

DOSSIER 55

Travail : la santé impossible ?

P4 Boris Cyrulnik
et la résilience

P14 Tabac
La fumée des autres

P51 Témoignage
Pour un libre patient

Téléphone mobile
P57 *L'onde du doute*



Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé
 de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2001 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	165 FF <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF <input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	110 FF <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	220 FF <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :
 (prix au numéro : 39 FF).

- Quelle prévention du suicide ? N° 342.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Famille et santé, N° 343.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
- La démarche communautaire en santé, un état d'esprit, N° 351.
- L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.
- Jeunes et santé : comment communiquer ? N° 352.
- Éducation à la santé à l'École, N° 346.
- Éducation pour la santé : vers quels métiers ? N° 353.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348.

- 4 Aide à l'action**
À propos de la notion de résilience
Résilience : « Les blessures sont irréversibles, mais elles sont réparables »
Entretien avec Boris Cyrulnik
Les éducateurs pour la santé et la résilience : du coup de foudre au mariage de raison
Christine Ferron
- 10 La santé à l'école**
Atelier santé : les élèves prennent leur place
Florence Daussant, Gilles Chinaud
- 14 La santé en chiffres**
La fumée des autres
Karina Oddoux

Dossier : P. 15 à 50

Travail : la santé impossible ?

Présentation

Si loin, si proche

Alain Douiller 16

Le travail : ce n'est pas toujours la santé !

Intensification du travail : des effets néfastes sur la santé

Serge Volkoff, Michel Gollac 17

La santé des salariés au microscope

Sylvie Hamon-Cholet 21

Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ?

Sylvie Hamon-Cholet 23

Plaidoyer pour une vraie politique de santé au travail

Annie Thébaud-Mony 25

Sortir de soi

Travail, chômage et action collective

Yves Clot 27

Logiques, organisation et place de la santé dans l'entreprise

Produire, sans détruire la ressource humaine

François Hubault 32

Du code du travail au dialogue social

Francis Bourdon 35

Vers un statut de sujet... même au travail

Trois questions à Omar Brixi 37

Comprendre le travail, pour limiter les atteintes à la santé

Alain Garrigou 38

Quelles actions de prévention ?

Donner la parole aux salariés sur leurs conditions de travail

Entretien avec Michel Berthet 41

Tabac en entreprise : entre loi et prévention

Sylviane Ratte, Anne Borgne 43

Pour une prévention de l'alcoolisation en entreprise

Jean-Paul Jeannin 45

Des outils de sensibilisation et d'information des acteurs médicaux

Anne Delépine 48

Pour en savoir plus

Centre de documentation du CFES 49

51 Éducation du patient

« Pour un libre patient »

Philippe Barrier

54 Cinésanté

Traffic

Michel Condé, Alain Douiller

57 Environnement

Téléphone portable : le doute raisonnable

Denis Dangaix

60 Lectures – Vidéo

À propos de la notion de résilience

Avec cent mille ouvrages vendus lors des six premières semaines de sa sortie en librairie, *Les vilains petits canards*¹ confirment à la fois les qualités de vulgarisateur et d'humaniste de Boris Cyrulnik, mais aussi l'intérêt du public pour la question de la résilience. Ce terme, emprunté aux sciences physiques, désigne la capacité qu'ont certaines personnes à « s'en sortir malgré tout », à échapper au destin noir que leur préparait un traumatisme infantile important. Ayant lui-même évité un

camp de concentration nazi où étaient conduits ses parents, Boris Cyrulnik n'a de cesse d'essayer de comprendre, au-delà de sa propre expérience, comment les personnes, les groupes et les environnements peuvent aider à surmonter des épreuves que notre culture désigne plutôt comme les garantes d'un malheur inéluctable.

À la suite de l'interview que Boris Cyrulnik a accordé à *La Santé de l'homme*, Christine Ferron s'interroge

sur l'utilisation que les éducateurs pour la santé peuvent faire de cette notion de résilience. Si elle en reconnaît tout l'intérêt dans une évolution de l'éducation pour la santé vers une dynamique de promotion de la santé qui privilégie des démarches pédagogiques positives (de l'approche par risques à l'approche par facteurs de protection), elle met cependant en garde contre une banalisation de ce concept et surtout contre son utilisation normative voire culpabilisatrice.

1. Boris Cyrulnik. Paris : Odile Jacob, 2001 : 279 p.

Résilience : « Les blessures sont irréversibles, mais elles sont réparables »

Entretien avec Boris Cyrulnik

La Santé de l'homme : Vous êtes neuropsychiatre et éthologue. Le public connaît peut-être davantage l'éthologie animale notamment, par les travaux de Konrad Lorenz et ses dérives idéologiques inquiétantes il y a quelques années. Vous-même, vous vous intéressez à l'éthologie humaine, de quoi s'agit-il ?

Boris Cyrulnik : L'éthologie humaine observe les comportements, avant la parole (pour les enfants par exemple), à l'occasion de la parole (pour les individus, les groupes, les foules) ou même après la parole (les aphasiques...).

SH : Est-ce une discipline à part entière ?

Boris Cyrulnik : L'éthologie emprunte à la linguistique, la neurologie, la sociologie, la psychologie. J'aurais

aimé que cela devienne une vraie discipline mais on n'a pas su le faire. Les idées éthologiques sont maintenant bien rentrées en psychosociologie, en biologie, en génétique, en psychologie de l'enfant, en neuropsychologie, mais l'éthologie ne s'est pas constituée en tant que discipline universitaire parce que l'on a été des praticiens de terrain et pas assez des gens « de couloirs ». Si l'on veut faire une carrière sociale, il vaut mieux être dans les couloirs que sur le terrain !

SH : La notion de résilience est une notion de plus en plus utilisée dans notre champ de l'éducation pour la santé et de la prévention et vous en êtes, pour une bonne part, responsable. Vous dites notamment dans votre dernier livre que « la résilience n'est pas un catalogue de qualités mais un processus ».

Boris Cyrulnik : Si on fait un catalogue de qualités, on va avoir une théorie fixiste : « il est intelligent, il est séduisant, il est résistant aux chocs, etc. » mais la résilience, ce n'est pas ça... On peut avoir un enfant qui peut être intelligent dans une situation et si, autour de lui le malheur arrive, il se met à mal travailler à l'école. Et inversement, il y a plein d'enfants qui ont été étiquetés « débiles », tout simplement parce que le théorème de Pythagore comparé à ce qui les attend le soir à la maison, cela n'a aucun sens : « Je suis mauvais à l'école parce que l'école n'a aucun sens pour moi. Mais si je tisse un lien avec une personne et que cet adulte me dit "le théorème de Pythagore, tu as réussi à comprendre ? ", je vais chercher à comprendre le théorème de Pythagore pour parler à cette personne d'attachement ; parce que sous son regard, c'est important de comprendre le théorème de

Pythagore ». Et l'on voit ces enfants éti-
quetés débiles, trois mois après, rattraper
leur retard et devenir extraordinaires.
Je dis cela en pensant par exemple à
Jacques Séguéla, qui, je crois, a eu son
bac à la septième tentative parce qu'il
était mauvais, parce que ça ne l'intéressait
pas, jusqu'au jour où son grand-père,
qu'il aimait beaucoup, a provoqué un
affect. Il a eu son bac, il a fait pharmacie
et des études brillantes.

SH : Vous expliquez la résilience, en disant que ce ne sont pas des qualités forcément innées, forcément « fixées ». Sur quoi se fonde alors la résilience ? Quels sont les principes qui permettent à une personne de surmonter ou pas une épreuve ?

Boris Cyrulnik : Le tricotage ! Pour tricoter, il faut deux maillages : des ressources externes et des ressources internes. Si j'ai été imprégné au cours des premiers mois de ma vie, si j'ai acquis un tempérament de confiance primitive parce que j'ai été en sécurité, j'ai eu de la régularité dans ma vie de famille, des repères stables sur lesquels je pouvais me fier. À ce moment-là, lorsqu'il m'arrive un malheur, un accident, c'est douloureux mais je sais que je peux résoudre le problème. Cela ne va pas être facile, mais je sais que c'est possible. Pour cela, il faut que je trouve une ressource externe autour de moi : un éducateur, un prof de gym ou un « psy », mais pas obligatoirement ; c'est arrivé à beaucoup de créatifs, des chanteurs, des gens de théâtre, de cinéma, des gens d'images et de lettres... À titre d'exemple, une écrivaine sur deux a été agressée sexuellement dans son enfance. Il faut donc qu'après avoir acquis ces ressources internes, après la blessure, que je puisse rencontrer autour de moi un tuteur de résilience et à ce moment-là, je peux me reticoter. Dans le développement de ma personnalité, de mon histoire, il y aura un point faible, mais le reste sera bien développé, je pourrai alors mener malgré tout une vie humaine.

SH : Pourquoi insistez-vous autant sur les dimensions de créativité ?

Boris Cyrulnik : Je crois que c'est vraiment la ressource. Parmi les gens qui ont eu de graves blessures, les résilients se disent « *qu'est-ce que je vais en faire ?* » et ceux qui ne sont pas résilients disent

« je ne vais jamais m'en sortir, je suis pris par mon passé, je suis prisonnier de ma mémoire, de syndromes post-traumatiques : je revois tous les soirs les scènes, je n'arrive pas à m'en débarrasser ». Neuf fois sur dix, les résilients disent : *« je vais faire en sorte que cela ne se reproduise plus ».* C'est naïf, c'est généreux. Mais les combattants de la guerre de 14-18 se sont dits « *on va militer pour que cela ne se reproduise plus : la der des ders* ». Les enfants maltraités, contrairement à ce que l'on dit, militent pour que la maltraitance ne se répète pas.

SH : Il s'agit donc de la créativité au sens large, pas forcément de la créativité artistique ?

Boris Cyrulnik : L'action est une création : je mets dans le monde un geste qui, au départ, n'y était pas. La création peut être un engagement social, le militantisme est une création, mais bien sûr il y a aussi la création verbale, musicale, l'écriture.

SH : Vous parliez aussi beaucoup d'images, de quelle façon l'image est-elle importante ?

Boris Cyrulnik : Parce que la parole provoque souvent trop d'émotion, c'est trop difficile et beaucoup d'enfants n'osent pas parler. Ils s'expriment souvent avec des images, des gestes, des chansons. Parce que dire « *voilà, je vais te dire ce qui m'est arrivé* », émotionnel-

lement c'est très dur et en plus, je ne suis pas sûr que tu puisses me comprendre. Au pire, tu peux avoir pitié, ou plus encore, tu vas avoir une « gourmandise » sadique. C'est parfois dur de dire des secrets, des amours d'enfance, des choses secrètes. Plus encore, si quelqu'un dit : « *Moi, j'avais 12 ans quand mon père est entré dans mon lit* »... C'est impossible à dire, ou alors si je le dis, c'est la glace qui tombe instantanément, le silence. Alors, je me tais et si je me tais, je suis clivé, honteux et je vais faire ma vie avec cette boule douloureuse au fond de moi. Et sous une apparence normale, les gens ne vont pas comprendre pourquoi parfois je suis sympa et parfois je pleure, j'explose ou je suis hébété. Ils vont dire « il est lunatique ». Et le « normopathe » ou pour le dire autrement « l'anormalement normal » (rire) va ainsi participer au déni. Si ça ne peut pas être dit parce que c'est dur à dire, je peux trouver un autre moyen pour m'exprimer : par l'image, la mise en scène, le théâtre, la peinture. À ce moment-là, je vais m'exprimer mais cela ne veut pas dire que c'est moi qui parle : c'est un roman, c'est le héros de mon roman qui va dire ce qui m'est arrivé.

SH : Vous parliez de résilients et de non-résilients, on peut séparer les gens comme cela ?

Boris Cyrulnik : Non, car les gens ne sont pas résilients toute leur vie et les non-résilients ne sont pas non plus non-

résilients toute leur vie. Un résilient peut très bien être résilient à un moment de sa vie, dans un milieu donné, et blessé dans un autre moment, un autre milieu.

SH : Comment expliquez-vous le succès de cette notion de résilience, mais celui, plus largement, de votre travail ? Est-ce que cela correspond à une attente du public, et si oui, à quelle attente ?

Boris Cyrulnik : Je crois que l'on a présenté depuis longtemps les blessures sous un aspect misérabiliste : « À 3 ans, tout est joué, à 6 ans, tout est foutu » ou « avec ce qui t'est arrivé, tu ne t'en remettras jamais », ce sont des phrases que les professionnels ont prononcé pendant très longtemps. Je reçois du courrier où les gens me disent que c'est un comble de dénoncer les professionnels qui disent à l'enfant ou à leur famille blessée « avec ce qui vous est arrivé, vous ne vous en remettrez jamais »... J'ai reçu une lettre, il n'y a pas longtemps, d'une femme qui a des responsabilités dans un service social et à qui un éducateur spécialisé disait d'une fille violée par son père « avec ce qui lui est arrivé dans la vie, elle est foutue pour la vie, elle sera frigide, ne pourra plus avoir d'enfants... ». Cette femme m'écrit : « avant, je n'aurais rien fait et rien dit mais là, j'ai explosé et je lui ai dit que moi, ça m'était arrivé. Je suis mariée, j'ai des enfants et je ne suis pas frigide ». Avant, elle se serait tue, elle aurait laissé le préjugé courir et maintenant, le fait que l'on dise que ce n'est pas facile, mais c'est possible de s'en sortir, c'est une optique totalement différente. Des gens m'écrivent en me disant que cela redonne espoir et moi je dis « c'est un espoir, mais ce n'est pas un espoir qui tombe du ciel, c'est un espoir qu'il faut travailler ».

SH : Quel travail ? Que pouvez-vous conseiller ou dire à ces professionnels dont vous parlez et qui ne sont pas tous fatalistes et n'entretennent pas tous cette « culture du malheur » ?

Boris Cyrulnik : Maintenant, on sait que ce sont les choses simples qui marchent le mieux : trouver un lieu de parole intime ou, à l'inverse, dire en public ce qu'on ne peut pas dire en intimité, il faut seulement le comprendre. L'art est un

mode d'expression privilégié de la blessure parce que les gens disent ce qui leur est arrivé mais de manière digne et non pas misérable. L'art est un moyen privilégié d'expression de la blessure, il métamorphose la blessure. Tout comme l'action, l'engagement militant. Il faut demander au blessé de donner quelque chose, ne pas l'encourager à faire « une carrière de victime » car, de cette façon, on éteint son estime de soi. Ce n'est pas une recette, mais c'est un changement d'attitude : face à la blessure, pas de pitié, pas de pitié pour les blessés (rire) ! « On va t'aider, tu es blessé, on va chercher à réparer ta blessure mais dès que tu seras réparé, tu vas donner quelque chose, on rétablit un rapport d'égalité ».

SH : Vous dites, dans votre ouvrage, que l'attitude face au malheur, c'est aussi une question de culture. En France, on serait beaucoup dans une culture du malheur qui le ressasse d'une façon un peu fataliste, par opposition aux États-Unis où l'on aurait une attitude plus positive...

Boris Cyrulnik : Tous les Américains, et les Anglais également, connaissent le mot résilience et l'emploient dans leur vie quotidienne. Cela veut dire que, face au malheur, on sait qu'il y a quelque chose à faire et on va chercher. Alors qu'en France, on dit « il est blessé, il est foutu ». Cette résignation a une valeur prédictive puisqu'on dit « il n'y a rien à faire, il est foutu ». C'est une prophétie auto-réalisatrice.

SH : Est-ce que l'on peut mesurer d'une culture à une autre, d'un pays à un autre des niveaux de malheur, d'anéantissement plus importants ? En France, par exemple, plus importants qu'en Angleterre ou aux États-Unis ?

Boris Cyrulnik : Non, je ne crois pas, il y a une très forte inégalité entre les traumatismes. Il y a des gens qui sont gravement blessés par des traumatismes qui nous, nous paraissent bénins et qui, pour eux, sont hyper-signifiants et cela signifie tellement de choses que cela les détruit. Inversement, on voit des gens traverser des épreuves qui, vues de l'extérieur, sont terrifiantes et eux, ils se sont faits leur petit monde, ils se faufilent, ils arrivent à traverser les épreuves sans trop souffrir. Il y a donc une énorme inégalité face aux traumatismes.

SH : Souvent on surprotège les enfants ou, au contraire, on a tendance à penser qu'ils s'en remettront bien parce qu'ils ont toute la vie devant eux. Est-ce que vous, en tant qu'éthologue, vous pouvez dire que les enfants ont des capacités différentes des adultes ?

Boris Cyrulnik : Des capacités certes, mais le traumatisme, l'épreuve, surviennent à des stades différents de la construction de la personnalité, donc les réactions de la personnalité sont différentes à chaque âge. Un bébé qui perd sa mère, c'est son monde sensoriel qui se vide. Un enfant qui perd sa mère après la parole (4 ans, 5 ans, 6 ans), c'est l'identité narrative qui se met en place « Je suis celui qui n'a pas de mère », son mode sensoriel n'est peut-être pas vide, il y a des substituts affectifs autour mais dans son identité narrative, il se sent moins que les autres. Chez les gens adultes, il y a des couples résilients, il y a des adultes résilients, où chacun aide l'autre en cas de malheur. Par exemple, au Liban, il y a des couples qui avaient des valeurs de protection stupéfiantes et qui, après la guerre, explosent. Parce que, pendant la guerre, chacun comptait sur l'autre et après, ils se débrouillent très bien l'un sans l'autre.

SH : Une formule m'a beaucoup plu dans votre livre : vous dites que « les blessures sont irréversibles, mais qu'elles sont réparables ».

Boris Cyrulnik : En effet, elles sont irréversibles mais réparables. Une fille qui a été violée ne peut pas ne pas l'avoir été, la blessure est là. Un garçon qui a été orphelin, il l'a toujours été, sa personnalité s'est développée avec ça dans sa mémoire, dans la constitution de son identité. Comment je vais me rééquilibrer avec ça ? C'est difficile, c'est douloureux, c'est long et la blessure est irréversible : on ne peut pas revenir en arrière. Mais c'est réparable dans la mesure où cela me force à comprendre ce qui m'est arrivé, pour agir sur la société, sur moi, pour que je m'en sorte, pour que cela ne se reproduise plus. Non seulement, c'est réparable, mais on peut en faire des choses collectives et utiles.

Propos recueillis par **Alain Douiller**

Les éducateurs pour la santé et la résilience : du coup de foudre au mariage de raison

L'objectif de cet article est moins de présenter le concept de résilience, que d'apporter les éléments d'une réflexion critique destinée à ouvrir la voie à une utilisation de ce concept en éducation pour la santé.

La résilience fait référence à un processus dynamique rendant possible une adaptation réussie en dépit d'un contexte de forte adversité. Ce concept fait l'objet d'un nombre croissant de recherches depuis sa définition par les premiers chercheurs, en particulier dans le champ des sciences humaines appliquées à la santé. Les premières études publiées sont celles d'Emily Werner et de Michael Rutter, dont les observations ont respectivement débuté dans les années cinquante et les années soixante-dix. Depuis, un nombre considérable de recherches et de travaux théoriques ont été consacrés à l'exploration des fondements scientifiques et des applications de la résilience.

Le verre à moitié plein

Pourquoi ce concept séduit-il autant les professionnels de la santé en général et de l'éducation pour la santé en particulier ? À l'instar de la notion de

compétences psychosociales, la résilience s'inscrit dans une vision positive et globale de la santé ; elle inspire des approches centrées davantage sur l'identification et le développement des facteurs protecteurs¹, que sur la lutte contre des facteurs et des comportements dits « à risque ». En ce sens, elle semble pouvoir s'inscrire assez naturellement dans une conception de l'éducation pour la santé relevant de la promotion de la santé, ce qui explique l'attrait qu'elle exerce sur les professionnels de ce secteur. Il paraît en effet plus gratifiant et moins excluant de s'attacher à repérer et à développer des facteurs de résilience, que de chercher à contrecarrer des comportements autodestructeurs (1). Comme le dit S. Tomkiewicz (2), « *le concept de vulnérabilité incite à trop regarder la moitié vide de la bouteille, la résilience invite à en regarder la moitié pleine* »...

Il semble cependant que le concept de résilience ne se contente pas d'apporter des solutions, il pose aussi un certain nombre de problèmes spécifiques qu'il serait dangereux d'ignorer, notamment dans le cadre de la mise en œuvre d'actions de proximité². Ces problèmes sont principalement de deux ordres : d'ordre conceptuel et d'ordre éthique.

Résilient, quand, comment et pourquoi ?

S. Vanistendael (3) définit la résilience comme « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ».

Le premier problème conceptuel auquel on est confronté est celui de la définition même de l'adversité comportant un risque élevé d'une issue préjudiciable à la personne. Il est facile d'admettre que des enfants victimes de catastrophes naturelles, confrontés à la famine, pris dans un conflit armé, ou obligés à des déplacements forcés, soient amenés à vivre des situations requérant des ressources exceptionnelles en matière d'adaptation et de résilience. La définition d'un milieu familial et/ou socio-économique défavorable est plus délicate. Par exemple, on parle volontiers de résilience chez certains enfants souffrant de handicap ou de maladie chronique, ou dont l'un des deux parents est usager de drogues. À quel moment un enfant devient-il « *un enfant d'alcoolique* » ? À quel moment doit-on considérer qu'une maladie chronique place un enfant ou un adolescent dans une situation difficile ? Certains événements de vie perçus négativement par des observateurs extérieurs ne peuvent-ils pas être vécus positivement par les personnes concernées ? Le même facteur peut se révéler

protecteur pour un individu et domageable pour un autre : entrée à l'école, enrôlement dans l'armée... Il n'existe à l'heure actuelle aucun accord sur des critères précis permettant de définir les situations de nature à mobiliser à coup sûr chez les individus des ressources relevant de la résilience (4).

Le second problème concerne la définition d'une réussite acceptable pour la société (d'autres auteurs parlent d'une existence « saine et productive ») : existe-t-il des critères standardisés, utilisables dans différents contextes culturels, qui permettraient d'affirmer qu'une personne a surmonté les difficultés auxquelles elle a été confrontée à un moment donné de son existence, et que sa réussite est acceptable pour la société ? Certains enfants ou adolescents développent des stratégies de survie favorables par rapport à une situation initiale destructrice, mais aussi totalement hors la loi. Ils pourraient ainsi être qualifiés de « résilients » dans la rue et de « non résilients » dans le milieu scolaire ou professionnel. Leur résilience peut également se manifester par des traits de caractère ou des comportements qui mettent en péril les res-

sources personnelles de leur entourage... Enfin, à partir de quel moment décide-t-on que l'existence d'une personne est devenue saine et productive : dans les années de la post-adolescence ? lorsqu'elle fonde une famille ? lorsque son statut professionnel est consolidé ? Là aussi, on serait bien en peine de distinguer des critères temporels ayant valeur universelle (4). L'histoire compte plusieurs exemples de personnes ayant apparemment surmonté les difficultés liées à de terribles traumatismes, et qui décident pourtant de mettre fin à leurs jours...

Le concept de résilience se révèle ainsi porteur de deux risques que les professionnels de l'éducation pour la santé cherchent précisément à éviter en inscrivant leurs actions dans le cadre de la promotion de la santé : la stigmatisation et la normalisation.

Résilient ou protégé ?

Les principaux facteurs en jeu dans la résilience peuvent être recensés au travers de la littérature sur cette question. Ils sont schématiquement de deux natures : individuels et environnementaux (5).

Les facteurs individuels incluent une bonne image de soi, une intelligence et une apparence physique « dans la moyenne », la capacité à attirer l'attention d'autrui, à susciter la sympathie, le sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie et les événements qui s'y rapportent, la souplesse et la capacité d'adaptation, le sens de l'organisation, le sens des responsabilités, la maturité sociale. Parmi les facteurs liés à l'environnement, on compte la capacité de la mère à établir un lien chaleureux, une relation privilégiée avec un adulte, un espacement d'au moins deux ans entre les naissances de chaque enfant de la fratrie, la présence d'amis fidèles, un conjoint émotionnellement stable, la possibilité de prendre des responsabilités dans la vie familiale, la présence de valeurs morales, religieuses, spirituelles au sein de la famille ou de la communauté, le sentiment d'appartenance à une communauté ou à un réseau informel, la possibilité d'avoir recours à un soutien social de qualité, un environnement scolaire chaleureux, des enseignants compétents... La résilience est bien « *un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale* » (6).

Mais outre que nombre de ces facteurs restent inaccessibles à une action d'éducation pour la santé, toutes ces caractéristiques de la personnalité et de l'environnement n'évoquent-elles pas le vieil adage : « *Mieux vaut être riche et bien portant que pauvre et malade* » ? On peut également se demander en quoi l'environnement de ces enfants qui semblent si bien nantis par la nature et par la vie inclut un stress ou une adversité comportant normalement le risque grave d'une issue négative (7)...

Les résilients et les autres

L'utilisation du concept de résilience dans la mise en œuvre d'actions de proximité soulève des questions éthiques qu'il est important de se poser en préalable. L'ensemble de ces questions est lié au risque – majeur – de « blâme de la victime » qui peut en résulter. C'est ce que S. Tomkiewicz (2), citant A. Miller, décrit comme « *le risque de récupération ultra-réactionnaire* » du concept : la résilience « *peut donner prétexte au blâme de ceux qui n'en font pas preuve. Elle peut fournir aux responsables administratifs et politiques qui financent les programmes d'aide sociale – voire à certains professionnels – des arguments pour opposer enfants et familles qui s'en sortent et donc n'auraient pas besoin des services et prestations, à ceux et celles qui, non résilients, sont jugés irrécupérables et que l'on va tôt ou tard abandonner à leur sort* ». Dans tous les cas, la notion de résilience pourrait fournir les bases conceptuelles au désengagement des pouvoirs publics (8)...

