être les finalités ou la finalité de cet examen de surveillance prolongée ?

- Evidemment ce n’est certainement pas un examen qui a pour objet d'évaluer l'aptitude du travailleur puisque c'est forcément un travailleur qui a quitté son emploi.

- Ce n’est certainement pas non plus, comme dans l'exemple précédent, de contrôler au sens anglais, américain du terme, les risques.

- Ce n’est certainement pas d'avoir un impact sur les conditions de travail. Cela n'a plus aucun sens d'avoir un examen médical après que le travailleur ait quitté son emploi parce qu'on ne peut plus forcément agir sur les conditions de travail.

On peut cependant imaginer qu’un tel examen ait un intérêt d'un point de vue statistique, pour faire des études épidémiologiques, pour a posteriori constater que dans telle ou telle entreprise les conditions de travail n'étaient pas optimales et qu'il y avait un risque particulier pour la santé. La représentation qui est la plus souvent avancée, c'est de se dire que cet examen est là pour faire de la détection précoce. On parle surtout de cancer pour la surveillance prolongée, pour faire une détection précoce du cancer. L'exemple qui vient à l'esprit parce que c'est en particulier pour ce genre de composé que la surveillance prolongée est mise en oeuvre, est celui de l'exposition à l'amiante qui implique un risque de cancer bronchique. On se dit que la surveillance prolongée de la santé est là pour détecter précocement le cancer bronchique chez les travailleurs qui ont été exposés à des substances comme l'amiante.

Posons-nous la question de savoir si cet examen a un sens d'un point de vue scientifique ?

A priori, cela semble logique de se dire que la détection précoce et la prévention sont utiles. On stimule d'ailleurs à différents niveaux les gens à faire de la détection précoce de cancer, etc.

Mais cela a-t-il véritablement un sens de le faire dans ce cadre-ci ?

En fait, des chercheurs ont déjà réfléchi à ce genre de questions depuis longtemps. Il y a notamment deux membres éminents de l'OMS qui avaient répondu à cette question dans les années 60 et qui avaient édicté une série de critères très célèbres en santé publique, qui sont les critères de Wilson et Junger qui envisagent les conditions pour qu'une détection précoce soit mise en œuvre, efficace et utile. En particulier, parmi les critères qui sont avancés par Wilson et Junger, il faut surtout que, lorsqu'on cherche à détecter de façon précoce une maladie, le traitement à un stade précoce soit plus bénéfique qu'à un stade tardif.

Pour revenir à l'exemple du cancer bronchique lié à une exposition à l'amiante, on peut estimer que le critère n'est pas rempli parce qu'on sait très bien que détecter de façon précoce un cancer bronchique est possible grâce aux techniques d'imagerie médicale sophistiquées qui sont disponibles mais ce n'est pas parce qu'on va détecter précocement le cancer bronchique qu'on va offrir un bénéfice à la personne. Donc ça ne sert strictement à rien d'essayer de détecter précocement un cancer bronchique. On fait tout aussi bien d'attendre que le patient développe toute la symptomatologie qui est associée au cancer bronchique car on ne lui rendra pas service en le détectant plus précocement. Il faut que les risques physiques et psychologiques soient moindres que les bénéfices. Soumettre à une surveillance prolongée les travailleurs qui ont été exposés à un agent cancérogène, les faire voir tous les ans, tous les deux ans par un médecin, faire passer des examens qui vont nécessairement détecter des anomalies qui vont se révéler être un cancer ou autre chose, être des faux positifs, etc…, va engendrer toute une série d'effets négatifs qui ne seront pas compensés par des bénéfices réels.

Les coûts doivent être proportionnés au bénéfice, or c'est un élément qui n'est pas démontré lors de la surveillance prolongée de la santé. Donc, on en revient à toute une série de stéréotypes véhiculés dans le cadre de la surveillance de la santé et de la pathologie professionnelle où en fait, « prévenir ne vaut pas toujours mieux que guérir » ! Ce n'est pas parce qu'on essaye par tous les moyens, avec des techniques sophistiquées, de trouver des anomalies qu'on va nécessairement rendre service aux patients ou aux travailleurs dans notre cas. Une nouvelle technique de détection précoce de la maladie n'est pas nécessairement utile pour le sujet auquel on applique cette technologie.

En espérant avoir été capable de vous convaincre qu'il existe un grand malentendu quant à la place, la signification et le rôle de l'examen médical, revenons au message

de départ en précisant que parfois les attentes par rapport à cet examen médical, comme la surveillance prolongée de santé, sont excessives et que, dans d'autres cas, comme l'examen de santé périodique, c'est un examen qui est parfois encore trop souvent mal utilisé, sa place étant mal réfléchie dans la stratégie de prévention des risques professionnels.

Terminons par une analyse qui n’est pas faite habituellement dans nos milieux et certainement pas en médecine du travail, une analyse SWOT, qui recherche les strength, weaknesses, opportunities et threads.

On a d’une part les forces et les faiblesses qui sont dépendantes du processus interne qui serait l'examen médical de santé en lui-même et d’autre part les opportunités et les menaces qui sont liées aux facteurs extérieurs. On a donc évidemment des facteurs positifs et des facteurs négatifs. En essayant de remplir ce tableau par rapport à l'examen médical, voici ce qui en ressort :

Que pourrait-on avoir comme forces dans l'examen médical ?

- Si l'objectif, c'est la santé du travailleur, un examen médical de santé est par définition quelque chose d’adapté pour répondre à ce genre de préoccupation.

- Une autre force actuelle, c'est que depuis plusieurs années, la formation du médecin du travail est largement multidisciplinaire et qu'il est donc capable de dialoguer avec les autres acteurs de prévention. Le médecin du travail se cantonne de moins en moins dans son cabinet médical pour ne faire que des examens médicaux ; mais il est de plus en plus en relation avec ce qui se passe ailleurs que dans le service dans lequel il travaille.

- Une force aussi est que ce sera difficile de supprimer ces examens médicaux parce qu'ils sont prescrits par les législations. Donc ils sont là et il sera très difficile de les mettre en question et de les faire disparaître, ce qui est une chance !

- Mais en même temps, c’est aussi une faiblesse parce que le fait qu’ils soient prescrits par la législation dédouane de réfléchir sur le bien fondé de ce qui est fait et on peut appliquer les choses parfois d'une façon un peu automatique, sans justifier, ni montrer la légitimité de ce qui est fait.

- Une autre faiblesse serait l'automédicalisation. Certains médecins du travail sont parfois tentés de se réfugier dans leur cabinet médical et de ne faire que ce pourquoi ils ont été préparés durant leur formation médicale. Mais

c'est de moins en moins le cas parce que les médecins du travail sont de mieux en mieux formés.

- L’utilité de toute une série de choses qu'on fait en médecine du travail, et notamment les examens médicaux, est beaucoup trop peu documentée. On n'a pas pris l'habitude et on devrait sérieusement y réfléchir, de voir comment on pourrait améliorer les choses, d'essayer d'apporter la preuve de l'utilité de ce qu'on fait.

- Les opportunités seraient plutôt le coût du temps médical dans un service externe ou interne de prévention. Les médecins du travail sont tellement chers qu’il serait stupide de leur faire faire uniquement des examens médicaux complètement déconnectés de ce qui se passe ailleurs. Le fait que les médecins du travail coûtent cher pourrait forcer les services à leur faire faire des choses plus riches qui rendraient mieux compte du coût qu'ils représentent.

- Les menaces qui pèsent sur les activités médicales propres lors d'un examen médical, c'est peut-être l’absence de communication entre les services comme par exemple entre deux départements qui ne se parlent pas, un département de gestion des risques et un département de surveillance de la santé.

- Le coût médical peut évidemment être aussi une menace surtout si on ne parvient pas à démontrer l'utilité de ce qu'on fait.

Pour toutes ces raisons, il serait utile que le médecin puisse réfléchir à l’utilité de ce qu'il fait dans le cadre de son activité médicale en prévention des risques professionnels.

Liste des intervenants et des contributeurs

Georges CARLENS	Directeur de Cabinet de la Vice-Première Ministre, Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances, Joëlle Milquet.
Donatienne DESMETTE	Professeure de psychologie sociale à l'UCL. Responsable de recherche au Centre de Recherche pour la Solidarité et l'Innovation Sociale (CERISIS) et au Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société (CIRTES).
Patrick FELTESSE	Conseiller à l'Association pour une Fondation Travail-Université (FTU). Enseignant à l'Institut Cardijn à Louvain-la-Neuve (Haute école Charleroi Europe).
François LADRIERE	Directeur du CESI- Prévention et Protection au Travail. Professeur en Sciences hospitalières à l'UCL.
Dominique LISON	Professeur de médecine à l'UCL. Responsable de l'Unité de Toxicologie industrielle et de Médecine du Travail.
Joëlle MILQUET	Vice-Première Ministre. Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances.

Pierre REMAN	Professeur à l'UCL. Responsable de la Chaire Max Bastin. Directeur de la Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale. FOPES-UCL. Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société (CIRTES).
Corinne SAINT-MARTIN	Maître de conférence en sociologie. Centre d'Etude et de Recherche Travail Organisation Pouvoir (CERTOP). Université de Toulouse-Le Mirail.
Claire THEBAULT	Ingénieur d'étude et de recherche. Centre d'Etude et de Recherche Travail Organisation Pouvoir (CERTOP). Université de Toulouse-Le Mirail.
Patricia VENDRAMIN	Co-directrice du Centre de recherche Travail & Technologies de l'Association pour une Fondation Travail-Université. Professeure de sociologie à l'UCL
Laurent VOGEL	Directeur du Département santé et sécurité à l'Institut syndical européen. Professeur à l'ULB.