La gravité des questions éthiques soulevées par le concept de résilience rend d'autant plus hasardeuse sa large diffusion. En l'absence d'une explicitation de ses tenants et aboutissants susceptible de fournir les éléments d'une analyse critique, ce concept contient en germe un risque de banalisation des difficultés rencontrées par les personnes les plus vulnérables. Ne commence-t-on pas à entendre parler de résilience dans le cas d'enfants élevés dans un contexte favorable et qui font simplement preuve de débrouillardise ou de ressources personnelles lorsqu'ils sont confrontés à une difficulté normale de l'existence ?... Or, on ne devrait parler de résilience que dans le cas d'enfants ou d'adolescents qui surmontent des difficultés considérables après avoir été

confrontés à d'importants traumatismes. C'est faire injure à ces derniers que de galvauder ce concept.

Rebondir... quand même

Les évidences théoriques qui fondent le concept de résilience invitent les éducateurs pour la santé à s'intéresser davantage aux ressources actuelles des personnes, qu'à ce qu'elles donnent à voir en termes de carences ou de comportements autodestructeurs. Comme le dit S. Tomkiewicz (2), « *le bon usage de la notion de résilience invite à faire confiance, à ne jamais baisser les bras et à ne pas condamner les victimes. Cette modification de l'attitude mentale doit aller de pair avec une pratique qui cherchera ce qui reste de bon, de sain, de dynamique tant chez le sujet que chez son entourage* ».

Les actions d'éducation pour la santé peuvent se fixer pour objectif de contribuer à développer chez des personnes ou des groupes, les facteurs de protection identifiés comme jouant un rôle important dans leur capacité à faire face aux difficultés qu'ils rencontrent³. L'amélioration de l'image de soi, l'accroissement du sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie, le développement de l'implication dans la vie sociale, constituent des objectifs à la portée des actions de proximité. Parmi les facteurs liés à l'environnement, le sentiment d'appartenance à une communauté ou à un réseau informel semble pouvoir être suscité dans le cadre d'une action d'éducation pour la santé ; pour ce qui concerne les enfants et les adolescents, l'établissement d'une relation privilégiée avec un adulte en qui l'on a confiance (le « tuteur de résilience » évoqué par B. Cyrulnik), devrait être une composante centrale de la relation éducative sur des questions relatives à la santé. Enfin, l'éducation pour la santé, lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre plus large de la promotion de la santé, contribue également à faire émerger les valeurs des communautés, à favoriser l'existence d'un soutien social de qualité, à améliorer la qualité de vie à l'école, etc.

« *Le concept de résilience, qui n'a rien à voir avec l'invulnérabilité, appartient à la famille des mécanismes de défense, mais il est plus conscient et plus évolutif, donc maîtrisable et porteur d'espoir* » (6). Sans adopter l'illusion d'une

existence où tout serait précisément « maîtrisable » (9), il appartient aux éducateurs pour la santé de se doter des compétences théoriques et pratiques qui leur permettront d'utiliser en conscience les ressources réelles de ce concept porteur d'espoir.

Christine Ferron

Psychologue, chargée de mission
Formation et recherche,
service Appui au développement
de l'éducation pour la santé, CFES.

1. Les facteurs protecteurs sont des caractéristiques individuelles et environnementales qui améliorent la réponse d'un individu à une menace ou à une agression. Ils modulent l'impact du stress et la qualité d'adaptation mais n'ont pas nécessairement d'effet en l'absence d'un événement stressant.

2. Les problèmes de la recherche sur la résilience sont d'une nature un peu différente et ne seront pas abordés ici.

3. Capacité appelée aussi « coping ».

Merci à Elsa Bartolucci et Sylvie Cochbet, étudiantes à l'INTD (cycle supérieur 2000/2001), pour la recherche documentaire.

Références bibliographiques

- (1) Michaud P.A. *La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention*. Archives de Pédiatrie 1999 ; 6 (8).
- (2) Tomkiewicz S. *La résilience*. Actualité et Dossiers en Santé Publique juin 2000, 31.
- (3) Vanistendael S. *Clés pour devenir : la résilience*. Les Cahiers du Bureau international catholique de l'enfance, 1996.
- (4) Michaud P.A. L'utilisation du concept de résilience dans les recherches sur la santé des adolescents. In : Dressen C., Chan Chee C., Lamarre M.-C. (sous la dir.). *Séminaire international sur les indicateurs de santé chez les adolescents*, Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 76.
- (5) Tousignant M. *De l'adversité à la résilience : la part du milieu, la part de l'enfant*. Prisme 1999 ; 29.
- (6) Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 279 p.
- (7) Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. *The Construct of Resilience: a Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development May/June 2000 ; 71 (3).
- (8) Dandoy P. *Résilience, nouveau concept ou « gadget » ?* Actualités Sociales Hebdomadaires 6 octobre 2000, 2183.
- (9) Manciaux M., Tomkiewicz S. *La résilience aujourd'hui*. In : *Bientraitance : mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus, 2000.

Atelier santé : les élèves prennent leur place

Par la mise en place d'un atelier santé, des élèves d'un collège nîmois ont progressivement réinvesti leur parcours scolaire et développé une meilleure image d'eux-mêmes. Récit d'une expérience.

Échec scolaire, perturbation de l'estime et de la confiance en soi, méconnaissance de leurs potentialités, telles sont quelques caractéristiques attribuables aux élèves de 4^e d'aide et de soutien (4^e AS) d'un collège situé en zone sensible à Nîmes. La mise en place d'un atelier santé¹ a permis de faire converger les objectifs spécifiques à cette filière et ceux de la santé au collège (Éducation nationale), avec ceux du Programme régional d'accès aux soins et à la Prévention (Praps). En occupant la scène de l'atelier santé, les élèves ont progressivement réinvesti leur parcours scolaire, pris conscience de leur évolution et développé une meilleure image d'eux-mêmes.

Une classe dominée par un sentiment d'exclusion

Le collège Diderot de Nîmes, classé zone sensible, accueille les élèves habitant la Zup de Valdegour, cité des années soixante-dix transformée en quartier de relégation sociale. Dans les tours haut perchées sur une colline, vivent des populations retranchées du reste de la ville. L'insécurité y est quasi permanente. Toutes les formes de délinquance, voire de criminalité, s'y rencontrent. Le sentiment d'exclusion est vif chez des élèves majoritairement d'origine maghrébine, mais également mong, européenne ou africaine.

À l'intérieur du collège, tous les élèves suivent le même cursus jusqu'en 5^e, mais l'orientation en 4^e d'aide et soutien fait monter certains d'un degré supplémentaire dans l'échelle de l'exclusion. Ceux qui n'étaient que des mauvais élèves sont perçus alors comme des élèves « anormaux », dans un environnement où la notion de norme est perçue sur un mode aigu. De ce sen-

timent exacerbé d'exclusion ressenti par les élèves, résulte un déficit de confiance en soi et une méfiance envers le système éducatif et ses acteurs. La question du comportement et du respect se pose dès lors ; les élèves n'ont plus aucune discipline et ce d'autant plus qu'ils ont parfois cessé d'écouter les enseignants, faute de les comprendre.

En 2000, la 4^e AS regroupe les élèves en situation d'échec. Sur quinze, douze ont redoublé au moins une fois, sans aucun profit. En classe, ils sont passifs, voire récalcitrants. L'exclusion du parcours classique en fait des êtres en devenir incertain et les ancre dans l'échec. Pour eux, apprendre n'a plus de sens.

Dès le premier jour, les professeurs principaux leur présentent les spécificités de leur classe. C'est la seule 4^e qui débouche sur trois parcours : redoubler en 4^e générale ; entrer en apprentissage, si les stages en entreprise effectués dans l'année leur en donnent le goût ; passer en 3^e d'insertion qui ouvre sur le lycée professionnel. Dans cette troisième hypothèse, la qualité des stages et un bon dossier leur permettent d'accéder à une filière de leur choix, sachant que les places y sont souvent rares. Ce choix triple sera souvent reformulé dans l'année, pour qu'ils comprennent que c'est à eux de décider. Leur parler franchement de leur orientation vise à les sortir de leur sentiment d'exclusion et à restaurer la confiance des élèves en eux-mêmes et envers les adultes du collège.

Ces élèves ont à construire leur propre projet. Pour cela, il leur faut prendre conscience de leurs choix de comportement. Ces élèves savent qu'ils ne bénéficient d'aucun régime de tolé-

rance particulier. La seule nuance réside dans le fait que les professeurs ont une meilleure connaissance des membres de cette classe : leur petit nombre sert notamment à partager un maximum de renseignements utiles à une gestion personnalisée de chaque élément (évolution du comportement, présence des parents, problèmes extra-scolaires, etc.).

L'atelier santé

Les questions de choix et de confiance en soi sont centrales pour ces jeunes qui vont prendre des décisions importantes quant à leur orientation scolaire. Elles reposent sur leur capacité à se réapproprier leur parcours actuel, à en devenir les acteurs.

Inscrit dans une démarche globale de santé, l'atelier santé vise à soutenir ce processus en leur permettant de développer une connaissance de soi qui puisse présider à la confiance en soi et à la réalisation de choix. La démarche développée est étroitement corrélée au processus² de dynamique de groupe et repose sur une démarche participative. Les élèves s'impliquent à différents niveaux : ils sont consultés pour valider les thèmes de réflexion, les modalités de travail proposées et pour définir leurs attentes. Leur contribution en matière de partage d'expériences, de points de vue, de questionnements, de savoirs et de connaissances acquises dans différents milieux – scolaires ou non –, a permis de construire les contenus des différents sujets traités. Ces sujets ont pu être approfondis lors des cours traditionnels ou lors de rencontres avec des « personnes ressources » extérieures à l'établissement. La concertation a permis aux élèves de déterminer eux-mêmes les règles du groupe nécessaires au déroulement de

l'atelier santé. Différents types d'expression sont utilisés : écrite, orale, le dessin, le collage.

Programme et déroulement de l'atelier santé :

Les enseignants ont déterminé le programme à partir de la connaissance qu'ils avaient des préoccupations des élèves; ces derniers l'ont ensuite validé. Trois thèmes ont été ainsi retenus :

- Le risque et la gestion du risque : 8 séances dont 4 séances d'escalade (1^{er} trimestre). L'escalade a été entièrement organisée, financée et animée par le collègue et les professeurs.
- L'adolescence et la vie affective : 7 séances dont une au centre de planification (2^e trimestre).
- Les consommations de drogues : 3 séances dont une avec une éducatrice du club de prévention spécialisé et un animateur du Point Écoute du quartier (3^e trimestre).

Animé par le médecin scolaire et par une chargée de projet du Comité d'éducation pour la santé du Gard, l'atelier santé se déroule à raison de deux heures consécutives hebdomadaires, dans la salle du cours de français. Les nombreuses productions des élèves y sont accrochées et le lieu perd de sa neutralité.

La 1^{ère} heure a lieu pendant le cours de sciences de la vie et de la Terre

(SVT), la 2nde pendant le cours de français. Les enseignants deviennent observateurs et ont pour rôle de prendre par écrit la parole des jeunes.

Les séances se déroulent selon les modalités suivantes : les élèves définissent à chaque séance les règles de groupe; quelques exercices de relaxation leur sont ensuite proposés. Pour traiter du sujet en cours, des temps de travail individuel et/ou en petits groupes alternent avec des temps de mise en commun et de débat en classe entière. Les séances se terminent par l'auto-évaluation des règles de groupe.

Éveiller la prise de conscience de soi et libérer l'expression : deux étapes préalables au changement

Regrouper des élèves qui ne s'exprimaient pas en classe ne signifie pas qu'ils vont rester silencieux. La participation de certains élèves est d'abord effervescente, tumultueuse. Il convient alors de travailler sur la gestion de la parole en classe. Avec le professeur de français comme avec les autres, les élèves suivent le fonctionnement classique : lever le doigt, attendre d'être interrogé, écouter les réponses des autres élèves pour ne pas les répéter, veiller à faire des phrases structurées, etc. Cette gestion de la parole est difficile. Beaucoup persistent à se taire, enfermés dans un silence protecteur et

méfiant. Leur petit nombre ne suffit pas à les convaincre de s'exprimer en classe. Ce sont souvent les mêmes qui s'expriment et les éléments perturbateurs cherchent à contrarier le déroulement du cours.

Le travail avec l'atelier santé est ici déterminant. Les règles du groupe organisent la circulation et le respect de la parole. La confidentialité et l'absence de note aident à lever la peur d'être mal jugé. Cette garantie de neutralité permet à tous les élèves de venir peu à peu à une véritable expression orale de qualité. Celle-ci tient davantage à la sincérité ou à la pertinence des propos qu'au respect d'une syntaxe bien construite ou d'un vocabulaire maîtrisé. En atelier santé, l'oral est accepté dans sa spontanéité. La correction du discours est une notion qui est abordée plus tard en français.

Un espace de communication plus égalitaire et dans lequel chacun peut trouver sa place a été construit. Les animatrices ont ainsi proposé aux élèves d'établir un cadre régulateur. Ils s'en sont très rapidement saisis pour définir des règles de groupe et exprimer leurs besoins. En début de chaque séance, un élève inscrit les règles au tableau. Elles font l'objet d'une auto-évaluation en fin de séance. L'ensemble du groupe a une perception tout à fait juste de ce qui s'est passé. Les interactions qui ne s'y inscrivent pas sont immédiatement exploitées, permettant ainsi aux élèves de prendre conscience de leur place et de leurs limites d'intervention dans le groupe. Ainsi, les garçons qui occupaient tout l'espace d'expression en début d'année ont dû céder la place aux autres en général, et aux filles en particulier. Ces mêmes garçons qui utilisaient le verbe avec un plaisir manifeste, sans se soucier qu'il ait nécessairement un lien avec le sujet abordé, ont amené le groupe à énoncer les deux règles suivantes : « réfléchir avant de parler » et « lorsque l'on parle, rester dans le sujet ». Bien que non linéaire, une réelle progression de la capacité à rester centré sur le thème travaillé a été observée. Si les règles du groupe ont évolué pendant l'année, elles reflétaient ce que les élèves vivaient dans le groupe ou dans le collège.

La dynamique de groupe et le climat de confiance ont été déterminants

Mon premier poste de professeur de français

En 1997, dans une classe rassemblant 4^e AS et 3^e d'Insertion, les élèves les plus intenablement avaient été regroupés ; cela permettait d'alléger les autres classes. Tous étaient soit délinquants, soit en passe de le devenir. Ainsi réunis, ils ne connaissaient plus de limites. L'absentéisme était endémique. S'ils venaient en cours, ils en partaient quand bon leur semblait, parcourant les couloirs en vociférant, tapant sur les murs, ouvrant les portes et hurlant dans les classes. Leurs enseignants ne devaient jamais leur tourner le dos sous peine d'entendre une chaise voler vers eux. Une fois le collège quitté, leur orientation ne les a menés à aucun diplôme.

Par la suite, il fut décidé de ne prendre en 4^e AS que des élèves faibles, de leur éviter les fortes personnalités « à risques », de les confier à des enseignants volontaires et de chercher quels projets de classe permettraient de les remotiver à l'activité scolaire, en vue d'une orientation profitable. J'ai été le professeur de français et professeur principal de trois classes successives de 4^e AS, en 1998, 1999 et 2000. Les deux premières connurent divers projets (vidéo, dossier personnel, parrainage Togo), qui donnèrent des résultats intéressants en terme de gestion disciplinaire et d'orientation. Mais les élèves traversaient la filière sans qu'ils se sentent interpellés en tant que personnes.

Si ces deux classes avaient accueilli des élèves bien choisis, cela n'a pas été le cas de la cuvée 2000 dans laquelle ont été admis des élèves en difficultés, qui ont mis beaucoup de constance à entraîner vers le chaos leurs camarades plus faibles.

Une activité comme l'atelier Santé, qui vise essentiellement à faire progresser l'élève dans la perception de ce qu'il est, en tant que personne, me semblait très adaptée à ces élèves.

pour permettre à tous les élèves d'occuper la scène de l'atelier santé. Ainsi, une élève rejetée par le groupe en début d'année écrit : « *au début, j'étais timide et je ne parlais pas en classe, maintenant je le fais* », ou encore « *on a le droit de dire ce qu'on pense* » écrit une autre jeune fille qui n'intervenait pas en début d'année.

Dans l'optique de favoriser l'expression des élèves, les animatrices de l'atelier santé ont été particulièrement vigilantes à identifier les intérêts et les aptitudes des élèves, afin d'ajuster les modalités et déroulement des séances à leurs potentialités. À ce titre, un élément qui semble paradoxal mérite d'être rapporté : alors que l'écriture constitue une de leurs principales difficultés, elle n'a jamais entravé leur participation aux travaux proposés. Les temps de réflexion écrite, (qu'elle soit individuelle ou collective) ont constitué le socle sur lequel les productions et confrontations se sont appuyées.

Des élèves observent : « *on ne dit pas la même chose lorsque l'on écrit d'abord et lorsque l'on parle tout de suite* ». Ces différents temps nous ont permis d'établir des moments d'écoute et d'accompagnement plus individualisés.

La connaissance de soi

La connaissance de soi concerne tant la connaissance physique que psychique. À ce titre, le fonctionnement du corps humain, sous-jacent à tous les thèmes traités, a été approfondi pendant les cours traditionnels de SVT. Les perceptions qu'ils éprouvent et les sensations qu'ils ressentent ont été identifiées et nommées à partir de situations vécues : l'initiation à l'escalade et la pratique de la relaxation ont servi de situations de référence.

La place des émotions, leurs manifestations et les situations qui les provoquent ont permis d'aborder l'aspect psychologique de la connaissance de soi.

Pendant quelques minutes en début de chaque séance, une des deux éducatrices propose aux élèves d'expérimenter en position assise les exercices de relaxation pour prendre conscience de l'effet possible de la respiration sur la détente du corps. La consigne était, pour ceux qui ne souhaitaient pas faire ces exercices, de ne pas déranger les autres.

Après la première surprise occasionnée par l'exercice et le relâchement de la surveillance mutuelle qui, en début d'année, avait entravé la possibilité de se détendre, ce temps de calme a été très apprécié par les élèves.

Capacité à faire des choix

La seconde partie de l'objectif « développer des capacités à faire des choix de vie » a été traitée en permettant aux élèves de prendre conscience que d'une part, certains comportements sont influencés par l'environnement (social, familial, culturel, etc.) et que, d'autre part, dans une situation, plusieurs choix sont possibles. Au cours de la séquence relative aux consommations de drogues, par exemple, les élèves ont identifié ce qui peut expliquer que les jeunes aient ou non recours à l'usage de substances psychoactives : l'influence du groupe et de la norme « *vouloir faire le beau* », le facteur palliatif « *ils ont des problèmes* », « *ça va calmer quelques-uns* », l'aspect festif « *faire la fête* », les risques physiques ou psychiques « *on risque d'avoir un accident si on est au volant* », « *on risque d'être dépendant* », ainsi que la perte de contrôle sont souvent mentionnés. Les conséquences sociales « *il devient agressif et il peut casser tout ce qui est à côté de lui* », « *on peut aller en prison* » sont aussi rapportées, ainsi que l'influence de la famille, de la culture, et le respect de soi : « *ne pas faire de mal à soi et à sa famille* », « *la religion* ». L'image de soi est également évoquée « *on ne veut pas être un soûlard* », « *on ne veut pas être une foutue* ».

Après un temps de réflexion en binômes, la restitution des arguments a été faite en présence de deux « personnes ressources » : un animateur du « Point Écoute » et une éducatrice du club de prévention spécialisé du quartier. Les productions des élèves ont permis d'identifier, d'une part, les différents modes de consommation et de déterminer, d'autre part, les arguments qui peuvent expliquer le choix de consommer ou non ces produits.

La méthode

Chacune des séances de l'atelier santé a reposé sur le cheminement suivant :

- Comment je me représente ce dont on parle ?
- Quelles représentations en ont les autres élèves ?

- Comment je vis ce dont on parle ?
- Comment les autres perçoivent ce dont on parle ?
- Quelles sont les questions qui émergent ?
- Quelles sont les réponses que je peux donner, quelles sont les réponses des autres élèves ou des professionnels ressources ?
- Quelles réponses ou quels éléments de réponses vais-je pouvoir réutiliser dans mon quotidien ?

L'intention était de favoriser les allers et retours constants entre processus individuels et collectifs. En maintenant le cap sur la thématique, nous avons donc tenté d'interpeller, de stimuler et de permettre l'expression des sentiments, des connaissances, des questionnements et des points de vue de chacun en veillant à amener le groupe à relier ces différents apports.

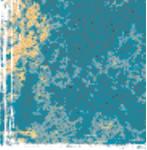
Importance du travail de partenariat

Si le bilan avec les différents partenaires impliqués dans l'atelier santé n'a pas encore été réalisé, nous pouvons cependant souligner l'importance du travail de partenariat nécessaire à la mise en œuvre d'un tel projet.

La participation des enseignants et l'ouverture à la collaboration d'acteurs de terrain de proximité ont permis de réaliser un maillage, à l'intérieur duquel les élèves ont trouvé un sens et une cohérence manifestes.

Le décloisonnement des pratiques professionnelles nécessite néanmoins des temps de concertation souvent difficiles à organiser. Ces temps permettent non seulement d'harmoniser l'articulation des interventions de chacun (conception des séquences, des séances et des outils pédagogiques par les animatrices, validation par les enseignants/présentation du dispositif aux « personnes ressources »), mais aussi de partager des bases communes sur les thèmes traités et les valeurs qui y sont sous-jacentes. Un regret est cependant de ne pas avoir pu associer les parents à cette démarche qui valorise les potentialités de leurs enfants.

Le rôle d'éducatrice pour la santé a consisté à la mise en place dans la classe d'un « lieu d'échanges »³ où interagissent trois éléments : les élèves (avec



Atelier santé et français : coordonner nos actions (témoignage du professeur de français)

Nous savons que les programmes scolaires généraux ne sont pas le champ d'expression préféré des élèves. Sur une idée de l'animatrice de l'atelier santé, trois séances d'escalade ont été organisées avec les animateurs du site de Collias, qui dépend du Service des sports de la ville de Nîmes.

J'ignore tout de l'escalade, mais en tant que professeur de français qui connaît ses élèves, j'ai préparé ces sessions en y ajoutant notamment un projet vidéo afin de leur donner encore plus de sens.

Avant les sorties, les premiers cours de français ont donc été consacrés à un travail autour de la vidéo. Les élèves ont ainsi appris à préparer leurs prises de vue en rédigeant un descriptif plan par plan (« script-board »). Ils se sont organisés en plusieurs ateliers : préparation à l'escalade, tenue et matériel personnel, caractéristiques du terrain, règles de sécurité, techniques d'escalade. Ils se sont également initiés à la manipulation de la caméra vidéo en préparant des prises de vues dans le collège, puis en évaluant eux-mêmes l'écart entre le descriptif initial et la prise de vue réelle.

Au cours de ces séances de préparation, l'utilisation de l'écrit a repris du sens pour des

élèves qui ont expérimenté la satisfaction de s'appliquer : les écritures sont plus lisibles, les phrases mieux construites. Cette expérience d'écriture m'a permis par la suite de les entraîner sur des pratiques plus scolaires, en cherchant à conserver et à approfondir les progrès constatés. Les résultats se révèlent inégaux selon les élèves, selon les moments, mais l'ensemble est largement positif.

L'autre objectif de l'escalade était d'amener les élèves à gérer une situation de risque. Ils ont appris des règles de sécurité nouvelles pour eux et ont pu constater comment elles leur permettaient d'éviter les accidents, pour eux-mêmes comme pour la personne qu'ils assuraient. Lors de l'atelier santé, cette expérience de gestion du risque a amené les élèves à s'exprimer : ils ont eu des choses fortes à dire, qui les concernaient intimement, et la production tant écrite qu'orale a été abondante et de qualité.

De même, alors que le thème « vie affective » était abordé en atelier santé, en français, les élèves ont étudié en lecture suivie « *On ne badine pas avec l'amour* » de Musset. Ils ont fait l'effort d'aborder un texte beau et difficile, d'en étudier les personnages et ont perçu la différence entre amoureux et personnages

comiques. Cette séquence a été complétée par l'étude de l'intrigue amoureuse entre Hero et Claudio, au début du film *Beaucoup de bruit pour rien*, de K. Brannagh, d'après la pièce de Shakespeare. Toutes les dimensions de la relation amoureuse (affective, relationnelle et sexuelle) ont été abordées en atelier santé et en SVT, et sur le plan littéraire en français. L'approche de tels auteurs est alors possible et enrichissante. Ces élèves qui avaient peu de connaissances sur leur corps ou les moyens d'en prendre soin les ont acquises dans leurs différentes dimensions.

En résumé, les activités en classe de Français et en atelier santé ont été menées dans le même esprit de prise en compte des élèves dans leur spécificité. Il ne s'agissait pas de les couler dans un moule préfabriqué, mais de conduire une démarche structurée et adaptable aux évolutions possibles. Certains nous auront donné des soucis car il a fallu gérer les excès verbaux d'un groupuscule aux objectifs néfastes. Mais si les problèmes disciplinaires n'ont pas manqué, tous nous ont surtout donné la satisfaction de les voir progresser et sortir de leurs gangues de cancre officiels, tels de tumultueux papillons issus d'une improbable chrysalide.

les deux niveaux individuel et collectif), l'équipe des animatrices et des « personnes ressources » et enfin, l'objet de connaissance (constitué par l'évolution des représentations des élèves). Les élèves ont, au cours de l'évaluation, identifié les trois registres « savoirs », « savoir-faire » et « savoir être » sur lesquels les éducatrices ont construit le programme. La possibilité de coopération et de communication des élèves entre eux et des élèves et des adultes a ainsi été utilisée à des fins individuelles et collectives, scolaires et sociales.

Conclusion

Initialement basée dans le cadre de l'éducation pour la santé, cette action la dépasse et s'inscrit davantage dans celui de la promotion de la santé. Partie des préoccupations des élèves, la démarche s'organise en aller-retour entre niveaux individuels et collectifs. Elle a éveillé les intérêts de ces jeunes, valorisé leurs compétences, développé les apprentissages basés sur leurs expériences et sur

les moyens de trouver des réponses à leurs questions. Elle leur a permis de prendre conscience de leurs potentialités personnelles, mais aussi de celles qui sont liées au travail de groupe. Se faisant, les élèves se sont réapproprié leur parole et la possibilité de l'exprimer. Un nouveau lien social a été créé dans la classe, lien qui a favorisé la participation de tous et la place des élèves s'étend dès lors à un environnement plus large que celui de la classe. Les préoccupations qui émergent relèvent également d'une nouvelle dimension qui est celle de la citoyenneté. Les résultats restent néanmoins très fragiles et nécessitent d'inscrire cette démarche dans la durée.

Par ailleurs, l'atelier santé a permis un travail préalable entre des partenaires de cultures et de milieux professionnels différents. L'interdisciplinarité des intervenants a étroitement lié le champ de la santé et du social à celui de l'éducatif. Finalement, l'atelier santé tel

qu'il a été mené auprès de cette classe apparaît comme un outil qui favorise la réduction des inégalités, qu'elles soient sanitaires ou sociales.

**Florence Daussant
Gilles Chinaud**

1. *L'atelier santé tel qu'il est présenté s'inscrit dans le Praps et reçoit le soutien de la Mutualité Française du Gard.*

2. *Processus : « (du latin *procedere*, s'avancer) : suite continue de faits ou d'opérations se reproduisant avec une certaine régularité ; marche, développement. » ; Comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, juin 2000) Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé.*

3. *Agostinelli S. IUFM, les modèles pédagogiques, 1992.*

Action initiée et menée au collège Diderot à Nîmes, par le Codes 30, par Florence Daussant, chargée de projet, avec le partenariat de : Marie Claude Cavagnara, médecin de l'Éducation nationale, Gilles Chinaud, professeur de français, Françoise Labbre, professeur des sciences de la vie et de la Terre, Mutualité Française du Gard



La fumée des autres

Fumeurs ou non fumeurs, les Français se déclarent gênés par la fumée de tabac, surtout lorsqu'il s'agit de la fumée des autres !

C'est ce qui ressort des résultats du Baromètre santé – enquête sur les attitudes, les comportements et les connaissances en matière de santé – sur la consommation de tabac et sa perception par la population.

En grande majorité (71,2 %), les personnes interrogées se déclarent gênées par la fumée des autres (« beaucoup » : 37,6 % et « un peu » : 33,6 %). Plus d'un quart (28,8 %) déclarent ne pas du tout être gênés par cette fumée.

Fumeurs, non-fumeurs, ex-fumeurs...

Il est plus fréquent pour les non-fumeurs de se déclarer gênés par la fumée des autres que pour les fumeurs (80,3 % vs 52,9 % ; $p < 0,001$) et la différence est particulièrement nette parmi ceux qui se déclarent « beaucoup » gênés (48,9 % vs 14,8 %) (Tableau I).

Mais de manière générale, les fumeurs se déclarent d'autant plus gênés par la fumée des autres qu'ils consomment moins de cigarettes par jour. Enfin, il est fréquent que les anciens fumeurs se déclarent gênés par la fumée des autres.

Hommes, femmes...

La part des femmes à déclarer être « beaucoup gênées » est significativement plus élevée que celle des hommes, quel que soit leur statut tabagique (hommes : 33,2 % ; femmes : 41,8 % ; $p < 0,001$).

Jeunes, moins jeunes...

Les plus jeunes sont ceux qui se déclarent le moins souvent gênés quel que soit leur statut tabagique. À prévalence tabagique très proche, il est plus fréquent pour les 25-34 ans de se déclarer « beaucoup gênés » par la fumée des autres que pour les 18-24 ans.

Évolution depuis 1992

Les différentes vagues d'enquêtes du Baromètre santé depuis 1992 montrent qu'il est de plus en plus fréquent de se déclarer « beaucoup gêné » par la fumée des autres (Figure 1). Alors qu'il était plus fréquent en 1992 de se déclarer « pas gêné du tout » que « beaucoup gêné », la tendance s'est très clairement inversée.

Karina Oddoux
Chargée d'études Tabac au CFES

Source : Baromètre santé 2000, 2 vol., à paraître au CFES fin 2001.

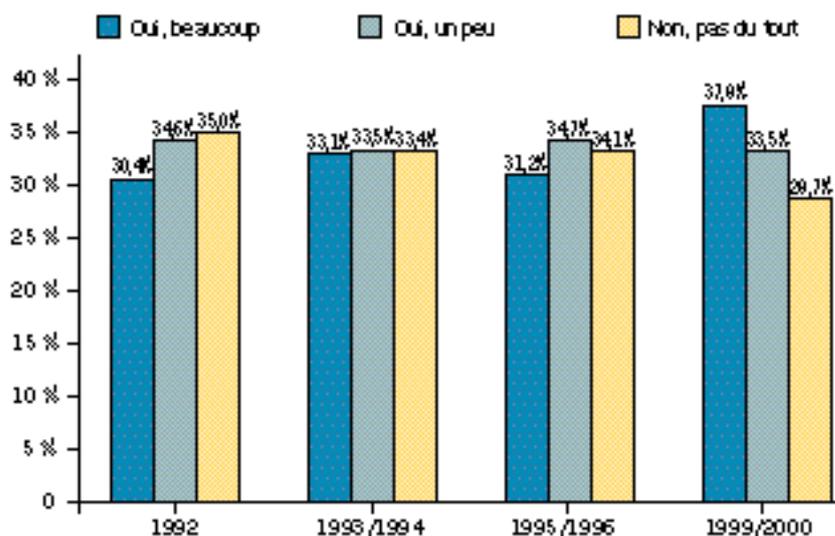


Figure 1. Adultes de 18 à 75 ans se déclarant gênés par la fumée des autres (1992-1999)

Tableau I : La gêne associée à la fumée des autres selon le statut tabagique

	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
N'a jamais fumé (n=2 775)	50,8 %	32,2 %	17,0 %
A fumé juste une seule fois pour essayer (n=2 450)	53,3 %	31,0 %	15,7 %
Ancien fumeur occasionnel (n=1 223)	52,3 %	31,5 %	16,2 %
Ancien fumeur quotidien durant au moins six mois (n=2 487)	41,1 %	30,9 %	28,0 %
Fumeur actuel régulier* (n=4 051)	12,4 %	38,0 %	49,6 %
Fumeur actuel occasionnel** (n=667)	28,1 %	39,5 %	32,4 %

* au moins une cigarette par jour en moyenne
** moins d'une cigarette par jour en moyenne.

Présentation

Si loin, si proche

Alain Douiller 16

Le travail : ce n'est pas toujours la santé !

Intensification du travail : des effets néfastes sur la santé

Serge Volkoff, Michel Gollac 17

La santé des salariés au microscope

Sylvie Hamon-Cholet 21

Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ?

Sylvie Hamon-Cholet 23

Plaidoyer pour une vraie politique de santé au travail

Annie Thébaud-Mony 25

Sortir de soi

Travail, chômage et action collective

Yves Clot 27

Logiques, organisation et place de la santé dans l'entreprise

Produire, sans détruire la ressource humaine

François Hubault 32

Du code du travail au dialogue social

Francis Bourdon 35

Vers un statut de sujet... même au travail

Trois questions à Omar Brixi 37

Comprendre le travail, pour limiter les atteintes à la santé

Alain Garrigou 38

Quelles actions de prévention ?

Donner la parole aux salariés sur leurs conditions de travail

Entretien avec Michel Berthet 41

Tabac en entreprise : entre loi et prévention

Sylviane Ratte, Anne Borgne 43

Pour une prévention de l'alcoolisation en entreprise

Jean-Paul Jeannin 45

Des outils de sensibilisation et d'information des acteurs médicaux

Anne Delépine 48

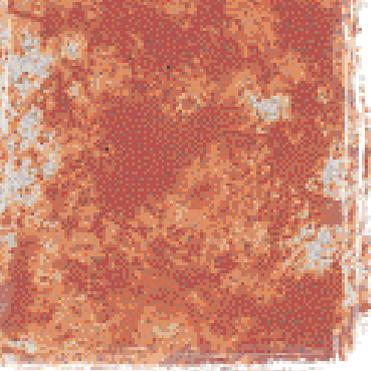
Pour en savoir plus

Centre de documentation du CFES 49

Travail : la santé impossible ?

ILLUSTRATIONS DU DOSSIER : FX DEBOISSOU

Dossier coordonné par **Alain Douiller**, rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*, CFES, et **Philippe Davezies**, médecin du travail, laboratoire de Médecine du travail, Faculté Laennec, Lyon. Avec l'appui de **Laure Carrère**, département Santé publique, Fédération nationale de la Mutualité française.



Si loin, si proche

L'entreprise. Ce lieu où la moyenne de la population passe de moins en moins de temps, mais qui demeure pourtant un élément majeur d'intégration et de reconnaissance sociales. Lieu structurant les identités aussi, notamment par la césure qu'il opère avec la sphère de l'intime pour fonder, comme l'explique Yves Clot dans ce dossier, la dimension sociale de chaque individu. Pourtant le monde du travail est resté un univers peu familier des éducateurs de santé. Leurs expériences d'intervention en milieu du travail, souvent ponctuelles et thématiques, ne montrent-elles pas autant l'intérêt qu'il y aurait à développer ces démarches, que l'extrême complexité de cette...

L'entreprise. Lieu structurant les identités, notamment par la césure qu'il opère avec la sphère de l'intime, pour fonder la dimension sociale de chaque individu.

entreprise? Deux exemples d'intervention à dimension méthodologique sur l'alcool et le tabac illustrent ce questionnement.

Complexité d'un univers peu familier et régi par une organisation et des impératifs particuliers, mais aussi attente réelle des lecteurs

de *La Santé de l'homme* : tels étaient les paramètres initiaux de ce projet de dossier sur la santé au travail. Sa réalisation nous était demandée depuis plusieurs années. Nous la repoussions, forts d'autres questions de santé importantes à aborder, de l'actualité brûlante d'autres thèmes, mais aussi de notre embarras à lui trouver un angle de réflexion précis...

La question du harcèlement moral au travail, en raison de l'engouement pour ce sujet et de son apparente actualité, a été notre première intention de dossier. Mais cet intérêt correspondait-il à celui des éducateurs de santé et des lecteurs de notre revue? Et cette question constituait-elle un des problèmes de santé essentiels du monde du travail? Les discussions avec deux spécialistes reconnus, François Desriaux, de la revue *Santé au travail* et Philippe Davezies, chercheur au Laboratoire de médecine du travail de la Faculté Laennec de Lyon, mettaient alors l'accent sur deux enjeux importants.

Le premier consiste à dénoncer la représentation d'une réalité de la santé au travail déma-

térialisée : les conséquences du travail sur la santé ne sont pas devenues seulement « morales » ou psychologiques, mais restent très largement physiques et s'inscrivent aussi dans les chairs. Les données statistiques et d'enquêtes que nous présente Sylvie Hamon-Cholet le montrent clairement. Annie Thébaud-Mony précise, quant à elle, que les conséquences du travail sur la santé se déclinent de façon tout à fait inégales selon les origines socioprofessionnelles des travailleurs. Le deuxième enjeu est de comprendre la réalité très codifiée et organisée dans laquelle s'inscrit la question de la santé au travail : le monde de l'entreprise fonde ses propres logiques, ses acteurs et ses impératifs parmi lesquels la santé n'est que très rarement l'élément central. François Hubault et Francis Bourdon nous aident à décrypter cette organisation, de même que Michel Berthet, Alain Garrigou et Omar Brix nous proposent des clefs méthodologiques pour comprendre et agir.

Si la lecture de ce dossier donne peut-être l'impression de survoler trop rapidement ou de façon panoramique de nombreuses questions, il s'agit de la première pierre d'un édifice que nous pourrions sans doute compléter et enrichir prochainement. Le lecteur pourra aussi, par la diversité des sources et des références que proposent les rédacteurs de ce dossier – statisticien, sociologue, psychologue, économiste, ergonomiste, syndicaliste ou formateur – prolonger la réflexion.

Le paysage qui se dégage de l'ensemble de leurs articles paraît bel et bien complexe, multiforme et peut-être parfois éloigné de certaines de nos réalités. Mais les clefs d'analyse et d'intervention proposées, ainsi que les valeurs qui les animent (repérer les priorités, comprendre l'environnement, mobiliser les différents acteurs, s'appuyer sur des dynamiques collectives davantage qu'individuelles, faire participer aux démarches de prévention les personnes directement concernées), ne résonnent-elles pas de façon étrangement familière aux oreilles des éducateurs de santé?

Alain Douiller

Rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*.

Intensification du travail : des effets néfastes sur la santé

L'intensification est le fruit des formes modernes d'organisation du travail. En raison du chômage et de l'affaiblissement des syndicats, les salariés ne sont pas en position de s'y opposer. Ils en subissent donc les conséquences sur leur santé.

Dans la plupart des économies développées, le travail s'intensifie depuis les années 1980 (1). Les contraintes pesant sur le rythme de travail des salariés dépendent essentiellement du mode d'organisation des entreprises qui les emploient. Ces dernières peuvent coller au plus près au marché, ajuster leur activité à ses fluctuations. Elles peuvent, au contraire, jouer un rôle plus actif, s'efforcer de régulariser leur production, proposer et imposer des produits standards. On parlera d'entreprise « marchande » dans le premier cas, d'entreprise « industrielle » dans le second (2). Dans les entreprises marchandes, les cadences de travail dépendent surtout de la demande externe. Dans les entreprises industrielles, elles sont fixées par des normes internes, par la conception ou le mode de fonctionnement des équipements, par les contraintes du travail collectif.

Production « allégée »

Une intensification du travail peut aussi résulter de changements organisationnels plus profonds comme la « production allégée » (*lean production*) qualifiée par Philippe Askenazy (3) de « néo-stakhanovisme ». En confiant aux agents de production les tâches de

maintenance, on supprime les arrêts de leur activité consécutifs aux opérations de maintenance. Dans la production allégée en équipes, les contrôles et la rectification des défauts sont confiés aux opérateurs qui s'entraident dans la réalisation de ces tâches. Des ateliers de General Motors à ceux de Nummi (entreprise conjointe de General Motors et de Toyota), d'une organisation fordienne classique à une organi-

sation en équipes de production allégée, la part d'activité effective (visible) est ainsi passée de 72 % du temps de travail à 95 % (4).

Une autre cause d'intensification du travail est l'hybridation des modes d'organisation industriel et marchand, dont la tendance semble avoir marqué les années quatre-vingt. L'externalisation d'activités, *via* les entreprises de sous-traitances, ne s'est pas toujours accompagnée d'un allègement des contraintes industrielles. Au contraire, elle a parfois imposé la transformation d'arrangements informels en normes formelles, comme la certification Iso.

Contrairement à la plupart des autres pays pour lesquels des statistiques sont disponibles, en France, l'intensification du travail paraît avoir été à la fois tardive et brutale : elle s'est produite surtout au cours de la seconde moitié des années 1980 (5), puis s'est poursuivie au cours des années 1990 (6). Et le pourcentage des salariés exposés à la fois à des contraintes de rythme industrielles et marchandes a progressé de façon spectaculaire, passant de 5 % à 32 % entre 1984 et 1998. Dans ce même temps, les contraintes marchandes et industrielles qui tendaient à s'exclure en 1984, vont plutôt dans le sens d'un cumul en 1998.

Des périodes de pointe frustrantes

Le cumul de contraintes, caractéristique des organisations modernes, se traduit typiquement par l'existence de périodes de pointe et le fait qu'il faut souvent, mais pas toujours, se dépêcher. Même si elles n'occupent pas tout le temps de travail, ces périodes de pointe sont gênantes et frustrantes : parmi les salariés dont le rythme de travail est régi à la fois par des contraintes industrielles et marchandes, un sur trois déclare n'avoir généralement pas le temps de faire correctement son travail ; or, la proportion n'est que d'un sur six parmi ceux qui sont à l'abri de ces contraintes (tableau).

Selon les enquêtes statistiques, les salariés soumis à une forte intensité du travail n'ont pas accès à des sources d'aide moins nombreuses ou moins diversifiées, mais pourtant ils disent plus souvent être obligés de se débrouiller tout seuls dans des situations difficiles. Lorsqu'une grande partie des salariés d'une organisation travaille dans l'urgence, il arrive que tous ceux qui pourraient à un certain moment apporter une aide à un travailleur donné soient hors d'état de le faire ou d'y consacrer suffisamment de temps : ils sont eux-mêmes débordés.

Devoir abandonner une tâche en cours pour une autre, urgente et non prévue est caractéristique des organisations marchandes. Cette exigence de disponibilité peut être un élément de la professionnalité : les secrétaires doivent savoir être disponibles tout en conduisant de multiples activités. Mais lorsqu'il faut aussi respecter les exigences de régularité du travail industriel, changer de tâche est perçu comme une perturbation du travail.

Des consignes contradictoires

Les contraintes multiples ou serrées empêchent les travailleurs d'anticiper le travail à venir et de s'organiser en conséquence. Le cumul de contraintes accroît le risque de recevoir des instructions contradictoires, déjà élevé en général dans les organisations industrielles. Ces instructions contradictoires traduisent aussi très spécifiquement l'intervention permanente de la hiérarchie. Or, paradoxalement, au moment où les lignes hiérarchiques sont censées déperir, où les instruments de pilotage de

l'activité se raffinent et où l'autonomie des salariés s'accroît, une fraction croissante et considérable (29 %) des salariés déclare que son rythme de travail dépend de contrôles au moins quotidiens exercés par la hiérarchie.

L'intensification retentit sur les conditions de travail. Elle peut d'abord amener à réaliser les mêmes opérations plus souvent par unité de temps. Si ces opérations supposent un effort, celui-ci peut devenir pénible. Quant au « stress », il représente une autre conséquence directe de l'intensité du travail. La pression temporelle forte est, pour l'organisme, une agression, et l'urgence est, en soi, une mauvaise condition de travail. Mais le lien entre intensité et conditions de travail est souvent plus compliqué.

L'agression représentée par les contraintes de temps serrées est aggravée quand s'y ajoute la nécessité d'une attention soutenue. L'organisme réagit alors par une contraction exagérée des muscles, une rigidification (7), qui causent des douleurs et rendent pénibles les postures de travail. Dans le cas d'un travail répétitif, des douleurs et peut-être des pathologies musculo-squelettiques vont se produire à la longue.

Une attention sollicitée en permanence

Les situations de travail répétitif sous forte contrainte de temps et exigeant de l'attention sont de plus en plus fréquentes. C'est même un effet habituel de la combinaison des modes d'organisation marchand et industriel-bureaucratique. Dans l'automobile, le souci d'adapter la production à la demande conduit à proposer une gamme de modèles presque infinie du fait de la

combinaison de nombreuses options. Chaque voiture produite, ou presque, est différente de la précédente. De ce fait, les ouvriers des chaînes de montage voient leur attention sollicitée en permanence, alors que le travail demeure pour l'essentiel répétitif.

Cette combinaison, qui associe le travail répétitif aux contraintes de temps et à l'attention soutenue, se répand aussi dans le secteur tertiaire. Le traitement de formulaires administratifs sur écran entraîne souvent ce genre de travail. Les caissières de la grande distribution le subissent aussi (8, 9) : l'usage du scanner rend leur travail encore plus répétitif ; leur attention est mobilisée pour coordonner leurs gestes avec ceux du client ; le souci d'éviter une longue attente aux caisses, la gestion des effectifs au plus juste et l'imposition de normes de production engendrent de fortes contraintes de temps. Dans la plupart des professions exposées à ce type de travail, on constate une augmentation des troubles musculo-squelettiques et autres « maladies pour efforts répétés ».

Mais l'intensification du travail va surtout ébranler le compromis construit par chaque travailleur entre les objectifs de la production, les compétences dont il dispose et le souci de préserver sa santé. Travailler dans l'urgence restreint les marges de manœuvre et rend les pénibilités moins évitables. Quand il faut aller vite, on travaille de la façon la plus rapide et non pas la plus commode. Dans les hôpitaux, par exemple, l'intensification du travail des aides-soignantes les conduit souvent à renoncer à l'usage du lève-malade pour déplacer les personnes hospitalisées (10). D'une part, cet engin est long à installer et, d'autre part, la gestion ser-

Temps de travail « productif » et temps de travail total

Les horaires atypiques, « flexibles », le morcellement du temps de travail amènent à vivre différemment une même durée de travail. Mais un autre changement est tout aussi important. Le temps visiblement productif n'est qu'une composante du temps de travail (12). Le décompte du temps passé à résoudre des problèmes, à communiquer, à apprendre, est beaucoup moins simple. Or, ce temps augmente à cause de l'orientation vers les services et de l'intellectualisation du travail. Une réduction de la durée du travail qui se limiterait à comprimer ce temps entraînerait de la souffrance : « on demandera toujours aux salariés de faire de la qualité sans leur en donner les moyens ». Cette forme de réduction du temps de travail serait nuisible au maintien des compétences des travailleurs et ses effets sur l'emploi problématiques.

rée de leur temps recentre leur activité sur les seuls actes techniques ; manipuler le malade est alors une façon d'avoir un contact avec lui.

Imprévisible

L'impact de l'intensité du travail sur les conditions de travail est encore aggravé par le fait que le travail devient imprévisible. Il est devenu habituel qu'un routier voit son planning de livraison sans cesse modifié. Il va alors devoir manipuler davantage son chargement. Si, de plus, il est pressé – ce qui est presque toujours le cas –, il manipulera les éléments du chargement d'une façon qui n'est pas forcément la meilleure pour sa santé (11).

Ces exemples ont une portée générale. L'urgence empêche de construire de bonnes conditions de travail. Changer de posture, « souffler » un instant, aménager son espace, choisir et trouver l'outil ou le document adapté, prendre correctement ses informations, s'assurer des coopérations utiles au bon moment, anticiper sur des tâches à venir pour éviter les situations d'urgence ou pour s'y préparer sont des conduites souvent indispensables pour préserver la santé. Or, elles sont rendues plus difficiles, voire impossibles, par l'intensification du travail.

Le lien entre contraintes de rythme et conditions de travail est confirmé par des études statistiques. On peut, dans chaque profession, comparer les salariés qui cumulent des contraintes de rythme de type industriel-bureaucratique et des contraintes de type marchand, et les salariés qui échappent à ce cumul. Les conditions de travail déclarées par les premiers sont, en moyenne, sensiblement moins bonnes que celles déclarées par les seconds (13). L'intensification du travail est l'explication la plus plausible de certaines évolutions surprenantes mises en évidence par les enquêtes statistiques sur les conditions de travail, comme la progression du port de charges lourdes ou du travail à la chaleur.

Apparition d'une infrapathologie

L'intensité du travail perçue par les salariés d'un grand organisme de services a un lien non seulement avec la fatigue ou la nervosité, mais aussi avec les douleurs cervicales, par exemple, y compris en éliminant l'effet de l'âge,

du sexe, du niveau hiérarchique ou même d'autres aspects des conditions de travail (14). L'intensité du travail crée une infrapathologie (15), des « petits » troubles de santé qui ne sont pas nécessairement « graves », mais qui perturbent l'existence quotidienne et la vie de travail. Aux États-Unis, les secteurs où de nombreuses entreprises ont adopté la « production allégée » connaissent une recrudescence dramatique des accidents du travail (3). D'autres études mettent en évidence les effets de l'intensité du travail sur la santé post-professionnelle. Les ouvrières retraitées de la confection qui ont été rémunérées au rendement ont une santé plus déficiente que celles qui ont été payées au temps (16).

L'intensification empêche chaque travailleur d'adapter son travail à ses particularités individuelles. Son impact est donc inégal selon les individus et d'autant plus grand que l'écart entre le mode opératoire le plus rapide pour un salarié donné s'éloigne du mode opératoire qui préserve le mieux sa santé. Subjectivement, à court ou moyen terme, l'intensité du travail n'est pas forcément mal ressentie par tous les travailleurs. Certains travailleurs, salariés ou indépendants, soumis à une très forte pression dans leur travail déclarent s'y investir beaucoup et en retirer de grandes satisfactions. Cependant, lorsque le travail est intense, il n'est pas

possible de se maintenir en retrait, ni sur le plan de l'activité, ni psychologiquement. Si on réussit à prendre les choses à son compte, le travail peut être un élément de bonheur tout en envahissant la vie. En revanche, quand les défenses de l'individu sont débordées, le travail devient le lieu de souffrances intenses et l'emploi se trouve lui-même en péril (17).

Un facteur de fragilisation

L'intensification du travail fragilise. Or, il est difficile de maintenir durablement un auto-investissement heureux dans le travail. Ce genre d'investissement entraîne souvent des relations difficiles avec l'entourage professionnel et avec l'entourage familial. Il arrive aussi que l'investissement professionnel ne réponde pas aux désirs profonds de l'individu et qu'il ne soit qu'une réaction à la peur de perdre son emploi et d'être rejeté par ses pairs. Il peut alors se révéler psychologiquement nuisible (18). Par ailleurs, l'intensification produit une « compression » du travail (19). En effet, l'intensité excessive du travail polarise l'activité du travailleur sur ce qui s'impose comme urgent et restreint la place de l'anticipation, de l'imagination, de l'innovation personnelle. Ces restrictions de l'activité créatrice peuvent être supportées, voire appréciées sur le moment, mais elles risquent de créer ou de renforcer des traits de personnalité finalement nuisibles à l'individu lui-même.

Tableau. Effets des contraintes industrielles et marchandes

Parmi les salariés subissant...				
Ni contrainte industrielle ni contrainte marchande	✘			
Contrainte industrielle seule	✘			
Contrainte marchande seule	✘			
Contrainte industrielle et contrainte marchande	✘			
Part de ceux qui déclarent...				
Devoir se dépêcher toujours	11 %	25 %	16 %	27 %
Devoir se dépêcher souvent mais pas toujours	23 %	30 %	33 %	38 %
Ne pas avoir en général un temps suffisant pour faire correctement le travail	16 %	24 %	23 %	33 %
Devoir fréquemment abandonner une tâche en cours pour une autre non prévue	43 %	44 %	61 %	64 %
Id. et cela perturbe le travail	16 %	22 %	27 %	36 %
Id. et c'est un aspect positif du travail	6 %	5 %	11 %	8 %
Reçoivent des ordres et indications contradictoires	23 %	38 %	32 %	46 %

► Références bibliographiques

- (1) Dhondt S. *Time constraints and autonomy at work in the European Union*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et de vie, 1998.
- (2) Eymard-Duvernay F. Les entreprises et leurs modèles. In : Eymard-Duvernay F., et al. *Entreprises et produits*. Paris : Puf, Cahier du Centre d'études de l'emploi 1987 ; n° 30.
- (3) Askenazy P. *The neo-stakhanovism. Information and communication technologies, employment and earnings*. International conference, Sophia-Antipolis, 22 et 23 juin 1998.
- (4) Adler P., Goldoftas B., Levine D. *Ergonomics, employee involvement, and the Toyota production system: A case study of NUMMI's 1993 model Introduction*. Industrial and Labor Relations Review 1997 ; n° 3.
- (5) Aquain V., Bué J., Vinck L. *L'évolution de l'organisation du travail : plus de contraintes mais aussi plus d'autonomie pour les salariés*. Dares : Premières synthèses 1994.
- (6) Bué J., Cézard M., Hamon-Cholet S., Rougerie C., Vinck L. *De l'intensification du travail*. Santé et travail 1999 ; n° 27.
- (7) Laville A., Teiger C., Duraffourg J., Raquillet M. *Charge de travail et vieillissement*. Rapport du laboratoire d'ergonomie du Cnam, 1973, n° 40.
- (8) Alonzo P. *Les rapports au travail et à l'emploi des caissières de la grande distribution. Des petites stratégies pour une grande vertu*. Travail et emploi 1997 ; n° 76.
- (9) Prunier-Poulmaire S. *Flexibilité assistée par ordinateur : les caissières d'hypermarché*. Actes de la recherche en sciences sociales, 2000, n°134.
- (10) Villatte R., Gadbois C., Bourne J.-P., Visier L. *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. Interéditions, 1993.
- (11) Hamelin P. *Chauffeurs routiers, les poids lourds du temps de travail*. Santé et travail 1993 ; n° 5.
- (12) Zarifian P. *Produire en quatre temps, une mutation du travail mal perçue*. Santé et Travail 1997 ; n° 22.
- (13) Cartron D. *Excès de vitesse : les effets de l'intensification du travail sur les pénibilités et les risques*. Rapport pour la Dares, Centre d'études de l'emploi, 2000.
- (14) Molinié A-F., Volkoff S. *Intensité du travail et santé dans un organisme administratif*. Pistes 2000 ; n° 2.
- (15) Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S. (coord.). *Age, travail, santé, études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans*. Paris : Inserm, 1996.
- (16) Vezina M., Vinet A., Brisson C. *Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement*. Le travail humain 1989 ; 52-3.
- (17) Baudelot C., Gollac M. *Bonheur, travail et sociologie*. Communication au séminaire SDS, Insee, 1999.
- (18) Dejours C. *Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard, 1993.
- (19) Clot Y. *La santé à l'épreuve du travail*. Communication au colloque Intensité du travail et santé, Iseres, Montreuil, juillet 1999.
- (20) Paoli P. *Second European Survey on Working Conditions*. European Foundation, Loughlingstown-Dublin, 1996.
- (21) Askenazy P. *The consequences of new workplace practices in the United States*. Cepremap, 2000.

Les formes modernes d'organisation rendent au travailleur une certaine autonomie, mais à d'autres égards, elles diminuent la maîtrise qu'il a de son travail et de sa vie. L'intensification du travail diminue la maîtrise instantanée de l'activité. La « flexibilisation » du temps de travail diminue la maîtrise du temps quotidien. La précarisation diminue la maîtrise de la trajectoire professionnelle. Chacune de ces formes de dépossession tend à aggraver les autres. L'intensification du travail fait que l'énergie du travailleur est accaparée par sa tâche du moment. De ce fait, il lui est plus difficile d'anticiper une mobilité, de se for-

mer, d'accumuler des connaissances sans but immédiat. Inversement, la mobilité subie et non anticipée rend plus difficiles encore à tenir les exigences de rythme. Les travailleurs se trouvent alors confrontés à des injonctions contradictoires : travailler au maximum de leurs capacités, gérer leur carrière sur le long terme. Il en résulte alors de l'anxiété, le sentiment d'être dans une impasse...

En dehors des pays européens, aucune donnée comparable n'est disponible. Cependant, dans le cas des États-Unis, l'ampleur du recours à la

« production allégée » (*lean production*) et ses conséquences spectaculaires sur l'intensité du travail et les conditions de travail ont été démontrées (21).

Serge Volkoff
Michel Gollac

Directeurs de recherche au Centre d'études de l'emploi, Noisy-le-Grand.

D'après leur livre, *Les conditions de travail aux éditions La Découverte*, coll. Repères, 2000, 128 p.

L'intensification du travail : pas seulement en France

De 1991 à 1996, le pourcentage de travailleurs de l'Union européenne (salariés ou indépendants) déclarant « un travail à cadences élevées pendant au moins un quart de leur temps » est passé de 48 % à 54 % et la variation a été de 50 % à 56 % pour le « travail à délais courts et stricts » (20). Toutefois, les effectifs limités des enquêtes statistiques européennes rendent difficile leur utilisation pour étudier les évolutions pays par pays. Il faut recourir aux enquêtes nationales, lorsqu'elles existent. Bien que les questionnements soient assez variés, les résultats sont convergents. « Le travail devient de plus en plus intense dans tous les États membres : en général, les travailleurs sont soumis à des rythmes plus intenses et des délais plus serrés » (1). Toutefois, le rythme de l'intensification, son calendrier et ses formes précises varient d'un pays à l'autre.

La collection Repères des éditions La Découverte propose des synthèses rigoureuses et accessibles, rédigées par des spécialistes reconnus et notamment sur des thèmes proches : *L'économie des inégalités* (Thomas Piketty) ; *L'ergonomie* (Maurice de Montmollin) ; *Éthique économique et sociale* (Ch. Arnsperger, Ph. Van Parijs) ; *Histoire du travail des femmes* (Françoise Battagliola) ; *Les métiers de l'hôpital* (Christian Chevandier) ; *La population française* (Jacques Vallin) ; *La santé des Français* (HCSP) ; *La sexualité en France* (Maryse Jaspard) ; *Les travailleurs sociaux* (Jacques Ion, Bertrand Ravon) et plus de trois cents autres titres (chaque volume 128 pages).

La santé des salariés **au microscope**

Au travers de ses enquêtes sur les conditions de travail et les risques professionnels des salariés, la Dares* offre un panorama intéressant de la santé au travail. Surtout, ces précieuses données ouvrent un certain nombre de pistes de réflexion, de recherche et de prévention.

Des enquêtes statistiques d'échelle nationale sur les conditions et l'organisation du travail, ainsi que sur les risques professionnels, sont régulièrement produites et exploitées par le département *ad hoc* de la Dares, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ainsi, l'enquête Conditions de travail – complémentaire à l'enquête Emploi de l'Insee – conduite respectivement en 1978, 1984, 1991 et 1998, porte sur tous les actifs occupés, salariés ou non. Si, au fil du temps, les questionnaires ont évolué, ils ont conservé un tronc commun de questions permettant d'étudier l'évolution des conditions de travail au cours de ces vingt dernières années. C'est d'ailleurs un atout majeur, compte tenu des changements qui ont marqué le monde du travail au cours de cette période.

Recueil du vécu des salariés

Les données de ces enquêtes ne reposent pas sur des mesures objectives, que pourraient réaliser des ergonomes, mais sur les déclarations des salariés : les réponses se réfèrent donc aux conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les enquêtés. Pour autant, il ne s'agit pas d'enquêtes d'opinion. Les thèmes abordés concernent aussi bien les horaires et l'organisation du temps de travail, que les contraintes qui pèsent sur les travailleurs ou la charge mentale au travail.

Une fois recueillies, l'ensemble des données font l'objet de statistiques, d'analyses, et de comparaisons avec les résultats des enquêtes précédentes. En 1991, l'ensemble des indicateurs avait montré, par exemple, une nette dégradation des conditions de travail par rapport à 1984. Pour vérifier la pertinence

de ce constat et s'assurer qu'il ne résultait pas uniquement d'une conjoncture particulière et de l'évolution des mentalités, des analyses complémentaires ont été réalisées. Or, elles ont montré que la dégradation des conditions de travail constatée était en partie bien réelle et pouvait s'expliquer notamment par l'augmentation des rythmes de travail et notamment de la pression de la demande.

Intensification des rythmes

En 1998, les évolutions observées sont dues à la poursuite de l'objectivation des conditions de travail, mais aussi à l'évolution des tâches dans les entreprises qui ont réformé leur organisation au cours des dernières décennies afin de faire face à la concurrence et mieux satisfaire les exigences des clients. Cette évolution est également due à l'intensification des contraintes de rythmes subies par les salariés, qui rend les astreintes et les nuisances plus pénibles.

Les résultats des enquêtes permettent donc de mettre en lumière des situations de travail difficiles et supposées être néfastes pour le salarié qui les subit, bien qu'ils ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet.

En ce qui concerne les pénibilités physiques, on peut sans trop de risques affirmer qu'être soumis à trop d'efforts physiques ou être exposé à des produits toxiques sur le lieu de travail est nocif pour la santé, même s'il existe des différences entre individus, susceptibles de faire varier les seuils de tolérance. Pour ce qui concerne la charge mentale, la tâche est plus complexe puisqu'on ne dispose d'aucune question sur la santé du salarié. Et même si c'était le cas, d'autres enquêtes ont pu montrer l'existence d'effets différés dans le temps et donc difficilement mesurables. L'enquête permet toutefois d'en quantifier certains facteurs tels que l'urgence, le bruit, l'attention soutenue, ou encore le

manque de moyens, et de préjuger de leurs effets sur la santé. Enfin, lors de la dernière enquête en 1998, les concepteurs ont introduit quelques questions sur la survenue d'accident au cours du travail, que celui-ci ait été déclaré et reconnu par le système officiel ou non, afin de pouvoir relier cet accident à l'organisation du travail.

Travail sous pression

Ainsi, les résultats de 1998 font état d'un développement de l'utilisation de l'informatique – près de 50 % des salariés contre 34 % en 1991 et 26 % en 1987. Les données indiquent une amplification des contraintes de rythme – 23 % des salariés déclarent travailler sous pression et plus de 50 % disent que leur travail dépend d'une demande extérieure à satisfaire immédiatement – et d'un développement des marges d'initiative, bien que les salariés évoquent une pression hiérarchique très forte. L'intensité du travail semble donc contrarier les effets bénéfiques de l'autonomie. Autre constat, les contraintes articulaires et posturales sur le lieu de travail ont tendance à augmenter : 72 % des salariés déclarent au moins un effort et 38 % en déclarent au moins trois ; 74 % déclarent au moins un risque, 40 % en subissent plus de deux.

Enfin, il existe incontestablement une montée de la charge mentale avec 60 % des salariés qui déclarent craindre des sanctions en cas d'erreur. Un salarié sur deux indique devoir interrompre une tâche pour une tâche plus urgente, et un sur cinq dit devoir « toujours » se dépêcher.

Cartographie des expositions professionnelles

La Dares produit aussi l'enquête Sumer (SURveillance Médicale des Risques professionnels) qui s'intéresse aux risques encourus par les salariés sur leur lieu de travail en fonction des expositions auxquelles ils sont soumis. Ses résultats offrent une sorte de cartographie des expositions professionnelles aux nuisances subies au cours du travail, permettant ainsi d'améliorer la prévention, mais aussi d'établir des priorités d'études fondamentales et appliquées sur ces thèmes.

Parmi l'ensemble des résultats de l'enquête de 1994, on observe que les

contraintes physiques sont toujours d'actualité : six ouvriers sur dix sont concernés par le port de charges lourdes. Par ailleurs, un ouvrier sur deux subit des contraintes articulaires dans le travail et un salarié sur quatre subit des nuisances sonores pendant son travail, principalement les ouvriers. Enfin, plus d'un million de salariés exposés aux agents biologiques, près d'un salarié sur dix exposé à des produits estimés cancérigènes. Or, les équipements de protection ne semblent pas toujours adaptés.

Dans l'enquête 2001-2002, plusieurs nouveaux thèmes sont abordés : les

contraintes organisationnelles et relationnelles, les contraintes physiques et posturales, ou encore le risque biologique et chimique. En parallèle, le salarié sera soumis à un auto-questionnaire, au sein duquel il pourra évaluer sa satisfaction au travail, sa fatigue ou encore, les agressions sur son lieu de travail.

Sylvie Hamon-Cholet

Chargée d'études au département
Condition de travail et relation
professionnelle de la Dares,
ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

**Dares : direction de l'Animation de la recherche, des Etudes et des Statistiques.*

Bibliographie

- Aquain V., Cézard M., Charraud A., Vinck L. *Vingt ans d'évolution des conditions de travail*. Dares, Premières synthèses 1994 ; 94-21, n° 46.
- Bouvet M., Yahou N. *Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique*. Mes-Dares, Premières synthèses 2001 ; n° 31.1.
- Bué J., Rougerie C. *L'organisation du travail : entre contraintes et initiative* (résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998). Dares, Premières synthèses 1999 ; 99-08, n° 32-1.
- Bué J., Rougerie C. *L'organisation des horaires : un état des lieux en mars 1998*. Dares, Premières synthèses 1999 ; 99-07, n° 30-1.
- Cézard M., Hamon-Cholet S. *Efforts et risques au travail en 1998*. Dares, Premières synthèses 1999a ; 99-04, n° 16.1.
- Cézard M., Vinck L. *Plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail*. Dares, ministère du Travail ; Premières synthèses 1998, 98-12, n°53.2.
- Cézard M., Hamon-Cholet S. *Travail et charge mentale*. Dares, Premières synthèses 1999b ; 99-07, n° 27.1.
- Dares. *Les conditions de travail en enquêtes, résultats des enquêtes sur les conditions de travail de 1978, 1984 et 1991*. Document d'études, n° 29.
- Gollac M. *Donner un sens aux données, l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail*. Centre d'études de l'emploi, dossier n° 3, nouvelle série, 1994.
- Gollac M., Volkoff S. *Les conditions de travail*. Paris : Éditions La découverte, coll. Repères, 2000 : 128 p.
- Hamon-Cholet S. *Les conditions de travail des non-salariés*. Insee : Economie et statistique, 1999.
- Hamon-Cholet S., Rougerie C. *La charge mentale, des enjeux complexes pour les salariés*. Insee : Economie et statistique 2000 ; 9-10, n° 339.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail*. Mes-Dares, Premières synthèses 1996 ; 10-42.1., n° 96.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *Le bruit dans le travail*. Mes-Dares, Premières synthèses 1997 ; 02-09.1, n° 97.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *Les contraintes articulaires pendant le travail*. Mes-Dares, Premières synthèses 1997 ; 06-24.4, n° 97.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *La manutention manuelle de charges : Résultats de l'enquête SUMER 94*. Mes-Dares, Premières synthèses 1997 ; 09-39.1, n° 97.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *L'exposition aux contraintes et nuisances dans les industries agricoles et alimentaires*. Mes-Dares, Premières synthèses 1998 ; 05-20.1, n° 98.
- Héran-Le Roy O., Sandret N. *L'exposition aux agents biologiques en milieu de travail*. Mes-Dares, Premières synthèses 1998 ; 02-07.1, n° 98.
- Héran-Le Roy O. *Les risques professionnels pour la santé*. Insee, Données sociales 1999.
- Sandret N., Yahou N. *Expositions aux contraintes et nuisances dans la construction : résultats de l'enquête SUMER 94*. Mes-Dares, Premières synthèses 1999 ; 12-49.3, n° 99.

Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ?

Conçues dans une optique de gestion, les statistiques sur les accidents de travail de la Cnamts sont aujourd'hui confrontées aux limites propres à ce système de recueil statistique. Elles révèlent la nécessité d'intégrer un certain nombre de nouvelles données pour appréhender la réalité des accidents du travail.

Des bilans permettant un suivi comptable et financier des accidents du travail sont produits trimestriellement et annuellement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Ces bilans, qui constituent le principal outil du système statistique français en matière d'accidents du travail, offrent paradoxalement un panorama à la fois riche et restreint. Riche parce qu'ils permettent de capitaliser des données sur le nombre d'accidents survenus, reconnus et indemnisés¹, sur les sommes versées à ce titre, et fournissent quelques données descriptives, telles que les caractéristiques premières² des salariés concernés. Mais aussi restreint, dans le sens où ces statistiques ne renseignent absolument pas sur les personnes touchées, ni sur les conditions de survenue des accidents.

Les accidents sont en hausse

Ainsi, pour l'année 1998, la Cnamts a recensé 1 337 951 accidents du travail déclarés et reconnus, tous secteurs confondus, dont 690 947 ayant entraîné un arrêt de travail et 672 un décès. Les accidents avec incapacité ponctuelle permanente (IPP) sont au nombre de 31 510 pour une IPP inférieure à 10 % et 8 241 pour une IPP supérieure ou égale à 10 %, soit un total de 39 751.

Ces chiffres confirment la tendance à la hausse, déjà observée l'année précédente, et qui se traduit par une augmentation de 1,5 % entre 1997 et 1998. Une augmentation qui, d'ailleurs, semble se poursuivre en 1999 : les chiffres font état d'une hausse de 1,8 %, pour un total de 1 361 959 accidents survenus. Cette « inflation » du taux d'accidents ne semble pas être due à la seule reprise écono-

mique, elle-même responsable d'une augmentation du nombre d'heures travaillées et par là-même des occasions d'accidents. En effet, seuls les accidents avec arrêt enregistrent une hausse significative de 3,2 %. De même que le nombre de journées perdues, la durée moyenne des arrêts de travail, ainsi que la somme des taux d'incapacité permanente, sont en constante augmentation.

Une typologie des secteurs touchés

Les *statistiques financières* fournissent des informations comptables, tels que le coût moyen d'un accident avec arrêt, le coût moyen d'un accident avec une IPP inférieure à 10 %, ou celui d'un accident avec une IPP supérieure ou égale à 10 %. Elles évaluent le montant global des indemnités et des rentes versées annuellement. Ces chiffres sont détaillés par caisse régionale et par branche d'activité. Ainsi, toujours pour l'année 1998, la Cnamts a versé 27,3 milliards de francs pour les arrêts de travail et 23,4 milliards au titre de rentes pour incapacité permanente, quel qu'en soit le taux. Quant au nombre de journées perdues, il s'élève à un peu plus de 27 millions de francs.

Les *statistiques technologiques*, pour leur part, permettent de connaître la typologie des secteurs d'activité touchés, par exemple. Les chiffres des années 1996, 1997 et 1998 révèlent ainsi que certains secteurs sont plus concernés que d'autres, comme le bâtiment et les travaux publics, l'alimentation, la métallurgie et les transports. D'après ces mêmes statistiques, les accidents sont plus fréquents chez les hommes et chez les ouvriers, notamment qualifiés, et les salariés de moins de 30 ans sont dans les tranches d'âge les plus touchées.

Au sein de ces statistiques émergent trois types majeurs d'accidents : ceux liés à la manipulation d'objets (27,1 %), les accidents de plain-pied (21,7 %) et les accidents comportant une chute avec dénivellation (12,7 %). Les accidents sur machine ou avec des outils représentent, pour leur part, quelques 12 % des cas. La nature des lésions ou symptômes décrits, se traduit le plus souvent par une contusion (22,9 %), une plaie ou une coupure (20,2 %), ou une douleur causée par un effort et responsable, par exemple, d'un lumbago (19,7 %). L'entorse vient en quatrième position (10,9 %), suivie des fractures ou des fêlures (6,1 %).

Les limites du système

Cet outil statistique, capable de fournir un large panel de données, possède cependant aussi ses limites. En premier lieu, il ne permet aucun suivi conjoncturel de ces accidents du travail. Dans le cadre des statistiques financières et technologiques qui sont annuelles, c'est

la date de la reconnaissance ou l'année du premier versement de la rente, qui sert de référence pour les accidents. Or, ce système complique et même rend impossible les comparaisons d'une année sur l'autre : au lieu de renseigner sur l'évolution des accidents du travail, il mesure, en fait, l'indemnisation des accidents au titre des accidents du travail ! Il s'agit donc d'une comptabilité financière qui dresse un bilan annuel des dépenses, et non d'un recensement précis des accidents de l'année et de leurs caractéristiques.

En second lieu, la déclaration de l'accident reste sommaire, en raison probablement de la nomenclature utilisée. Il serait intéressant d'avoir davantage d'éléments sur le statut du salarié dans l'entreprise, sur son ancienneté et sur les conditions de survenue de l'accident : s'agissait-il, ou non, d'un travail habituel ? L'effectif était-il, ou non, réduit ? L'équipement de sécurité était-il, ou non, porté ? Quelle était la taille de l'entreprise concernée ? Autant de questions qui restent aujourd'hui sans réponse sur le plan statistique. Or, de nombreuses études s'accordent à montrer que les accidents du travail résultent non seulement des risques inhérents à certains métiers ou secteurs d'activités, mais sont aussi le signe d'un dysfonctionnement de l'organisation, voire même que certaines formes d'organisation constituent un facteur du risque d'accident. Enfin, on ne sait rien des accidents qui n'entrent pas dans ce système de reconnaissance.

Enfin, il faut savoir que les accidents non reconnus par la caisse sont exclus d'emblée des statistiques. Quant aux accidents mortels, ils ne sont pris en compte que lorsque le décès survient avant la consolidation. Les accidents non déclarés ou non reconnus échappent donc à tout recueil de données. Or, si la non-déclaration est sans doute moins importante que le phénomène de non-déclaration des maladies professionnelles, elle l'est suffisamment pour que la commission chargée d'évaluer le montant du remboursement annuel de la branche accidents du travail-maladies professionnelles vers la branche maladie du régime général, l'ait mentionné, en 1996, comme élément d'évaluation, et que de nombreuses équipes de recherche se soient préoccupées de cette question.

Rechercher de nouveaux indicateurs

Construites dans une optique gestionnaire et comptable, les statistiques de la Cnamts opposent donc de nombreuses limites. À ce titre, elles ont suscité de multiples débats parmi des acteurs très différents, qu'il s'agisse d'administratifs, de partenaires sociaux salariés ou patronaux, ou de chercheurs. Si beaucoup d'études sociologiques, psychosociologiques ou encore économiques, ont pu fournir de précieux éclairages sur les accidents du travail et les accidentés en France, aucun outil statistique n'a encore permis l'élaboration d'indicateurs sur le lien entre les accidents du travail, l'organisation et les conditions de travail, ou encore sur le processus de déclaration et de reconnaissance, ou enfin, sur la proportion des non-déclarations et celle des non-reconnaisances d'accidents.

À l'avenir, il importe de pouvoir se doter d'indicateurs et d'outils d'investigation sur les accidents du travail, indépendants de leur déclaration institutionnelle. De son côté, la Cnamts mène actuellement une réflexion sur un projet de refonte de son système statistique qui pourrait intégrer un certain nombre de nouvelles données. La réalité des accidents du travail ne sera correctement appréhendée qu'au prix de ces efforts qui contribueront peut-être aussi à la mise en place d'une prévention mieux adaptée.

Sylvie Hamon-Cholet

Chargée d'études au département Condition de travail et relation professionnelle de la Dares, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

1. Les statistiques établies annuellement par la Cnamts sont basées sur les chiffres fournis par les seize caisses régionales d'assurance maladie. Elles sont déclinées par activité professionnelle, sous un numéro de risque (dérivé du numéro de nomenclature Insee). Ces statistiques concernent uniquement les salariés du régime général, les régimes spéciaux ayant une comptabilité propre.

Trois catégories d'accidents sont distinguées parmi les accidents survenus : les accidents avec arrêt d'au moins vingt-quatre heures, les accidents ayant entraîné une incapacité ponctuelle permanente et donc le versement d'une rente, et les accidents mortels. 2. Ces caractéristiques sont le sexe, l'âge, le groupe socioprofessionnel et la nationalité (distinction entre France, CEE et pays étrangers).

Plaidoyer pour une vraie politique de santé au travail

Le travail joue un rôle majeur dans la vie et la santé, qu'il s'agisse de cadres ou d'ouvriers, d'hommes ou de femmes, de travailleurs permanents ou intérimaires. Mais tous ne sont pas logés à la même enseigne. Il est plus que temps de s'interroger sur les moyens de prévenir les atteintes à la santé liées à ces inégalités.

Pour lutter contre les inégalités sociales de santé au travail, il faut d'abord s'interroger sur ce qu'elles sont, comment elles deviennent banales. Rappelons à ce titre, que chaque jour, selon le Bureau international du travail (BIT), trois mille travailleurs dans le monde meurent dans des accidents du travail et que plusieurs milliers d'autres décèdent d'une maladie contractée durant l'activité professionnelle.

L'évocation des liens entre le travail et les inégalités sociales de santé introduit directement le sujet des facteurs de risque professionnel. Le drame de l'amiante est présent dans tous les esprits, notamment parce que les chiffres sont là pour nous rappeler l'ampleur du désastre avec des milliers de décès en France et, plus généralement, des millions de morts « évitables » à travers le monde.

Le bâtiment, en première ligne

Comme de multiples produits et procédés familiers de la vie quotidienne contiennent encore de ces fibres mortelles – tuyaux en fibrociment, flocage, isolation, matériel de friction –, le problème posé par l'amiante a été transformé en une problématique de santé environnementale, faisant ainsi oublier qu'il s'agit encore, et avant tout, d'un risque du travail.

À l'Université de Jussieu, lieu emblématique du choix des constructeurs des années soixante, qui est décédé de

l'amiante? Dans l'ordre, il faut d'abord citer ceux qui ont « floqué » les bâtiments, morts entre 45 et 60 ans de cancers liés à l'amiante, sans avoir pu bénéficier de quelques années de retraite. Mais ils ne sont malheureusement pas les seuls. Les ouvriers du service d'entretien, mais aussi ceux des entreprises extérieures – électriciens, plombiers-chauffagistes, nettoyeurs –, ont tous été exposés aux fibres mortelles. C'est ce que confirment d'ailleurs les statistiques de mortalité par mésothéliome, cancer de la plèvre spécifique de l'exposition à l'amiante : en Angleterre comme en France, le groupe socio-professionnel le plus touché reste celui des salariés du bâtiment.

La logique du profit

L'exposition aux risques professionnels reste d'ailleurs profondément inégalitaire. Ainsi, la mortalité par cancer est, de façon constante, plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et serait pour les premiers très largement due à des facteurs de risque professionnel comme l'amiante. Et comme moins de 1 % des cancers d'origine professionnelle sont reconnus en maladie professionnelle, les conséquences sanitaires des choix industriels demeurent invisibles.

Mais les inégalités de santé au travail doivent aussi être étudiées qualitativement, en référence à d'autres choix économiques tels que la recomposition salariale par le recours massif à la sous-

traitance et à l'intérim, ou tels que la flexibilité qui conduit à une forte intensification du travail et à la dislocation des collectifs de travail.

Les jeunes de moins de 25 ans, qui représentent environ 7 % des salariés et une grande majorité des intérimaires subissent aussi 25 % des accidents de travail. Pourquoi? Corvéables à merci, pris entre la hantise du chômage et l'espoir d'intégration durable, ces jeunes n'ont pas de marges de manœuvre pour résister, c'est-à-dire s'organiser avec d'autres pour négocier un relâchement de la contrainte de temps, de rythme et de pénibilité. L'accident survient comme sanction de cette absence de marges de manœuvre pour s'arrêter à temps, voire se retirer, comme l'autorise le code du travail.

« L'invisibilité empêche la prévention »

Outre les accidents de travail – souvent non déclarés, non reconnus –, de multiples atteintes à la santé souvent non spécifiques comme les lombalgies ou les troubles du sommeil font écho à ce rythme infernal.

L'invisibilité empêche la prévention, d'abord par méconnaissance du travail de ceux qui sont exposés et ensuite parce qu'il serait « dans l'ordre des choses » que les ouvriers soient soumis aux « risques du métier ». Ainsi, l'inégalité devant la mort et la maladie se trouverait-elle légitimée.

En France, comme dans les autres pays européens, les spécialistes et les industriels connaissent les effets pathogènes de l'amiante sur la fonction respiratoire depuis un siècle. Pourtant, la France n'a interdit son utilisation qu'en 1997. Quant aux industriels de l'amiante, ils continuent à en produire et à en vendre dans les pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique où les conditions de travail sont les pires et l'invisibilité des travailleurs la plus totale : que « vaut » la vie de ces gens, parfois même des enfants, au regard des profits encore à tirer de cette industrie mortifère ?

Priorité à la santé au travail

Dans cette même logique, alors que les effets pathogènes de la désorganisation des rythmes et du travail de nuit sont connus depuis des décennies, les politiques publiques sur le temps de travail intègrent la flexibilité comme contrepartie légitime de la réduction du temps de travail. Et pour réduire les inégalités entre les hommes et les femmes sur le marché de l'emploi, on lève l'interdiction du travail de nuit des femmes au lieu de généraliser cette interdiction pour les deux sexes !

Les inégalités de santé au travail résultent de choix organisationnels et productifs : il faut donc agir sur ces choix. Or, pour bien faire, ces questions politiques – au sens propre du terme – devraient sortir du cercle étroit des négo-

ciations entre le Medef et les organisations syndicales pour devenir véritablement un enjeu majeur de santé publique.

La santé au travail, qui relève du champ de la santé publique, devrait figurer au rang des priorités dans les stratégies de prévention et de lutte contre les inégalités de santé, au nom du droit fondamental des hommes et des femmes à la vie, à la santé, à la dignité dans le travail et dans la société.

Annie Thébaud-Mony

Sociologue, directeur de recherche Inserm, Cresp, Inserm-Université Paris-XIII, Bobigny.

► Bibliographie

- Cassou B., Huez D., Touranchet A., Mousel M.-L. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La découverte, 1984 : 640 p.
- Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A. *Connaissance et reconnaissance des accidents du travail*. Convention de recherche Dares/Cresp-Université Paris XIII, Bobigny, 2000.
- Frigul N., Thébaud-Mony A. *Enseignement professionnel et santé au travail*. Tome 1 : l'année du baccalauréat professionnel CPC document. Ministère de l'Éducation nationale, 1999/6 ; Enseignement professionnel et santé au travail. Tome 2 : deux années d'insertion CPC document. Ministère de l'Éducation nationale, 2001/6.
- Gedisst. *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : Puf, 2000.
- Kergoat J., Boutet J., Linhart D. *Le monde du travail*. Paris : La découverte, 1998 : 360 p.
- Roche P. *Précarisation du travail et lien social : des hommes en trop*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2001.
- Thébaud-Mony A. *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*. Paris : Inserm-EDK, 2000 : 272 p.
- Volkoff S., Thébaud-Mony A. Santé au travail : l'inégalité des parcours. In : *Les inégalités de santé*. Paris : Inserm, ouvrage collectif : 349-62.

Sortir de soi

Travail, chômage et action collective

Ce texte se propose d'analyser la fonction psychologique du travail et de la comparer à celle de l'action collective. Il s'appuie sur des résultats obtenus par des enquêtes en milieu de travail (1, 2) et par les mouvements de chômeurs (3).

À partir d'une longue expérience acquise dans le domaine de l'analyse psychologique du travail, nous sommes parvenus à cette conclusion : la fonction psychologique du travail réside précisément dans la rupture qu'il introduit entre les « préoccupations » personnelles du sujet et les « occupations » sociales dont il doit s'acquitter. Bien sûr, l'aliénation n'en est jamais totalement absente puisque on ne travaille pour soi qu'en travaillant pour d'autres.

Une activité qui diffère « l'assouvissement de soi »

Travailler consiste à vivre dans l'univers des activités d'autrui, à se diriger dans cet univers, à agir sur ses propres activités et sur celles des autres. C'est pourquoi on peut dire que le travail, par l'entremise de sa fonction sociale, remplit une fonction psychologique spécifique appelée à grandir. À une époque où, justement, les préoccupations personnelles, à la fois exaltées et déniées, envahissent le champ social, le travail devient encore plus l'opérateur symbolique indispensable de la séparation d'avec soi-même, de la délimitation de soi. La définition du travail à laquelle était parvenu H. Wallon dès 1930 retient alors l'attention : « *Le travail est une activité forcée. Ce n'est plus la simple réponse de l'organisme aux excitations du moment, ni celle du sujet aux sollicitations de l'instinct. Son objet reste étranger à nos besoins, tout au moins immédiats, et il consiste en l'accomplissement de tâches qui ne s'accordent pas nécessairement avec le jeu spontané des fonctions physiques ou mentales* » (4). Autrement dit, le travail

est cet acte social qui diffère l'assouvissement de soi, qui suspend l'accomplissement personnel à l'évaluation des autres. C'est une activité qui rattache chacun à l'activité des autres, occasion des coopérations les plus fructueuses comme des pires subordinations. Plus tard, en 1951, on retrouve des formulations proches chez Meyerson pour qui le travail est, tout à la fois, « *une activité forcée et continue, créatrice d'objets ayant une utilité, et liée à des motifs qui reflètent l'équilibre économique et moral d'un groupe à une époque* ». Faite en commun par les hommes, « *c'est de plus une activité disciplinée, soumise à des contraintes de la matière et du milieu humain* ». La formule a fait mouche puisqu'on la retrouve tout récemment sous la plume du sociologue P. Rolle qui définit lui aussi le travail comme « *une activité forcée, orientée et réglée de l'extérieur* » (5). Pour lui, « *le travail a quelque chose d'impersonnel qui assure la constance de sa fonction sociale par delà les individus qui l'occupent* ». Fonction évoque donc et, comme telle, foncièrement humaine. D'où la formule utilisée par J. Bruner : le travail est « *l'activité la plus humaine qui soit* » (6). Comme le remarque Meyerson en 1987, le travail requiert la capacité de faire œuvre utile, de contracter des engagements, de prévoir avec d'autres et pour d'autres, quelque chose qui n'a pas directement de lien avec soi. C'est en quoi on peut dire qu'il offre hors de soi une éventuelle réalisation de soi. En définitive, les rythmes centrifuges du travail social sont aussi des solidarités impersonnelles.

Le travail offre une « contenance » symbolique

Le milieu de travail est une société organisée comme un groupement plus ou moins stable d'individus « *ayant entre eux des rapports qui assignent à chacun son rôle ou sa place dans l'ensemble* », écrivait Wallon en 1971 (7). C'est ainsi que Wallon définit un groupe. Or, le propre d'un milieu de travail, c'est de posséder une structure de groupe. L'individu prend conscience de sa personne précisément au moment où il entre dans des échanges impersonnels attendus et convenus, auxquels il participe en les faisant vivre. Il entre, pour pouvoir travailler, dans ce qu'on appellera un genre social d'activités, qu'il cherche à faire sien. Et c'est bien la perte de cette inscription différenciatrice dans le monde, à la fois commun et divisé du travail, qui « déleste » l'activité des chômeurs. Le sujet n'accède à ses besoins propres que par le truchement de l'activité des autres, qu'en les acceptant comme arbitres de ses exploits et de ses défaillances, en faisant parmi eux figure d'individu distinct dans la production conjointe d'un objet ou d'un service attendu. En passant par lui, ces rythmes lui prêtent paradoxalement une indépendance à l'égard des autres comme ils le protègent contre les soustractions du réel. Grâce à la rencontre qu'ils imposent au sujet avec un objet régi par d'autres normes que les normes subjectives, ils le rendent à lui-même. Le travail est démarcation d'avec soi-même, inscription dans une autre histoire. D'un certain point de vue, on peut dire que, au travail, le sujet est l'obligé d'une tradition qui le sur-

plombe. Mais ses « obligations », surtout si elles lui offrent un jeu suffisant, sont au principe de sa personnalisation. Elles lui fournissent une contenance symbolique qui, loin d'être un renoncement à soi, révèle l'inscription du sujet parmi ses semblables, dans la chaîne des générations, par la médiations des œuvres à poursuivre ; non sans lui faire courir le risque de prendre part aux pires aliénations, mais en lui donnant aussi l'occasion – à saisir – de s'en défaire.

Le chômage : une mutilation ?

Or, ces œuvres à poursuivre « lésent » le chômeur. Elles sont, pour reprendre une formulation de Ph. Malrieu, « l'homme en dehors du sujet » (8). On peut comprendre alors l'impact psychique pathogène de toutes les situations sociales de désœuvrement. C'est un mot qu'il faut prendre à la lettre si l'on veut expliquer pourquoi le chômage, en un sens, coupe le sujet de l'homme, en lui interdisant de jouer son rôle dans le renouvellement et la transmission du patrimoine des générations, privant d'adresse et de destinataire son activité subjective ; le dispensant contre son gré de s'acquitter des devoirs face auxquels il pourrait s'assurer qu'il n'est pas superflu. C'est peut-être fondamentalement contre cette mutilation, cet interdit et cette privation que l'action collective des associations s'engage. R. Dethyre rapporte ainsi les propos de Denise, militante à l'Apeis (Association pour l'emploi, l'information et la solidarité) : « On partait à dix ou quinze à l'antenne de l'Hay-les-Roses pour les demandes de fonds social, on ne partait pas tant qu'on n'avait pas les rendez-vous. C'est quand on était reçu dans les bureaux que j'ai beaucoup appris. Quand ils se sont aperçus que nous avions trop de connaissances, ils ont rejeté l'Apeis ; ils nous donnaient trop d'informations » (9).

En 1994, l'auteur commente : « Ici Denise évoque les démarches collectives de l'Apeis, le rôle du groupe. Une démarche empreinte de dignité visant à redonner un lien social au groupe qui assure la cohésion dans de nouveaux rapports sociaux où l'antagonisme des rapports de production est remplacé par l'antagonisme d'une Assedic dont le refus du dialogue permet sa stigmatisation et soude le groupe. (...) Au début, l'Apeis pouvait assister aux entretiens ; l'idée de la tierce personne accompa-

gnant le chômeur donne à la fois un autre statut au droit, au chômeur, à l'employé. Il modifie le rapport dominant / dominé, assistance / assurance, solidarité / charité. Le chômeur n'est plus un demandeur d'emploi mais un usager, un ayant droit ».

Ce renversement de la « stigmatisation » qui se porte alors sur les Assedic est un des ressorts principaux de la mobilisation psychologique des chômeurs « associés ». On peut en prendre un autre exemple, plus récent, issu des actions conduites par l'association à l'Assedic d'Argenteuil au mois d'avril 1996, actions auxquelles il nous a été donné de participer.

Derrière l'association, il y a des forces, des projets

Étudions le récit qu'en fait Philippe Villechallane, au chômage pendant presque trois ans et qui a rejoint l'association depuis peu au moment où nous l'avons rencontré : « Nous sommes arrivés à l'Assedic avec 65 personnes pour obtenir une aide d'urgence du fonds social. La directrice nous a d'abord dit qu'il n'était pas possible de donner le moindre rendez-vous. (...) Puis, elle s'est engagée à recevoir les cinq cas les plus urgents la semaine d'après et, en tout état de cause, a-t-elle dit, on les aura tous vu avant le 29 avril. Rien à voir avec les délais habituellement pratiqués. Donc, avec Richard on redescend et il prend la parole devant les chômeurs qui étaient là. Il explique ce que la délégation venait d'obtenir pour l'après-midi même. À ce moment-là, moi je me suis dit : là, il y a un piège terrible : Qui sera dans les cinq ? C'est Richard qui va juger ? Celui-là parce qu'il est étranger ? Celle-là parce qu'elle est femme ? Celui-là encore parce qu'il est mal habillé ? C'est impossible. Et là, il a dit : voilà ce que je vous propose. Vous êtes tous dans l'urgence. Mais malheureusement il y en a de plus « urgents » que d'autres. Je vous conseille de vous voir très vite. On n'a pas le temps. La directrice va partir. Il est midi. Décidez vous-même qui doit passer d'abord. Et là, les gens se sont mis en tas dans la cours, ont sorti leurs factures, les menaces de coupures d'électricité, d'huissier. (...) Les gens ont choisi et personne n'a rien dit. Pas un mot plus haut que l'autre. Ils ont décidé : moi j'ai presque rien à manger, mais j'ai encore le courant. Je peux boire chaud avec

quelque chose... Ça s'est fait de cette façon et je trouve que c'est extraordinaire parce que, quand tu es dans la misère, franchement, tu ne penses plus qu'à toi. C'est cette réalité qui fait toute la difficulté des associations de chômeurs. Quand tu es à ce niveau de difficultés, tu n'as pas envie de le montrer, de t'étaler. Tu n'as pas envie non plus de t'impliquer dans une revendication sociale avec d'autres. Ils te rappellent trop ce que tu ne veux pas être et que tu es quand même. Tu rejettes tout de la société. Tu as oublié ce que c'est qu'une société. C'est donc très difficile d'organiser les chômeurs. (...) J'ai envie qu'il y ait à la fois cette notion de respect, d'aide et de bataille. S'il manque un de ces trois éléments c'est boiteux. (...) Quand tu es à l'Apeis tu ne réagis plus comme ça parce qu'il y a des forces derrière, un projet ».

Une mobilisation, par l'opposition

Prenons un autre exemple de ces retournements de situation, toujours commentés par Philippe Villechallane : « À Saint-Denis, le 9 mars, nous sommes entrés dans un supermarché et on a rempli les chariots de produits de première nécessité. Puis, on a bloqué les caisses et on a dit : puisqu'on vit avec une allocation dégressive (AUD) on demande donc pour ces produits des prix dégressifs aussi. Les caissières étaient arrêtées, certaines riaient. Les vigiles sont arrivés. Bousculade. Ils voulaient arracher le mégaphone à Richard. On s'est mis devant. Le directeur est venu. Richard a pris la parole. La presse et la télévision, prévenues, sont entrées. Chacun portait sur lui, comme les hommes-sandwichs, des inscriptions, son histoire à lui. Aucun mot d'ordre. Des situations réelles concrètes, vécues par chacun. La misère rédigée par eux, avec leurs mots, leur écriture, leurs fautes, leurs colères. C'était comme des articles en promotion ! On est sorti. Il faisait beau. Le soleil nous attendait. Tout le monde avait redressé la tête. La plupart d'entre nous étaient entrés là en traînant les pieds, les épaules rentrées. Après tu sentais qu'ils étaient dignes. Ils avaient reconquis quelque chose et ça grâce à cette action sensible contre les mauvaises habitudes du chariot vide. Chacun a abandonné ses courses à regret, frustré. Mais les vigiles n'ont rien pu faire. Tu te sens fort avec l'espoir. Car tu peux jouer un rôle. On crève de ne

pas pouvoir s'exprimer, de ne pas pouvoir donner ». Au travers de ces récits qui en recourent bien d'autres, on peut mesurer, précisément que la mobilisation personnelle des chômeurs n'est possible qu'en opposition avec la condition de chômeur. C'est contre la condition qui prétend le définir, dans une action de désidentification, qu'un retour à soi peut se produire. Mais, il faut s'arrêter au préalable sur ce que nous appelons une « condition sociale » en rapprochant le sort fait aux chômeurs actuels des servitudes d'une néo-domesticité. On parlera ici de « la condition » des chômeurs et précaires en un sens précis, en empruntant à L. Le Guillant une définition qui en fait un état, comme d'être un enfant, un malade ou un « vieux » (10). Cet « état » inscrit les chômeurs dans des formes de subordination et de dépendance personnelle à l'égard des institutions dont ils sont paradoxalement les « obligés », alors même que ces dernières, au fond, ne sont jamais que leur système d'assurance. Il sont les « sans droit » d'un « apartheid social », aiment à dire les « associés » de l'Apeis pour parler de cette permutation socio-institutionnelle.

Chômeur ou demandeur ?

Les effets de ce retournement peuvent être pervers : d'une certaine manière, celui-ci transforme le problème social de l'exclusion en problème personnel de l'exclu. Ce que la situation comporte d'impersonnel, d'objectif, de réel en un mot, n'est plus regardé qu'au travers de l'histoire personnelle du chômeur ou plutôt, et c'est bien pire, en transformant ce que la situation a d'impersonnel en problème personnel : les institutions du chômage convertissent la vie singulière de chaque chômeur en « itinéraire » impersonnel. On devient un demandeur. « À 52 ans, vous pourriez faire autre chose que réclamer », s'entend dire Ginette par un employé de l'antenne Assedic de Villejuif, rapportent Dethyre et Zediri-Corniou en 1992 (11). Cette alchimie sociale, qui fait de l'assuré un obligé, est la source d'un déséquilibre psychologique car elle tend au chômeur un miroir qu'il regarde sans s'y voir. C'est ce que nous appelons sa « condition sociale », qu'on ne s'étonnera pas de voir décrite comme recelant un pouvoir pathogène. En « tombant » au chômage, on n'entre pas dans une transition psychologique à gérer entre deux emplois,

on épouse une condition, on partage un état, on endosse un statut dans un rapport social qui dicte une contenance à l'existence. Du coup, celle-ci devient une épreuve faite d'humiliations répétées dans les couloirs institutionnels où s'engendre la sorte de « néantisation de l'être personnel », comme le décrivait Le Guillant en 1984 (10), propre à toute relation de dépendance. On interdit au chômeur de se sentir réel. Philippe Villechallane raconte ainsi sa rencontre avec un autre chômeur dans une permanence de l'Apeis : *« J'ai reçu un gars hébergé dans une sorte d'asile comme un SDF puisqu'on l'obligeait à rentrer le soir à heures fixes et à partir le matin de la même manière. Et son histoire m'a glacé le sang : il sort d'une espèce de mallette des feuilles de papier sur lesquelles figuraient des plans. À l'échelle. Avec la perspective. Très bien dessinés. À la suite de quoi, il déclare : « vous voyez, j'ai réfléchi. On pourrait nous construire des petits cubes en béton pour nous loger ». Les cubes en question étaient plus petits que lui. Lui et d'autres, vivaient voûtés dedans. (...) « Avec ça dit-il, je serais heureux. » Mais j'insiste sur le fait qu'il le pensait vraiment. On est à la baisse sur tout, même sur les rêves des gens. Comment peut-on rêver d'un petit cube en béton dans lequel on ne peut même pas tenir droit ? Le fait qu'il l'ait imaginé plus petit que sa taille n'est pas un hasard. (...) Il ne voulait pas gêner. Il était prêt à vivre voûté. Voilà ce qu'on arrive à faire avec l'assistanat. Des gens qui n'ont plus d'espoir, plus de rêves, prêts à se contenter des miettes. »*

L'identification impossible

Il est intéressant aussi de s'attarder sur cette « solitude » qui semble à ce point caractéristique de la condition des chômeurs, que nos interlocuteurs « associés » ont cru devoir résumer leur action en ces termes : *« Avec l'Apeis, plus jamais seul ! »*. En fait, on peut se demander si au principe de la condition que nous cherchons à comprendre, il n'y a pas l'isolement ressenti par tous les « déplacés » ou les « transplantés ». Dans cette perspective, le chômeur partagerait la souffrance de tous les individus qui, par la race, la culture, les façons de penser et d'agir, sont étrangers au milieu où ils sont appelés à vivre. D'après Le Guillant, sa condition serait faite, surtout pour le chômeur de longue durée, de changement de

places, d'aventures et d'incidents répétés, de vaines tentatives pour « s'en sortir », de déceptions, d'épreuves et de déboires accumulés, tout cela préparant le renoncement et la culpabilité qui lui est toujours associée quand tout a été tenté. Allons encore plus loin : sa condition serait faite d'une identification impossible. Surtout ne pas devenir un chômeur comme un autre et pourtant ne plus être un travailleur comme un autre. Appartenir à un groupe social qui lui confère une place, qui le stigmatise mais le qualifie, sans vouloir en être et, simultanément, tenir à vivre dans un autre groupe social qui, lui, le disqualifie. C'est ce conflit qui le « suspendrait » entre deux mondes et qui l'isolerait, lui qui se sentirait alors « déplacé » partout. Pour soutenir cette hypothèse, nous avons déjà des données multiples très convergentes. Le cadre que R. Dethyre interroge, en 1994, après avoir mentionné qu'il « en veut à la terre entière », ce qui semble une étape vécue par beaucoup, explique : *« Je ne voulais surtout pas être comme les autres chômeurs car je m'estimais intelligent, brillant ; mais surtout, pas un « has been », un précaire, un mec en difficulté, un déclassé. (...) Je ne voulais plus voir personne. Les potes, c'est moi qui les évitais. J'avais pas envie qu'ils me voient comme ça. En plus, très vite, les sujets de conversation tournaient autour du boulot... Je suis resté cinquante-huit jours sans sortir » (9).*

En recoupant ces témoignages, un fait est saisissant : cadre ou pas, une rhétorique unanime signale le partage d'une condition sociale commune. Qui parmi eux n'a pas cherché à se faire entendre en utilisant ces mots : *« J'en voulais au monde entier »* ? La solitude relèverait alors de l'identification impossible au chômeur comme au salarié, engendrant la fuite de l'autre et de soi-même. Bien des témoignages font état de cette rumination intérieure en quoi consiste l'effort pour « s'empêcher de penser », ainsi que de la fatigue qui en résulte. *« Comme un condamné, dira un homme rencontré, vieilli par le chômage, on se parle et on se fatigue plus qu'en travaillant »*. À la manière de Le Guillant, on dira que le chômeur n'est pas seulement un humilié. Il s'humilie, retourne contre lui son ressentiment, ressasse, quitte à renverser brutalement sa culpabilité en agressivité, cette forme inversée du mécontentement de soi.

Un appui dans la réalité sociale

Bien sûr, tous ces conflits intérieurs peuvent être rapportés à l'histoire personnelle de chacun. Ils réveillent des culpabilités anciennes. Mais la condition sociale n'est pas qu'un théâtre où les rejouer. Certes, ce que recèle de pathogène la nocivité constante de cette condition sociale n'annule pas l'histoire singulière. On sait que le passage de cette situation vécue à « un désordre de l'esprit » pose même, comme le notait Le Guillant en 1984, « *le problème central et le plus difficile de la psychopathologie du travail* » (10).

Mais les associations de chômeurs ne se sont pas trompées en pointant, à juste titre, combien le chômage pouvait pousser aux « soustractions » du réel. En rendant personnel ce que la situation a de plus impersonnel et, au contraire, impersonnel ce que le sujet a de plus personnel. Même à l'insu des agents qui y travaillent, les institutions du chômage accentuent un sentiment d'insignifiance

qui envahit et accapare peu à peu l'individu tout entier. Contre cet engourdissement de l'âme, les associations cherchent à organiser les chômeurs en une collectivité elle-même active, à remplacer les rapports de dépendance d'homme à homme par des liens collectifs qui rappellent l'homme à ses semblables. Elles le font, et sans doute l'Apeis tout particulièrement, en fournissant un appui suffisant dans la réalité sociale qui rompt avec un monde de culpabilité, en s'interposant entre le chômeur et lui-même, ce qui constitue le possible ressort d'un ressaisissement de soi. Ici, on peut encore se référer à L. Le Guillant ou plus précisément à la lettre qu'une de ses patientes, internée dans son service, lui envoyait après qu'on lui ait confié des fonctions de monitrices dans une colonie de vacances : là-bas, « *on n'a pas le temps de s'absorber dans le moi* », écrit-elle, et on doit se confronter avec « *d'autres problèmes que les siens propres. Avec le temps, on doit arriver à avoir l'insou-*

ciance de soi. Pendant quarante jours, je n'ai jamais eu envie de raconter ma vie ».

On trouvera sans peine les raisons qui doivent rendre prudent à l'écoute de ces déclarations donnant comme résolues les questions qu'elles posent. Et Le Guillant lui-même ne cherchait pas plus à enfermer de nouveau ses pensionnaires dans « l'insouciance de soi » qu'à les priver de la possibilité de raconter leur vie. Il pensait seulement que de nouvelles missions confiées pouvaient soutenir leurs efforts pour ressaisir leur histoire. Pendant une période de sa vie, cette jeune femme avait été ce qu'elle pourrait être. La possibilité et l'occasion lui en avaient été données. N'en tirons pas des conclusions trop hâtives. Simplement, remarquons que c'est bien de tels processus que décrivent beaucoup de nos interlocuteurs. Ils disent à quel point, d'abord « renfermé » ou prisonnier de « contacts futiles » qui n'avaient « plus rien de social », on se redécouvre, dans l'action pour faire valoir ses droits, des possibilités oubliées. La reconnaissance obtenue des autres passe par la découverte d'autres possibilités pour soi.

La fonction psychique de l'action collective

Si c'est le cas, ce n'est pas simplement en vertu d'une écoute attentive du chômeur, bien sûr indispensable. Ce n'est pas seulement par la reconnaissance de son drame personnel. C'est davantage grâce à la reconnaissance par d'autres que lui du caractère inadmissible de la condition qu'on lui impose. L'attitude des autres fait partie du réel du sujet concerné. Une association qui se fixe comme but de transformer le sens de l'injustice vécue en colère contre un adversaire identifié, et qui le fait en vue d'obtenir des résultats tangibles, adopte ainsi une conduite en rupture avec les attitudes dominantes dans la « gestion » du chômage. Elle montre, en désignant l'objet social du drame derrière chacun de ses sujets, qu'une situation profondément « anormale » peut devenir la source d'un investissement personnel transformé dans l'action. C'est en cours d'action contre une injustice sociale que la haine des autres et de soi peut se muter en colère contre des rapports sociaux impersonnels. Il existe d'ailleurs une intéressante « culture de la révolte » dans une association comme l'Apeis. « *Il est*

possible qu'on ne trouve plus jamais de travail, dit Maria, mais on aura transmis à nos enfants le goût de se battre. La colère c'est une fidélité aux générations d'avant et d'après. Chaque injustice, si petite soit-elle, il faut qu'elle te révolte. Les syndicats sont trop matérialistes et sans idéaux. Avant on se battait pour des idées puis on a perdu le goût de la révolte. La vie normale c'est d'avoir le choix. Cette culture de la révolte est ici inscrite dans des transmissions, des héritages, des formes sociales et des structures politiques, où les places et les fonctions sont nommées et définies indépendamment des individus qui les occupent à tel moment particulier (12). L'existence ne reprend sens, dans cette perspective, que lorsque le sujet parvient paradoxalement à « sortir de ses pensées », comme le dit si bien Maria, en entrant dans d'autres pensées. Mais cette désaliénation, qui n'est d'ailleurs pas revendiquée par l'Apeis, ne saurait être « neutralisée ». Elle s'opère contre une condition sociale qui, en l'absence d'action collective, se révèle souvent pathogène et peut parvenir à éteindre tout investissement subjectif.

D'une certaine façon, la « déprivatisation » du vécu du chômage paraît bien être l'un des ressorts d'une réappropriation de soi. Nous allons le voir encore avec Philippe Villechallane : la condition subie est simultanément récusée. Mais là encore, l'ouverture du champ présent des possibles est décisif. Il faudrait ici pouvoir rendre compte des effets produits par l'organisation régulière de groupes de chômeurs en vacances sur la vie personnelle. Indubitablement, on mesure là encore la pertinence de cette remarque de M. Bakhtine : « Plus la collectivité à l'intérieur de laquelle l'individu s'oriente est forte, bien organisée et différenciée, plus le monde intérieur de celui-ci est net et complexe » (13). C'est la dissolution du cadre social des obligations, sa dilution comme champ des possibles, qui « diminuent » l'histoire personnelle des chômeurs. On le voit d'autant mieux qu'on constate que la meilleure résistance à la dépréciation de soi, c'est encore la reprise par le sujet d'un genre convenu pour les activités ordinaires afin de maintenir la trame d'une existence objective. Ainsi, Philippe Villechallane remarque-t-il l'imposante nécessité des conventions sociales de l'existence : « Je me suis forcé à me lever

► Références bibliographiques

- (1) Clot Y. Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie. Paris : La découverte, 1995, 2^{ème} édition 1998.
- (2) Clot Y. La fonction psychologique du travail. Paris : Puf, coll. Le travail humain, 1999 : 256 p.
- (3) Clot Y., Pendarès J. R. Les chômeurs en mouvements. Rapport pour la Mire. Ministère de l'Emploi et des Affaires sociales, 1997.
- (4) Wallon H. Principes de psychologie appliquée. Paris : Armand Colin, 1930.
- (5) Rolle P. Où va le salariat ? Louvain : Éditions Page deux, 1997 : 115 p.
- (6) Bruner J. Meyerson aujourd'hui : quelques réflexions sur la psychologie culturelle. In Parot F. (édit.) : Pour une psychologie historique : hommage à I. Meyerson. Paris : Puf, 1996, 192 p.
- (7) Wallon H. Les milieux, les groupes et la psychogenèse de l'enfant. Enfance, n° spécial. (1954/1971).
- (8) Malrieu Ph. Psychologies génétiques, psychologie historique. Journal de psychologie normale et pathologique 1978, n° 3.
- (9) Dethyre R. Chômage et institution. Cas d'invalidation identitaire et sociale. Mémoire de maîtrise de sociologie 1994, Université de Paris VII.
- (10) Le Guillant L. Quelle psychiatrie pour notre temps ? Toulouse : Erès, 1984 : 424 p.
- (11) Dethyre R., Zediri-Corniou M. La révolte des chômeurs. Paris : Robert Laffont, 1992.
- (12) Grataloup N. Créer l'espace où le Je peut advenir. À propos du travail d'Armand Gatti. Dialogue 1996, n° 83-84.
- (13) Bakhtine M. Esthétique de la création verbale. Paris : Gallimard, 1984 : 229.
- (14) Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Puf, coll. Quadrige 65 ; 1999 : 232 p.

tous les matins. J'emmenais mon fils à l'école. J'allais le chercher et je le ramenaient. Je me suis donné des objectifs. Résister à la télévision, par exemple, où l'on trouve toujours quelque chose à regarder de moins « pire » que le reste. Puis je me suis aperçu que j'attendais que ma compagne rentre du travail, que j'attendais l'heure de l'école. Je vivais à travers les autres, pour les autres et là j'ai réalisé que certaines choses étaient bizarres. Dans la cité où j'habite, beaucoup d'hommes sont au chômage et les femmes travaillent davantage : les hommes ne vont pas chercher leurs enfants à l'école parce que, si tu es à 16 h 30 devant l'école tu te découvres comme chômeur. Comme quelqu'un sans place. Du coup les enfants restent à l'étude. Pour les courses, c'est la même chose : moi, je faisais les courses dans la journée, la vaisselle, le petit coup de balai pour que ma compagne soit toute à moi et aux enfants en rentrant le soir et j'ai remarqué que les autres chômeurs faisaient leurs courses le soir entre 18 h et 19 h au moment de pleine affluence. Pour faire la queue avec les autres, ceux qui travaillent. Ils avaient l'impression de faire partie des gens socialisés. Ils volaient des petits bouts comme ça. Comme les vieux qui prennent le bus aux heures de pointe. Tu as envie de leur dire de le prendre une heure avant pour être tranquilles. Mais ils sortent à

ce moment-là pour être comme les autres. C'est la même démarche pour les chômeurs ».

Au bout du compte, quel enseignement tirer de cette réflexion ? Rien n'est plus difficile que de s'appréhender comme un sujet au sein de cette condition sociale. En effet, c'est se sentir anormal que de se voir interdire certaines activités devenues pour tous à la fois un besoin et un idéal, disait G. Canguilhem (14). Et on peut alors retourner contre soi cette anormalité ressentie, au point de perdre pied comme sujet. Mais il semble bien que l'action collective, en confiant un rôle social à ceux qui se l'étaient vu interdire, reprend à son compte la fonction psychologique du travail. Les associations réclament un engagement, prescrivent des obligations nouvelles, donnent des devoirs à l'égard des autres. Du coup, en fournissant à chacun l'occasion de « sortir de soi », l'action fait revenir le sujet du côté de l'homme. Il faut alors, au sens strict, la considérer comme une œuvre à poursuivre.

Yves Clot

Professeur de psychologie, chaire de psychologie du travail du Conservatoire national des Arts et Métiers (Cnam), Paris.

Texte synthétisé par Caroline Faesch et Alain Douillier.

Produire, sans détruire la ressource humaine

Repenser la relation établie entre productivité et santé n'est plus un luxe mais une nécessité, car la ressource humaine ne saurait se payer au prix de l'épuisement des salariés. La précision des concepts économiques s'impose donc comme un véritable enjeu de santé.

La santé n'est ni une question première ni centrale pour l'entreprise. Elle ne peut d'ailleurs le devenir pour une raison fondatrice, consubstantielle à l'entreprise elle-même : l'homme n'est pas d'une nature homogène aux facteurs dont l'entreprise agence les concours pour produire, et il n'est pas intégrable. Il compose plutôt un « milieu » pour l'entreprise. C'est d'ailleurs en cela qu'il constitue une ressource possible pour l'entreprise, si celle-ci sait mettre cette ressource au service de ses propres objectifs et discipliner ces capacités au profit de ses propres ambitions. Incidemment, c'est la raison pour laquelle la place de la médecine du travail se situe à « une certaine distance » de la gestion de l'entreprise et souvent en tension avec elle.

Éviter les approches réductrices

Toutefois, on ne saurait définir l'entreprise sans les hommes. L'enjeu de l'insertion par le travail se trouve bel et bien dans cette « gymnastique » qui consiste à penser simultanément entreprise et salarié, dans un rapport qui ne peut être ni complètement inclusif, puisque ce serait au risque de réduire l'homme au « facteur de production » bien connu, ni totalement exclusif, puisque cette fois, le risque serait de réduire l'entreprise à un système technique.

Il faut donc faire rappel à une autre représentation de la contribution du travail que celle proposée par le dispositif néoclassique. Et s'interroger : comment l'implication de l'homme dans son

travail résonne-t-elle avec l'implication du travail dans la performance ? Dans quelle mesure la « charge de travail » (physique, cognitive, psychique, etc.) résonne-t-elle avec la productivité du travail ? Pour nous, ces questions ne sont pas réductibles à une opposition tranchée entre l'homme et l'entreprise, la santé et l'efficacité, et *a fortiori* l'ergonomie et la gestion ou l'économie. Il faut inclure les tensions et les conflits qui se développent à l'intérieur de chacun de ces pôles et considérer de quelle manière le travail gère les conflits internes à la gestion, comme ceux qui concernent la qualité et la productivité. Il est aussi nécessaire d'observer comment les hommes arbitrent les tensions internes liées au travail, par exemple, entre ce qu'il leur coûte et ce qu'il leur offre.

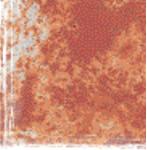
Reconnaître une « valeur » à la subjectivité

Nous pensons que la sensibilité de l'économique à la santé, voire la reconnaissance de la santé comme question économique, signe l'irruption de la subjectivité au cœur de l'économique. À de rares exceptions près, la pensée économique et gestionnaire a toujours entretenu l'ambition d'une totale désobjectivation du travail, jusqu'à sa décorporalisation. Aussi l'entrée de la subjectivité doit-elle être le signal de l'objectivation du corps, non pas comme chose mais comme « système d'accès aux choses », la refondation de la parole des personnes comme accès à la réalité du travail, et donc comme

enjeu d'efficacité. L'écoute et l'interprétation managériale doivent être considérées comme le cœur de la compétence d'encadrement. À ce titre, l'ergonome sait bien, par exemple, que l'infirmier est le lieu, le plus sensible, des tensions qui parcourent plus ou moins sourdement les organisations...

En reconnaissant une « valeur » à la subjectivité du travail et dans le travail, l'économie fait une expérience conceptuelle relativement innovante qui l'amène à reconnaître au travail des qualités qui précisent sa singularité par rapport au capital. L'évolution économique rend en effet plus patentes la non-fongibilité du travail et la non-substituabilité du capital et du travail. Par ailleurs, l'évolution vers des investissements de plus en plus immatériels dont la valorisation mobilise la subjectivité, comme l'image de marque, gêne leur « reconnaissance » dans la comptabilité, et leur prise en compte dans les projets.

La reconnaissance de la valeur économique de la subjectivité bute sur les difficultés de sa traduction gestionnaire... Que la « relation de service »⁷ s'incarne dans un rapport inter-subjectif, et cela pose immédiatement le problème de sa maîtrise ou de son contrôle. La logique « spontanée » des organisations est en effet contradictoire avec la logique, autonome, de cette relation. Aussi, voit-on la reconnaissance de la valeur économique de la subjectivité se conclure quasi « naturellement » en une tentative de domesti-



cation qui met en pleine lumière à quel point l'efficacité recherchée peine faute d'un modèle à sa dimension. En effet, comment maintenir le « client-usager-patient » dans certaines limites, sans l'instrumentaliser? Comment ces limites peuvent-elles en même temps lui permettre d'avoir la maîtrise sur sa santé?

Quand la « solution » pose problème

L'intention poursuivie par les entreprises les rend volontiers sourdes aux problèmes que posent leurs « solutions » aux différents niveaux prévus pourtant pour la réaliser. On constate ainsi une tentative ou tentation de rationalisation et d'instrumentalisation de la mobilisation subjective qui, parfois, pose alors au moins autant de problèmes qu'elle en « résout ». Ainsi, au niveau du client-usager-patient, l'enjeu tant économique que subjectif est toujours de transformer le cas en situation gérable et donc de le rapatrier vers une

forme qui approche les repères-références-normes où l'agent puise les ressources pour répondre. Cette opération de réduction semble nécessaire mais problématique, c'est pourquoi la relation de service est toujours une contradiction à travailler et relève d'une activité de gestion de conflit. D'où les ambiguïtés et les risques de manipulation autour de « l'éducation du client » et de toutes les autres situations où le client-usager-patient passe du statut de sujet-objet à celui de sujet-obstacle du travail...

Il en est de même face à l'imprévisibilité des événements qui menacent l'entreprise dans sa fiabilité, de sa qualité, de sa sécurité : l'implication, la présence à ce qu'on fait, sont autant de « problèmes » auxquels on ne peut trouver en fait aucune solution, mais seulement des réponses qui dépendent en grande partie du sens économique de l'activité... On pense ici au fameux

« *savoir rester en cabine* » analysé par Yves Clot chez les conducteurs de TGV et qui fait écho, à près de cinquante ans de distance, à la « rêverie des OS » mise en scène par Charlie Chaplin dans *Les Temps Modernes*.

Ainsi, la précision des concepts économiques est un enjeu de santé. L'in-définition économique est un facteur de charge de travail. Plus l'activité de travail restera ambiguë conceptuellement, opérationnellement, plus la situation de travail se nouera aux extrêmes avec des situations telles que le harcèlement, c'est-à-dire l'assujettissement de l'agent à l'infini des événements possibles dont il lui faut subir l'attente ou l'excès. C'est encore plus vrai pour l'exigence du client-« roi ». Des situations où l'arbitraire, par le « sur mesure » que vise la relation de service, met le client-usager-patient devant le risque inverse d'un traitement injuste, « à la tête du client ».



L'autonomie en question

L'irruption de la subjectivité dans l'espace économique soulève ainsi trois grandes questions. Tout d'abord, celle de l'autonomie et du programme qui se dessine pour elle.

Inutile d'insister ici sur le caractère paradoxal de cette injonction nouvelle à être autonome dans des organisations modernes qui, hier, exigeait le contraire au nom de la rationalité économique. Parmi les dimensions à développer dans ce qu'il convient mieux d'appeler « *l'espace discrétionnaire* » (1) des tâches nouvelles, nous en privilégions deux : la marge de manœuvre réelle des opérateurs-agents dans leur travail et la compatibilité des projets des personnes et de l'entreprise. Pour nous, la question du travail se joue toujours là : ce que l'activité permet à chacun de faire de l'hétéronomie qui, jamais, ne l'aliène totalement, et *a fortiori* devrait d'autant moins y prétendre qu'on postule maintenant, même si c'est à tort, l'autonomie...

Ensuite, se pose la question des moyens avec lesquels les « sujets » peuvent faire face. C'est bien sûr la question de leur compétence, mais c'est aussi celle des dispositifs qui les informent – comment ce qui arrive leur arrive et les concerne – et qui rejoint, à nouveau, celle de leur capacité à se mobiliser où se jouent tout à la fois leur degré d'implication et leur degré de fatigue. Parmi les moyens existants, il y a le management. De quelle manière prend-il sa part des difficultés auxquelles les opérateurs ont à « faire face » ? Pour nous, ce n'est tellement la question de l'attitude personnelle du cadre – il faut s'opposer à la psychologisation des problèmes dont on abuse dans les entreprises – mais plutôt celle de l'attente de l'organisation vis-à-vis du cadre lui-même, selon qu'elle l'invite à prendre en charge ces « remontées », ou plutôt qu'elle s'en désintéresse. Il est évident que cela résonne avec le point déjà évoqué concernant l'écoute de la parole des opérateurs, le degré de légitimité, voire d'autorité que le management lui reconnaît en termes d'efficacité économique. On a souligné que la question se pose très crûment pour l'accompagnement des opérateurs dans leur relation avec les clients, mais c'est vrai aussi pour la manière dont l'encadrement laisse agir, voire fait agir la pression de l'actionnaire, pas moins directe, ou à

l'inverse prend sa part de ces pressions, en les redimensionnant à l'échelle du terrain, en d'autres termes, reconstruit, filtre, encadre. De sa présence-là, dépend la nature du collectif qu'il « encadre » et donc tout à la fois la santé de ses « collaborateurs » et leur efficacité.

Reconnaître et évaluer les « temps connexes »

Enfin, c'est la question du contenu du travail, et de sa mesure selon les différentes « configurations productives » (2). Dans le travail communément dit « industriel », on cherche à minimiser le « temps passé » dans les tâches directement productives. Les effets sur la santé de ce type d'organisation du travail (intensification, dépendance, dégradations des relations collectives) ont fait l'objet de nombreuses recherches et interventions, qui soulignent les enjeux productifs du modèle. *A fortiori*, plus la dimension immatérielle prend de l'importance, plus l'efficacité commande de s'inquiéter des « temps connexes » (3) de préparation, régulation, capitalisation des retours d'expérience. L'action ne se déroule pas, ne se mesure pas, ou plus seulement, au temps qui passe, mais au temps qui fait la qualité des rencontres, c'est-à-dire la coopération et la convergence entre les hommes, entre les équipes. Cette « fabrication de la qualité » se heurte à la difficulté de la reconnaître, de l'évaluer. Pour reprendre les termes de P. Zarifian (4, 5), il faut aller chercher les fondements de cette « fabrication » dans ce qu'il appelle la « *productivité symbolisante* » de l'activité subjectivante... Et comme lui coexistent toujours la productivité-débit et la productivité de la main d'œuvre, on comprend bien que la configuration que cela dessine instruit une tension interne à la gestion dont les opérateurs héritent et qu'ils ré-arbitrent dans les tensions propres à leur activité. C'est pourquoi la pression de la relation de service, de la panne, de la qualité, oblige à repenser la relation entre la productivité du travail et la charge de travail, à savoir les rapports entre ce que coûte le travail à l'entreprise et ce qu'il coûte aux hommes, mais aussi entre ce qu'il produit pour l'entreprise et pour les hommes...

Ce débat reste donc en friche. Pour effectuer correctement la transition entre une logique taylorienne et une logique

Références bibliographiques

- (1) Maggi B. La régulation du processus de travail. In : Cazamian P., Hubault F., Noulin M. (sous la dir.) *Traité d'ergonomie*. Toulouse : Éditions Octarès, 1996 : 637-62.
- (2) Tertre (du) C. Relations de services et configurations productives. In : Hubault F. (coord.). *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*. Actes du séminaire Paris I, Toulouse : Éditions Octarès, 2001 (à paraître).
- (3) Tertre (du) C. Services immatériels et nouveaux déterminants de productivité. In : *Ergonomie et productivités, questions mutuelles ?* Séminaire Paris I, revue Performances humaines et techniques, n° hors-série, 1999 : 86-93.
- (4) Zarifian P. La productivité : expression de l'adaptabilité et de la créativité de la firme. In : Ecocip. *Gestion industrielle et mesure économique : approches et applications nouvelles*. Éditions Economica, 1990 : 71-84.
- (5) Zarifian P. La mise sous tension de la performance économique : du temps linéaire à l'articulation de temps hétérogènes. In : *Ergonomie et productivités, questions mutuelles ?* Séminaire Paris I, revue Performances humaines et techniques, n° hors-série, 1999 : 14-20.

de concurrence, il faudra admettre que la « ressource humaine » ne se paye pas au prix de l'épuisement des personnes. Épuisement qui, de toute façon, menace à son tour l'efficacité. La prévention des troubles musculo-squelettiques du harcèlement, et plus généralement du stress induit par tout un ensemble de situations de « débordement », constitue donc le prochain grand défi à relever.

François Hubault

Économiste, professeur d'ergonomie à Paris I.

1. Nous avons conduit récemment avec Fabrice Bourgeois (ergonome consultant/Omnia), à la demande du ministère du Travail, un travail exploratoire de recherche sur cette question, associant économiste (C. du Tertre/Lille II), gestionnaire (B. Segrestin/CGS-ENMP), sociologue (F. Hanique/Paris VII), psychosociologue (G. Jobert/Université de Genève), psychologue du travail (P. Molinier/Cnam), médecin du travail (M. Pittaco/Air France) et ergonomes (C. Gaudart/CREAPT), (B. Mélier/MEC), (S. Poulmaire/Paris XI), (V. Poète/Alternatives ergonomiques).

Du code du travail au dialogue social

Les entreprises sont soumises à un dispositif réglementaire strict, censé protéger les salariés dans l'exercice de leur travail. Ces lois peuvent aussi constituer le cadre du dialogue social dont la richesse n'est plus à démontrer lorsqu'il est question de santé.

Dans de nombreuses entreprises, la question de la santé au travail est prise en compte de façon marginale. Celle-ci est perçue comme une contrainte inutile, imposée de l'extérieur par des institutions ou des acteurs tatillons, peu au fait des nécessités de la production. Autant dire que les acteurs chargés de ces questions sont rarement les bienvenus.

Responsable, sur le plan pénal

Pourtant la responsabilité de l'employeur est engagée en cas de manquement dans ce domaine particulier ; en effet, il résulte de son obligation générale de veiller à la sécurité des travailleurs qu'il occupe ; il est personnellement tenu de donner des consignes de sécurité, de fournir le matériel nécessaire au respect des règles de sécurité et de veiller au respect des règles de sécurité. Tout manquement à l'une de ces obligations est constitutif d'une faute personnelle et engage la responsabilité pénale de l'employeur. Le code pénal prévoit même une aggravation des peines encourues lorsque le dommage résulte d'un manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements. Deux lois importantes précisent la mise en œuvre de ces principes, il s'agit de la loi 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudance ou de négligence et de la loi 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

Les principes généraux de prévention – stipulés dans l'article L 230.2 du code du travail (CT) – résumés les obli-

gations de l'employeur vis-à-vis des travailleurs de son établissement, y compris les travailleurs temporaires. Pour cela, il doit notamment évaluer et éviter les risques, adapter le travail en tenant compte de l'évolution des techniques, et planifier la prévention. Datant de 1991, ce texte a cependant du mal à être appliqué dans les entreprises, en particulier pour ce qui concerne l'évaluation des risques. La plupart des grandes catastrophes en témoignent.

Les « porte-parole » du salarié

Pour prendre en charge les questions de santé dans les entreprises, trois sortes de représentation du personnel ont été instituées : il s'agit des délégués du personnel (DP), du comité d'entreprise (CE) et, enfin, du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). La mise en place de délégués du personnel, élus par les salariés, est obligatoire dès lors que l'effectif est d'au moins onze employés.

Les délégués du personnel ont pour mission de présenter aux employeurs toutes les réclamations individuelles et collectives relatives aux salaires, à l'application du code du travail et des lois et règlements concernant la protection sociale, à l'hygiène et la sécurité, ainsi qu'aux conventions et accords collectifs de travail applicables dans l'entreprise (Art. L. 422-1 du CT). S'il n'existe pas de CHSCT, les délégués du personnel exercent alors les missions attribuées à ce comité.

Un comité d'entreprise est constitué lorsque l'entreprise emploie au moins

cinquante salariés. Il est composé des représentants du personnel et du président représentant de la direction, qui peut se faire accompagner pour traiter certaines questions.

Le comité d'entreprise est obligatoirement informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion de la marche générale de l'entreprise et, notamment, sur les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs, la durée du travail, les conditions d'emploi, de travail et de formation professionnelle du personnel (Art. L. 432-1 du CT).

Une bonne marge de manœuvre pour le CHSCT

Enfin, le CHSCT, comme le CE, est constitué dès lors que l'établissement compte au moins cinquante salariés. Composé des représentants du personnel, désignés par les élus du personnel au comité d'entreprise et les délégués du personnel, ainsi que du président représentant la direction, il accueille aussi d'autres membres, à titre consultatif, comme le médecin du travail, le représentant de la caisse régionale d'assurance maladie et l'inspecteur du travail. Ce dernier peut d'ailleurs imposer la création d'un CHSCT dans un établissement occupant un effectif inférieur lorsque cette mesure est nécessaire, notamment en raison de la nature des travaux, de l'agencement ou de l'équipement des locaux (Art. L. 236-1 du CT).

Les missions de ce comité (Art. L. 236-2 du CT) sont à la fois larges et précises puisqu'il doit contribuer à la

protection de la santé et à l'amélioration des conditions de travail de tous les salariés de l'entreprise, procéder à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail, effectuer des enquêtes après un accident ou une maladie professionnelle, susciter des initiatives en matière de prévention, ou encore donner son avis sur le règlement intérieur de l'entreprise. Il doit, par ailleurs, être consulté avant toute décision de modification importante des conditions de travail.

Enfin, le comité décide de ses travaux à la majorité des membres présents, à l'issue d'un vote. Seul le tribunal de grande instance peut annuler une décision prise dans ces conditions. Cette disposition donne de bonnes marges de manœuvre aux représentants du personnel ; en effet, elle leur permet par exemple de décider de travailler sur les sujets de leur convenance, de faire appel à un expert extérieur à l'entreprise au frais de l'employeur, etc.

Évaluation des risques par le médecin

Les principales instances de contrôle concernées par ce sujet sont la médecine et l'inspection du travail. Toutes les entreprises sont sous leur contrôle et peuvent avoir recours à leur intervention. Selon l'article R.241-41 du code du travail, le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise, des salariés, des représentants des salariés, des services sociaux, en ce qui concerne notamment l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, et l'adaptation des postes et des rythmes de travail à la physiologie humaine.

Le médecin du travail établit chaque année un plan d'activité en milieu de travail qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Ce plan est soumis pour avis au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel. Le médecin du travail participe aux tra-

voux du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; il est convié à chacune de ses réunions. Le médecin a libre accès aux lieux de travail.

Le chef d'entreprise ou le président du service inter-entreprises doit prendre toutes mesures nécessaires pour que le médecin du travail consacre à sa mission sur le terrain, le tiers de son temps de travail (Art. R. 241-47 du CT). Bien que seule la connaissance du milieu de travail permette à chaque acteur de faire des recommandations pertinentes, cette disposition reste partiellement mise en œuvre, pour diverses raisons.

Du contrôle à l'amélioration du dialogue

Quant à l'inspection du travail, elle est chargée de veiller à l'application des dispositions du code du travail (Art. L.611-1 du CT) et joue un rôle de conseil auprès des partenaires sociaux dans les entreprises. Ses inspecteurs bénéficient d'un libre accès aux lieux de travail et possèdent le pouvoir, et le devoir, de vérifier les conditions d'exercice des salariés de tous les établissements de leur ressort. L'inspecteur du travail participe également aux travaux du CHSCT qui doit le convier à chacune de ses réunions.

La caisse régionale d'assurance maladie (Cram) assure, avec ses ingénieurs de sécurité, un rôle de conseil

mais également de sanction auprès des « mauvais élèves ». Elle peut, en effet, décider dans certains cas de majorer les cotisations des employeurs ne respectant pas les règles en matière de sécurité. La Cram a accès au milieu de travail et l'un de ses représentants est normalement convié pour assister aux réunions du CHSCT.

Enfin, dans un but non plus de contrôle mais essentiellement d'amélioration du dialogue social, l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) a pour objet d'entreprendre et

de favoriser toute action tendant à améliorer les conditions de travail. Ses domaines d'intervention peuvent concerner l'organisation du travail et le temps de travail, ou encore l'adaptation des postes. L'agence intervient généralement sur la demande des partenaires sociaux, mais ne détient aucun pouvoir de contrainte sur les entreprises.

Au-delà de l'application des lois

Au fil du temps, le dispositif réglementaire s'est enrichi et adapté à l'évolution des risques et de la société. D'autres évolutions sont encore attendues avec la mise en application des dispositions prévues dans l'accord sur la santé au travail du 13 septembre 2000 conclu entre les partenaires sociaux. Les aspects de prise en charge pluridisciplinaire de la santé au travail y sont particulièrement bien développés.

Cependant, la prise en charge des questions de santé au travail ne passe pas par une stricte application des lois et règlements, bien que cette partie soit essentielle. Un dialogue social riche, ouvert à tous les acteurs intéressés et, en premier lieu, les salariés, se révèle être bien plus porteur en termes de résultats.

Francis Bourdon

Ergonome, chef de projet

Conditions de travail,

Institut régional d'études, de formation et

d'expertises (Irefe), Paris.

Vers un statut de sujet... même au travail

Trois questions à Omar Brixi, médecin épidémiologiste, enseignant de santé de publique et conseiller technique à la Fédération des mutuelles de France.

La Santé de l'homme : Vous avez travaillé au CFES et vous êtes actuellement aux Mutuelles de France, comment voyez-vous les questions de santé au travail ?

Omar Brixi : Mon travail actuel me permet une plus grande visibilité et lisibilité de certains aspects liés à la santé au travail. J'en retire pour le moment les caractéristiques suivantes :

- les questions de santé au travail ne sont pas assez connues et débattues dans ce qu'on appelle le monde de la santé publique et je dirais même dans celui de l'éducation pour la santé, du moins celui que j'ai connu à un moment de mon parcours professionnel. Plus préoccupant, elles ne sont pas assez prises en compte dans l'espace social et institutionnel en général. Pour tant la santé au travail concerne des millions d'hommes et de femmes et ce durant une part importante de leur vie quotidienne. Le drame de Toulouse et celui de l'amiante, pour ne citer que ces deux exemples de l'actualité, sont probablement en train de bousculer ce que Jonathan Man appelait « la socioparésie » d'une certaine santé publique qui s'entête à ignorer les facteurs sociétaux à la base des questions de santé. Aussi j'apprécie tout particulièrement que ce numéro de La Santé de l'homme contribue à élargir la connaissance et le débat autour de ces questions et en permette espérons-le, une prise en compte plus conséquente ;
- les atteintes à la santé des femmes et des hommes au travail s'accumulent et changent de nature. Les témoignages sur le climat et les conditions de travail dans certains ateliers et de plus en plus dans les bureaux, le rappellent avec force. Les statistiques de morbidité et de mortalité malgré la sous-déclaration inhérente au système d'information en place vont dans le même sens. Avec les progrès de tous ordres, on se serait attendu légitimement à un autre type d'évolution.

Aux atteintes traditionnelles, en termes de nuisance physique, s'ajoutent d'autres atteintes physiques et psychiques. Troubles musculo-

squelettiques, éthers de glycol, perturbations des champs électromagnétiques font irruption dans le vécu des salariés, alors que l'amiante, le benzène – pour ne citer que ces exemples – n'ont pas fini de livrer leurs cortèges de décès, de maladies et d'invalidités. C'est dire qu'il n'y a pas que le tabagisme ou la consommation d'alcool en milieu de travail !

L'accélération des rythmes et l'intensification des organisations expliquent en partie des conditions de travail de plus en plus difficiles. Mais l'explication n'est que partielle si l'on ne prend pas aussi en compte une dimension d'altération qualitative : celle des climats et des relations de travail. On assiste à une dévalorisation du travail humain. Les salariés sont de plus en plus nombreux – y compris chez les cadres – à vivre un sentiment de perte de l'utilité et de la qualité du travail qu'ils fournissent. À la perte de contrôle sur les conditions de vie (ce qui se passe dans la vie de famille et dans la cité par exemple) 'ajoute une perte de sens du (et dans) le travail.

S.H. : À votre avis, qu'est-ce que l'éducation pour la santé peut apporter en milieu de travail ?

Omar Brixi : Le discours et les pratiques dominantes de l'éducation pour la santé focalisent sur des risques. Bien plus, ces derniers sont traduits pour l'essentiel autour de comportements individuels et, le plus souvent, isolés des contextes de vie des gens. Ce modèle dominant qui vient de loin, épargne encore moins les interventions en milieu de travail.

J'ai appris au CFES et auprès du réseau des comités, les limites d'une telle approche mais aussi la force d'attraction et d'influence d'un tel modèle. J'ai aussi baigné dans les efforts de construction d'une approche alternative, plus attentive aux compétences des gens, et travaillé dans ce cadre à une approche éducative renouvelée.

S.H. : Quel est le rôle des mutuelles en éducation pour la santé et sur ces questions ?

Omar Brixi : Les mutuelles ont une implantation et une proximité singulière avec le monde du travail. Elles peuvent faciliter la jonction entre les professionnels de l'éducation pour la santé et les différents partenaires sociaux qui évoluent dans les entreprises. Tant au niveau national qu'au niveau local, elles sont parties prenantes dans diverses initiatives concernant les questions de médecine et de santé au travail. En lien avec leur coopérative d'édition, elles publient un magazine mensuel – *Viva* – à très large diffusion, des brochures d'éducation pour la santé – *Viva plus* –, des supports d'exposition et d'animation sur la nutrition, les risques professionnels...

Les mutuelles comme les réseaux d'éducation pour la santé sont confrontés à l'alternative de reproduire le modèle dominant ou à promouvoir une autre approche. Car on ne peut continuer à sous-estimer les risques liés au travail tel qu'il est conçu et organisé, comme on ne peut se contenter dans les approches de la santé au travail à évoquer que les atteintes, les risques et ne pas valoriser l'intérêt, les gratifications et le plaisir à avoir un travail, à y aller, à s'y épanouir. Si peu de gens choisissent leur travail, la plupart par contre y trouvent un intérêt. Et si le niveau de leur salaire leur importe, il n'est pas la seule rétribution recherchée. Le niveau de reconnaissance, le sentiment d'être utile sont des registres essentiels à l'image et à l'estime de soi, dont l'excès ou les déviations sont néfastes mais dont la perte est déstructurante.

Cette question de l'intérêt, des gratifications et du plaisir au travail devient aussi importante que celle du salaire, car elle pose la question de l'humain dans son rapport au travail. On perçoit mieux en quoi des notions comme le plaisir et le désir participent des derniers territoires de la liberté, asservis par les rapports de domination, ou assombris par la culpabilité dont usent encore souvent les discours de prévention.

Il s'agit d'ailleurs de poser la question « dans » et « hors » travail, car la vie est un continuum et la personne humaine une dans son corps, son histoire et son vécu.

Bien plus, on observe une montée de l'exigence d'un statut de sujet, même au travail. Alors que tout est construit pour ramener ce sujet à un facteur de production parmi d'autres, une ressource. Il s'agit de reconstruire le sujet face à l'offensive des employeurs qui cherchent à intimider ou à dévoyer l'émergence de ce nouveau

statut. Il se joue aujourd'hui une autre conception du travail comme il se joue depuis quelques années une autre conception de la santé.

Non seulement un travail qui ne détruit pas la santé, mais un travail qui participe à l'épanouissement de la santé dans toutes ses dimensions, dont la dimension subjective est une composante de mieux en mieux comprise. Cela pose notamment la question du risque et du modèle prévalent de gestion du risque sous un autre angle. La prévention qui

consiste à culpabiliser les gens sur leurs rapports au plaisir participe selon nous d'une conception idéologique d'asservissement.

La précaution, devenue à juste titre si chère dans nos assiettes, ne peut s'arrêter aux portes des entreprises. Ce sont là des terrains de convergences possibles pour conjuguer nos efforts respectifs en vue de promouvoir une éducation pour la santé s'appuyant sur une autre conception des risques professionnels et de la promotion de la santé au travail.

Comprendre le travail, pour limiter les atteintes à la santé

Certaines atteintes de santé ou accidents du travail s'enracinent directement dans les difficultés rencontrées par les salariés au sein de leur activité professionnelle. Pour comprendre ces situations de travail souvent complexes, la démarche ergonomique va tenter de les explorer dans toutes leurs dimensions.

La démarche en ergonomie vise à améliorer les conditions de travail et à éviter les atteintes à la santé, tout en optimisant la performance du fonctionnement des installations : les espaces de travail, les équipements, les dispositifs de présentation de l'information, la formation et l'organisation (1, 2). Cette démarche s'apparente à une véritable recherche destinée à transformer les situations de travail, en interagissant avec les concepteurs et en contribuant à faire participer les opérateurs aux projets de conception. Elle prend appui sur la connaissance du fonctionnement de l'homme, mais également sur des méthodologies d'analyse de l'activité réalisée par les personnes.

Au-delà du modèle biologique

Dans les organisations, le travail humain est souvent perçu en termes de travail physique ; dans cette acception, le modèle de l'homme s'appuie sur la seule dimension biologique. Daniellou (3) a rappelé l'intérêt d'enrichir ce modèle et de l'articuler avec

l'ensemble des autres dimensions existantes (*figure 1*). Ces dimensions correspondent aux découpages artificiels des disciplines qui ont étudié l'homme au travail : physiologie du travail, psychologie, sociologie, etc. Dans la réalité, l'activité de travail dans des situations à risques ou non va s'élaborer à partir de

toutes ces dimensions. Et il en ira de même pour la santé et ses atteintes.

En ergonomie, nous sommes amenés à décrire le travail à partir des dimensions biologique, cognitive et sociale. La dimension psychique ne fait pas l'objet d'une intervention directe mais, en

revanche, elle est utile aux ergonomes pour identifier des problèmes touchant les aspects psychiques qui nécessitent alors le recours à un spécialiste.

Des variables à tous les niveaux

L'approche ergonomique cherche à prendre en compte différentes formes de variabilités qui concernent les individus. On peut distinguer les variabilités intra-individuelles des variabilités inter-individuelles. Les premières concernent les variations du fonctionnement psychophysologique d'une même personne, sur une journée de travail par exemple. Leur étude permet de rendre compte des manifestations de la fatigue générée par le travail, des fluctuations de la vigilance selon les moments de la journée, ou encore des cycles de sommeil.

Les secondes fournissent des éléments sur la diversité des caractéristiques d'un ensemble d'opérateurs. C'est le cas, par exemple, des caractéristiques anthropométriques (taille, poids, etc.), de l'itinéraire professionnel et de l'expérience acquise, de la formation, etc.

Différents travaux en ergonomie(4, 5) ont mis en évidence de nombreuses formes de variabilité dans le quotidien

des situations de travail, qui, le plus souvent, possèdent un caractère irréductible. Dans l'industrie, elles peuvent concerner des sensibilités de matières premières, des produits fabriqués, des variations de température ou d'hygrométrie, ou encore des poussières, des vibrations, la liste serait longue. Dans ce contexte, la matière ne peut pas être considérée comme inerte, elle va « *vivre, se transformer* », comme la pâte de chocolat va coller, sécher, se briser. Des phénomènes d'usure ou d'agression peuvent affecter le bon fonctionnement et la fiabilité des capteurs, des systèmes de contrôle/commande, ainsi que des systèmes effecteurs. Tous ces événements mettent à mal le mythe du fonctionnement « nominal » des installations et peuvent expliquer la survenue de modes de fonctionnement transitoires et dégradés.

Cependant, il existe des formes de variabilité qui remettent en cause le fonctionnement idéal : dans de nombreuses organisations, par exemple, la structuration des tâches est définie pour des « acteurs moyens » ayant des caractéristiques idéales entre 25 et 35 ans, avec le parcours et les compétences adéquates, en bonne santé, mesurant 1,70 m, homme ou femme selon la

tâche, sans vie de famille, etc. Or, chaque acteur d'une organisation est singulier et unique avec un âge, une expérience, un état de santé, un parcours, une formation initiale, une vie de famille et associative. Dans l'organisation, cela implique une variabilité importante dans la réalisation d'une tâche. Variabilité faible mais existante entre acteurs pour des tâches détaillées comme le travail sur poste à la chaîne, mais variabilité forte pour des tâches formalisées par objectifs ou résultats. L'analyse d'une même situation, l'interprétation de la performance attendue, les réseaux d'interlocuteurs, les actions, les résultats peuvent différer en fonction des caractéristiques d'un acteur.

Dysfonctionnements

Des événements imprévus peuvent survenir, remettre en cause les prescriptions prévues et entraîner une modification du nombre et/ou de la nature des tâches à réaliser. Par exemple, une tâche de manutention a été définie en sortie d'une ligne automatisée pour conditionner les produits – telle qu'une préparation des emballages pour la palettisation – et un manutentionnaire est prévu pour deux sorties de ligne. Parallèlement, des tâches de maintenance sont programmées et réalisées par le personnel d'entretien dans l'ensemble de l'atelier. Or, il est fréquent que les produits se coincent et bloquent les machines – le personnel dédié à la maintenance étant en intervention dans une autre zone –, le manutentionnaire va alors réaliser un travail de dépannage pour ne pas arrêter l'ensemble de la ligne, alors que cela n'est pas prévu dans ses fonctions initiales.

Des adaptations « coûteuses » pour la santé

Les différentes formes de variabilités industrielles ont tendance à venir perturber la bonne marche des installations. Dans certains cas, elles vont se traduire par des dysfonctionnements importants, voire par des accidents. Mais les opérateurs n'ont pas un rôle passif par rapport à ces manifestations (4, 6-8). À partir de leur expérience, ils vont mettre en œuvre des savoir-faire se fondant sur des stratégies de régulations pour anticiper la survenue de ces événements non souhaités, voire les récupérer (figure 2). Dans certains cas, bien qu'efficaces et permettant de « tenir » la performance, elles seront coûteuses.

Figure 1

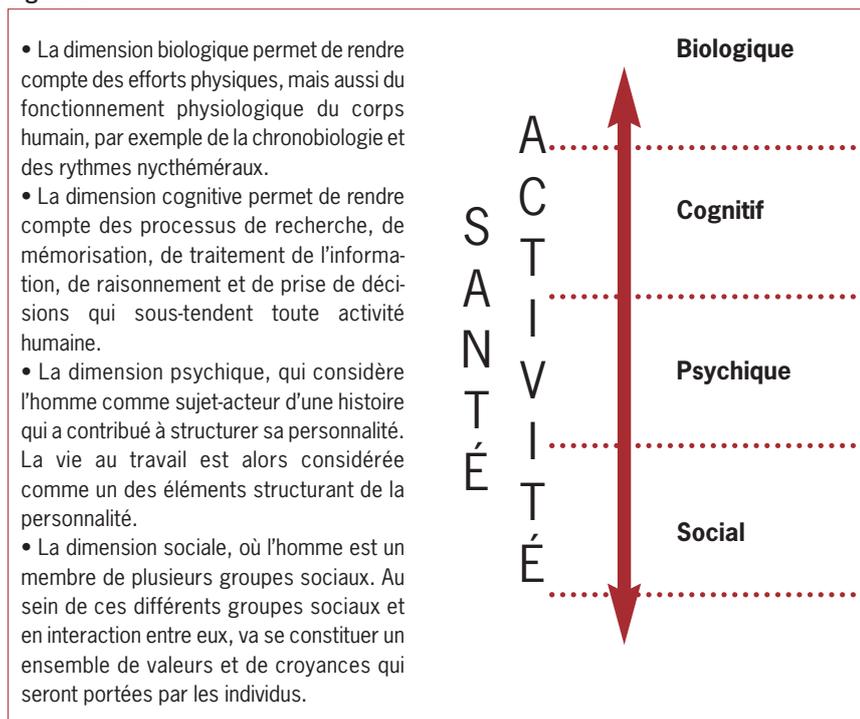
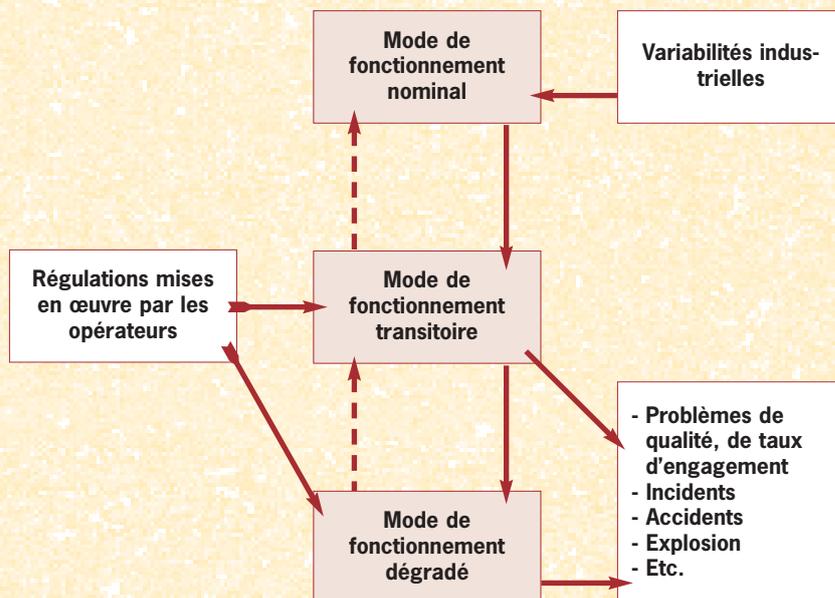


Figure 2

Ces savoir-faire se basent sur des régulations individuelles (exploration de l'environnement, recherche d'informations formelles ou informelles, prises de décisions et actions, le plus souvent sous fortes contraintes de temps). Des régulations collectives aussi mises en œuvre à partir de communications et de coordinations des actions entre les différents opérateurs impliqués. Quand elles sont efficaces, ces stratégies permettent d'anticiper les dysfonctionnements et leurs conséquences.



teuses pour la santé et entraîneront des troubles ou des pathologies à plus ou moins long terme.

Ces régulations peuvent aussi devenir des routines, c'est-à-dire être mises en œuvre sans que les personnes en aient toujours conscience. Le recours à des informations informelles mobilisant les cinq sens accentue les difficultés de mise en mots de ces régulations par les opérateurs eux-mêmes. Cette mise en mots nécessite alors une démarche spécifique (9).

Explorer pour comprendre

Les difficultés rencontrées par les travailleurs dans le cadre de leur activité sont fréquemment à l'origine d'atteintes à la santé, voire d'accidents du travail. Or, trop souvent, ces atteintes ou accidents sont appréhendés uniquement en termes d'atteintes à l'intégrité physique, les autres dimensions du travail impliquées étant totalement occultées.

Dans une démarche de compréhension préalable à toute transformation des situations de travail, il est nécessaire d'explorer ces difficultés dans toutes leurs dimensions, un peu comme s'il s'agissait d'énigmes complexes à déchiffrer. Il faut aussi essayer de comprendre comment l'organisation du travail permet, ou non, le développement des compétences et des savoir-faire de

régulation, tout en donnant de la reconnaissance aux personnes pour toutes les situations traitées. Cette reconnaissance de la créativité des opérateurs, de tous les bricolages rigoureux qu'ils mettent en œuvre, est essentielle pour la construction de l'identité et de la santé, des individus comme des collectifs. L'action ergonomique va donc chercher à faire converger les critères de santé

et d'efficacité dans la transformation des situations de travail. Pour schématiser, le travail de l'ergonome consiste à élaborer des compromis acceptables et faire une série de paris sur et surtout avec des personnes.

Alain Garrigou

Enseignant, chercheur en ergonomie, IUT HSE, Université de Bordeaux I, Talence.

► Références bibliographiques

- (1) Daniellou F., Naël M. *Ergonomie de conception*. Paris : Techniques de l'ingénieur T3100, 11-1996, vol. AG6.
- (2) Garrigou A., Bellemare M., Richard J.-G. *Une démarche de simulation des activités futures au sein des projets de conception d'installations industrielles*. Performances humaines et techniques, 1998a. Toulouse : Octares, n° spécial simulations.
- (3) Daniellou F. *Evolutions de l'ergonomie francophone : théories, pratiques et théories de la pratique*. Actes du XXXII^e Congrès de la Self. Lyon, septembre 1997 : 37-54.
- (4) Laville A., Teiger C. *Nature et variations de l'activité mentale dans les tâches répétitives : essai d'évaluation de la tâche de travail*. Travail humain 1972 ; 35, 1-2 : 99-116.
- (5) Wisner A. *La méthodologie en ergonomie : d'hier à aujourd'hui*. Performances humaines & techniques 1991 ; 50 : 32-9.
- (6) Jones B. *Division of labour and distribution of tacit knowledge in the automation of metal machining*. Proceedings of IFAC congrès : Design of work in automated manufacturing system. Karlsruhe 1983 : 19-22.
- (7) Llory M. *Accidents industriels : le coût du silence. Opérateurs privés de parole et cadres introuvables*. Paris : L'Harmattan, 1996.
- (8) Baumont G. *Modèle et méthode Recupere-rare, un outil d'analyse des incidents intégrant la fiabilité humaine*. Rapport DES 371. Paris : Institut de protection et de sûreté nucléaire, 1999.
- (9) Garrigou A., Carballeda G., Daniellou F. *Know-how in maintenance activities and reliability, in a high-risk process control plant*. Applied Ergonomics 1998b ; 29, n° 2 : 127-32.

Donner la parole aux salariés sur leurs conditions de travail

Michel Berthet, responsable du département Santé au travail à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) décrit la mission et les méthodologies employées par l'agence afin d'aider les entreprises et les salariés à améliorer les conditions de travail.

La Santé de l'homme : Quelle a été la genèse de cette agence dont vous êtes l'un des responsables aujourd'hui ?

Michel Berthet : L'Anact a été créée dans une période très particulière, en 1973, cinq ans après les événements de mai 1968. À cette époque, de nombreuses revendications se formulent en termes de qualité de vie, des grèves d'ouvriers sont déclenchées sur des questions de conditions de travail... Simultanément, le laboratoire d'ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers (Paris) met en évidence certaines tendances du travail manufacturier, pointant les cadences et le travail répétitif, de moins en moins faciles à tenir pour les salariés. Le gouvernement de l'époque, sensible à ces questions, commande une étude, connue sous le nom du rapport Sudreau. Puis en 1973, il décide, après de larges discussions avec les partenaires sociaux, de créer une agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, il décrète la présence, dans chaque entreprise de plus de 300 salariés, d'une commission de l'amélioration des conditions de travail, commission décentralisée du comité d'établissement. Enfin, un Fond d'aide à l'amélioration des conditions de travail (Fact) est mis en place simultanément.

S.H. : Quelles ont été les missions successives de l'Anact ?

Michel Berthet : La première mission de l'Anact a justement été d'instruire la qualité des opérations menées par les entreprises, entre autres grâce à ce fond. L'Anact aura également pour mission de valoriser les opérations retenues. Pour ce faire, elle constitue une ligne éditoriale avec des ouvrages et un mensuel qui s'appelaient à l'époque *La lettre de l'Anact*, devenue *Travail et changement aujourd'hui*. Parallèlement, un centre documentaire fut créé. Enfin, l'Anact a eu

pour mission d'entreprendre des études, afin de saisir au mieux la situation des conditions de travail. Après l'arrivée de la gauche, en 1983, deux faits importants peuvent être observés : la loi sur le droit d'expression des salariés, qui influencera les pratiques d'intervention de l'Anact, et la fusion des fameuses Commissions des conditions de travail avec le Comité d'hygiène et de sécurité ; ces deux instances paritaires formeront dès lors les CHSCT. Conjointement à ces évolutions, le directeur de l'Anact de l'époque suggère que les chargés de mission interviennent eux-mêmes dans les entreprises et participent à des opérations exemplaires. Il obtient un budget pour accroître les effectifs.

S.H. : Comment l'agence intervient-elle ?

Michel Berthet : À la différence de l'intervention publique des inspecteurs du travail ou des contrôleurs des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) qui est imposée à l'entreprise, nous intervenons uniquement lorsque l'entreprise estime qu'elle a besoin d'un soutien extérieur. Cela nous donne un avantage certain puisqu'il y a une demande, demande que nous estimons comme un objet d'investigation en tant que tel. Chaque fois que nous intervenons, nous tentons de reformuler la demande afin qu'elle corresponde à celle de tous les acteurs de l'entreprise. C'est une des conditions du paritarisme.

Un dispositif appelé « diagnostic court » a été mis au point. Il consiste à proposer aux entreprises un conseil gratuit de cinq jours en réponse à leur demande d'appui. L'intervention est gratuite en elle-même, mais l'entreprise s'engage à libérer les salariés de leur poste de travail, sur un certain temps, afin qu'ils puissent s'exprimer. L'intervention se conclut par une restitution de deux heures environ, qui rassemble l'ensemble des acteurs avec lesquels nous avons travaillé. Nous avons le souhait d'enga-

ger une dynamique qui doit se poursuivre au delà de notre intervention. Ce diagnostic court permet avant tout de faire réfléchir les gens ensemble sur une question particulière touchant aux conditions de travail. Travailler ensemble peut paraître évident lorsque que l'on partage des locaux, des tâches... toutefois, la division du travail toute efficace qu'elle soit, sépare, éloigne, compartimente les acteurs. Nous amenons quelquefois les gens à se redécouvrir, à se voir autrement.

S.H. : Quelle méthodologie adoptez-vous lors de vos interventions ?

Michel Berthet : Nous ne voulons pas courir le risque de nous engager sur une demande qui serait considérée par une majorité d'ouvriers comme secondaire, ou qui ne serait pas celle des salariés. Nous avons une volonté méticuleuse de définir la demande. Dans un premier temps, cela nous amène à faire le tour des acteurs pour y parvenir. Nous posons aussi la question de savoir si, selon les salariés, il est important qu'un organisme public travaille sur ce problème. Une fois rassurés sur la présence de ces conditions et après avoir revu le responsable de l'entreprise, nous proposons une définition de la demande plus complète et mieux cadrée. Nous ne souhaitons pas avancer sans que toutes les parties soient d'accord.

Le deuxième temps d'intervention est celui de la construction d'une problématique. Les mises en lien d'une difficulté avec, par exemple, les caractéristiques de la population. Ce travail vise à opérer des mises en lien, originales, inédites qui avaient pu échapper à l'entreprise. Pour cela, nous examinons les situations les plus représentatives du problème posé. Nous essayons de construire des hypothèses qui ont du sens et qui produisent une valeur ajoutée à l'interprétation du problème posé.

Dans un troisième temps, nous essayons de proposer une conduite d'action qui intègre les pratiques existantes, même si parfois nous n'hésitons pas à bousculer l'entreprise. Nous tentons de donner une perspective à ce travail, un profil d'action où le rôle de chacun est repositionné. Pour certaines personnes, notre méthodologie ne consacre pas assez de temps à l'écoute du chef d'entreprise alors que c'est lui « qui tient les rênes ». En réalité, nous passons du temps avec tous les acteurs, mais consacrons une grande partie de celui-ci à l'éluclucidation des questions de travail, ce qui nous place inévitablement là où le travail se fait.

S.H. : Comment vos interventions s'organisent-elles géographiquement ?

Michel Berthet : À partir des années quatre-vingt-dix, l'État et les partenaires sociaux ont considéré qu'il fallait envisager une démultiplication de nos actions dans les régions : un certain nombre d'antennes régionales (Aract) ont donc été créées. Le diagnostic court a énormément servi dans les Aract. Il nous a permis de connaître beaucoup d'entreprises et, au bout de quelques années, de bien connaître le tissu « entreprise ». Aujourd'hui, les Aract ont réussi à obtenir des financements complémentaires des régions et elles sont implantées dans chaque région.

S.H. : Qui sont les personnes qui travaillent et interviennent pour les Aract et l'Anact ?

Michel Berthet : Des équipes pluridisciplinaires, qui comprennent des psychologues, des sociologues, des formateurs, des ingénieurs, mais également des autodidactes syndicalistes. Dans le département que je dirige, il y a trois ergonomes, un ancien journaliste, un ancien inspecteur du travail et un sociologue au passé militant. Il n'y a pas du tout de professions médicales. Notre réflexion se ressource dans les méthodologies de toutes ces disciplines. Nous menons des interventions de type formations-actions en entreprise, qui s'articulent autour de quatre axes.

Le premier consiste en une analyse du travail *in situ* qui ne relève pas seulement de l'ergonomie, mais aussi d'autres disciplines qui ambitionnent de saisir ce qui se passe réellement dans les situations de travail. Le deuxième est en rapport avec la méthodologie d'entretien et l'analyse de la parole, des stratégies, des enjeux, en prenant appui sur les différents discours des acteurs. Autant la première investigation permet de repérer des choses dans l'espace et dans le temps, autant la deuxième s'appuie sur les représentations. Le troisième

champ d'analyse concerne l'étude de la « trace » : ce qu'écrit l'entreprise, ce qu'elle modélise, ce qu'elle passe dans ses consignes, dans ses protocoles, la façon dont elle sanctionne les choses. Nous n'avons d'ailleurs pas accès à toutes les traces... L'analyse des traces, c'est aussi une quête de l'histoire. Enfin, le dernier secteur d'analyse se situe dans le traitement des grands nombres. C'est toutefois notre secteur de compétence le plus faible : nous ne sommes pas très bien équipés pour réaliser des enquêtes statistiques.

Les interventions que nous menons ne visent à placer le travail au centre de la réflexion. Mais les écueils ne manquent pas. Par exemple, l'entreprise parle souvent en termes de comportements, alors que ceux-ci ne sont que la phase apparente du travail. Une grande partie de l'activité est invisible. Le travail, c'est en fait quelque chose qui échappe et qui constitue une énigme, et c'est peut-être pour cela qu'en lui-même il n'a pas réellement sa place dans l'entreprise. Nous disons volontiers que le travail se réduit souvent à une variable d'ajustement. Les entreprises font usage de la souplesse que génère celui-ci, qui permettra toujours de s'ajuster, de réguler... mais à aucun moment, cette variable n'est prise comme une véritable variable opérationnelle. Les acteurs n'arrivent pas à appréhender cet objet.

S.H. : Les formations-actions que vous menez sont-elles organisées au sein même de l'entreprise ?

Michel Berthet : Oui, mais nous imaginons aussi des modes d'action regroupant plusieurs petites entreprises, rassemblées selon des critères géographiques ou de secteur d'activité. Depuis peu de temps, nous travaillons sur le registre de l'action collective. Par exemple, nous expérimentons des « clubs d'entreprises ». Le fait de regrouper des entreprises qui peuvent être concurrentes est en soi déjà intéressant... comme peut l'être aussi le fait de rassembler des entreprises qui partagent le même problème, parfois dans des secteurs très différents. À titre d'exemple, nous utilisons dans le secteur du nucléaire un film tourné sur les activités du bâtiment ! Il s'agit de situations où le déni et les stratégies de défense sont importants, une médiation est donc utile pour parler du travail et de soi. Face aux dangers, les salariés sont véritablement verrouillés pour pouvoir continuer à travailler... Inversement, nous observons des stratégies de prudence tout à fait empiriques, que les personnes ont créées de toutes pièces, sans aucune consigne ou directive. Ce savoir-faire empirique nous intéresse au plus haut point.

S.H. : Pourriez-vous définir la philosophie

ou du moins les principes qui président à vos interventions ?

Michel Berthet : J'insisterais particulièrement sur trois points.

Le premier est d'organiser notre intervention sur l'objet « travail » et sur l'organisation du travail. La médecine et les intervenants techniques n'en font que très rarement leur objet central. Nous pensons qu'il faut bâtir une approche spécifique sur la question du travail et de son organisation, qui interpelle mais, aussi, qui peut être interpellée par la médecine et la technique.

Le deuxième concerne la dimension du projet. La prévention peut être conduite comme un projet au sein du triangle « objet-moyens-résultats ». De même, nous essayons de convaincre qu'il est possible d'intégrer aussi la prévention des risques professionnels dans tous les projets de l'entreprise. Par exemple, pour une entreprise qui produit des crèmes glacées, nous avons questionné les types d'emballages des produits que nous avons mis en lien avec la question des troubles musculo-squelettiques.

le troisième et dernier principe est celui de l'implication des salariés : on ne peut pas faire de prévention sans les opérateurs. Il faut toujours considérer l'opérateur comme un « actif » et non pas comme un « exécutant ». Or, quand les marges de manœuvres se réduisent, comme nous l'observons actuellement, sous le fait de l'intensification du travail – due ou non à la mise en place des 35 heures –, l'imagination et les stratégies de prévention, empiriques ou plus structurées, diminuent. Elles sont empêchées !

Le département de santé au travail, dont je suis responsable, n'est pas constitué de spécialistes de la santé. Mais il a pour ambition, à partir de questions de santé, d'interroger le travail et l'organisation du travail. Bien sûr, nos moyens d'agir sur les causes profondes peuvent sembler modestes et limités. À un niveau microscopique, nous tentons de démontrer que cette intensification du travail peut conduire à terme à des phénomènes d'usure, à des atteintes à la santé. Dans un premier temps, elle produit de multiples empêchements : parler, échanger et même réaliser son travail convenablement. Si la recherche de la performance est en train d'avilir l'homme, là où cela se passe, nous avons le devoir de le dire et d'aider les acteurs à trouver des issues alternatives.

Propos recueillis
par **Alain Douiller**.

Tabac en entreprise : entre loi et prévention

Lieu de vie, l'entreprise reste un espace de rencontres susceptible d'induire ou de conforter des comportements tabagiques. La mise en place d'une action de prévention doit s'articuler autour du respect de la loi Evin mais également proposer une aide au sevrage.

En matière de prévention du tabagisme, l'entreprise a tout à gagner : elle préserve et améliore la santé de ses employés et de leur famille, mais elle réduit également les risques d'incidents et la perte de productivité liés au tabac. Rappelons tout de même qu'en France, le tabac est responsable de 60 000 décès annuels (1) et, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il tuera prématurément un fumeur sur deux (2). De récentes études ont par ailleurs montré que l'exposition au tabagisme passif augmentait de 25 % les risques d'accidents coronariens et de cancers du poumon (3). Dans une enquête nationale, 71 % des personnes interrogées se déclaraient gênées par la fumée des autres (4). 80 % des non-fumeurs comme 61 % des fumeurs se prononçaient en faveur du renforcement de la protection des non-fumeurs (5).

Incendies, explosions, absentsismes...

Outre ses effets sur la santé, le tabagisme est par ailleurs responsable d'un grand nombre d'incendies et d'explosions dont les conséquences humaines et matérielles sont souvent dévastatrices. On le crédite également de dépenses coûteuses pour la société et pour les entreprises en particulier. Différentes études avancent que le tabac serait la cause de 23 à 50 % des cas d'absentéisme pour des problèmes de santé au travail (6). Quant au nombre de pauses dont le fumeur a besoin, il constitue également une perte de productivité : le coût moyen d'un fumeur pour un employeur se monte à 600 dollars par an (7), selon les résultats d'une étude américaine.

La France est l'un des rares pays au monde à disposer d'un cadre réglementaire qui protège les non-fumeurs de la fumée des autres au travail. En effet, la loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme stipule qu'il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Cette réglementation concerne autant les entreprises publiques que privées. Outre la protection des non-fumeurs, le cadre réglementaire contribue progressivement à la modification de ce qui était considéré comme acquis, à savoir pouvoir fumer partout quand on en a envie. Elle permet aux non-fumeurs de faire valoir leurs droits, sans pour autant être qualifiés de « trouble-fête » et permet aux fumeurs de réfléchir à leur propre tabagisme et d'envisager de s'arrêter dans un contexte favorable.

Évaluer l'acceptabilité de la loi Evin

Le programme *Entreprise sans tabac* de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) est mené en collaboration avec le médecin du travail et se décline en trois parties. La première concerne l'audit préalable. Dans ce cadre, un questionnaire est distribué à l'ensemble des salariés de l'entreprise. Il permet d'évaluer la population de fumeurs, d'apprécier l'acceptabilité des mesures prises pour appliquer la loi Evin et de recenser parmi les fumeurs ceux qui seraient intéressés par une aide à l'arrêt. En parallèle, une évaluation des conditions d'application de la loi Evin et des possibilités locales est menée en collaboration avec l'équipe chargée de suivre l'action dans l'entreprise.

La deuxième partie du programme se matérialise par l'organisation de conférences : un médecin tabacologue anime trois réunions d'information d'une durée de deux heures, chacune à un mois d'intervalle. Elles portent sur le tabagisme, ses conséquences sur la santé, quelques notions d'épidémiologie, la dépendance, et surtout les possibilités actuelles d'aide au sevrage.

La troisième et dernière partie se traduit concrètement par une assistance médicale sur le site de l'entreprise, dans un bureau mis à disposition du médecin chargé de la coordonner. Cette assistance est proposée aux salariés qui auront manifesté le souhait d'être aidé dans une démarche de sevrage. Elle comprend une réunion de groupe mensuelle, des consultations individuelles, dont les deux premières sont organisées à huit jours d'intervalle, puis les suivantes, deux fois par mois. Bien entendu, le médecin exerce cette assistance comme le restant des actes qu'il effectue en dehors de ce contrat, c'est-à-dire en garantissant le caractère confidentiel des consultations, conformément à son code de déontologie.

Sur le terrain, chez Coca-Cola

Une première action basée sur ce programme a été menée au siège social de la firme américaine Coca-Cola début juin 1999. Elle n'est pas terminée à ce jour car l'action se poursuit sur d'autres sites. Profitant d'un emménagement dans des bâtiments neufs, l'entreprise a décidé que les locaux seraient désormais totalement non fumeurs, en dehors de trois espaces correctement aménagés et ventilés. L'utilisation de

téléphones mobiles permet de résoudre partiellement le problème des temps de pause-cigarette, source de conflit entre les salariés fumeurs et non fumeurs et de non-productivité pour l'entreprise : les salariés restent joignables sur leur portable pendant leur pause-cigarette et peuvent ainsi poursuivre leur activité dans les salles fumeurs. L'analyse du questionnaire montre que 82 % des fumeurs interrogés sont pour le respect de l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, confortant ainsi les dirigeants dans leur démarche. En outre, ce questionnaire révèle que 9 fumeurs sur 10 se déclarent intéressés par une aide médicale au sevrage tabagique. Au final, une trentaine d'entre eux sera prise en charge par le programme et 50 % auront arrêté de fumer après six mois.

Une aide médicale très appréciée

Quels ont été les facteurs de cette réussite ? L'aménagement des locaux a été organisé en amont d'un changement de site de l'entreprise : les salles fumeurs ont pu être prévues avant l'arrivée des salariés ; un membre de l'équipe de direction était spécifiquement chargé de

la mission « déménagement » et gérait entièrement le dossier « entreprise sans tabac ». Il a été un interlocuteur privilégié, très concerné par ce dossier, et il a pu diffuser régulièrement des informations sur le programme sans tabac dans la revue interne de l'entreprise, dédiée à l'organisation du changement de site.

De ce fait, les salariés ont accepté beaucoup plus facilement les interdictions de fumer dans le cadre d'une réorganisation complète de leurs conditions de travail. Les conférences d'information ont nettement insisté sur la notion de dépendance, permettant de désamorcer les conflits entre fumeurs et non-fumeurs, et de décliner les possibilités d'aide à l'arrêt, renforçant ainsi la confiance des fumeurs. L'association du soutien à l'arrêt du tabac, proposée par la direction, combinée à l'interdiction de fumer, a permis une meilleure acceptabilité des mesures prises.

Quant à l'aide médicale sur le site même de l'entreprise, elle a été très appréciée des salariés motivés pour un arrêt. Un grand nombre d'entre eux avouent que l'interdiction de fumer

► Références bibliographiques

- (1) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 200 p.
- (2) OMS, *European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence*.
- (3) Rapport du groupe de travail relatif au tabagisme passif. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2001.
- (4) *Baromètre santé 2000 (à paraître)*. Premiers résultats disponibles sous forme de fiches thématiques. Enquête auprès des 12-75 ans. Vanves : CFES, 2000.
- (5) Enquête nationale « Les Français et le tabagisme passif », mai 2001 (Ipsos/DGS/Cnamts/CFES), sur un échantillon représentatif de 1 015 individus de 15 ans et plus.
- (6) Dautzenberg B. *La lutte contre le tabac en entreprise : le guide*. Éditions Margaux Orange, 2000.
- (7) Lebargy F. Le sevrage tabagique dans l'entreprise. In : Dautzenberg B. *La lutte contre le tabac en entreprise : le guide*. Éditions Margaux Orange, 2000.

dans l'entreprise, d'une part, et la proposition d'une aide sur leur lieu de travail, d'autre part, ont « précipité » leur prise de décision.

L'entreprise a également servi de lieu de thérapie de groupe ; entre deux consultations, les fumeurs inscrits dans le programme se sont soutenus et aidés dans leur démarche d'arrêt.

L'exemple des premiers sevrés a permis aux plus timorés de prendre confiance en eux et de s'inscrire à leur tour dans le programme. Ceci a été rendu possible grâce à une prolongation de la durée du projet, prévu à l'origine pour trois mois, et qui, en fait, dure depuis deux ans.

Savoir faire évoluer les programmes

En dehors d'un contexte de changement de site, la modification du comportement semble plus difficile à accep-

ter pour les salariés. Quant à transformer un bureau où l'on a toujours fumé en espace sans tabac, cela nécessite une mobilisation en amont avec un effet d'annonce et une sensibilisation.

On a vu que l'action durable dans le temps est bénéfique, mais entraîne en même temps une banalisation de l'action qui perd son caractère novateur. Dans l'exemple cité, l'effet positif du déménagement a fini par s'épuiser. D'une part, le journal interne dédié au déménagement qui diffusait des informations régulières sur le programme sans tabac a cessé de paraître. D'autre part, le cadre chargé du programme a changé de mission, et la dernière conférence organisée dans l'entreprise à l'occasion de la journée mondiale sans tabac a été un échec puisque seulement un salarié non fumeur est venu y assister. Quant à l'équipe interne chargée du programme, elle a changé et s'est donc progressivement désinvestie.

Cette expérience souligne donc la nécessité d'une volonté intense et durable des dirigeants de l'entreprise, et d'une communication renouvelée dans le temps. Pour les acteurs de santé publique et de prévention du tabagisme, le défi sera donc de savoir faire évoluer les programmes de soutien aux entreprises. Et pour que le concept d'entreprise sans tabac se généralise, il sera nécessaire de mettre en place des stratégies globales, à l'instar de celles employées par le réseau l'Hôpital sans tabac, et dont les deux éléments clés se traduiront par le respect de l'interdiction de fumer et une aide à l'arrêt du tabac, afin de soutenir le personnel dans sa démarche.

Sylviane Ratte

Coordnatrice du Réseau
Hôpital sans tabac, Paris.

Anne Borgne

Médecin tabacologue, Office français
de prévention du tabagisme, Paris.

Pour une prévention de l'alcoolisation en entreprise

Aujourd'hui, près d'un accident du travail sur cinq serait lié aux pratiques d'alcoolisation. La gestion du « risque alcool », par l'adoption d'un plan permanent de prévention, représente donc un enjeu majeur pour les entreprises.

Nombreux sont les alcoologues qui pensent que si l'alcool était découvert aujourd'hui, il serait inscrit sur la liste des substances uniquement prescrites sur ordonnance. Mais nous n'en sommes plus là. L'alcool fait partie de notre culture, de notre patrimoine, de nos traditions et de nos plaisirs... Toutes les tentatives de proscription de l'alcool, telles que la prohibition aux États-Unis, ont été des échecs retentissants ; il nous faut donc apprendre à vivre avec l'alcool, cette molécule qui n'est ni dieu, ni diable.

Rituel d'intégration

L'initiation aux rituels de l'alcoolisation a lieu sous des formes différentes et avec plusieurs fonctions : la toute première concerne le très jeune enfant lors

de son baptême ; par la goutte de champagne qui lui humecte les lèvres, il entre symboliquement dans la communauté des « alcoolisants ». Il est, déjà, des nôtres ! Ensuite l'enfant, selon la culture de sa région, aura l'occasion de goûter plus ou moins au cidre, à la bière, au vin coupé d'eau, mais c'est à l'occasion de sa communion – surtout s'il s'agit d'un garçon – qu'il vivra une véritable initiation, avec un certain décorum, ceci toujours au champagne.

À l'adolescence, l'initiation suivante est groupale : là, il ne s'agit plus de goûter à l'alcool, stade dépassé depuis longtemps, mais de partager le rituel de l'ivresse et montrer ainsi son appartenance, et sa virilité si l'on est un homme.

Enfin, l'intégration dans un groupe d'amis, groupe familial nouveau, etc., se fait toujours avec et par l'alcool ; « *il ou elle est des nôtres ; il ou elle a bu son verre comme les autres* ». Repas, invitations, apéritifs, mariage, naissance, décès... tout se fait et se défait autour de ce qui a de la valeur, ce que l'on n'offre qu'aux « connaisseurs ».

Banalisation

Le groupe social en entreprise cultive lui aussi ses rituels d'intégration et ses codes de reconnaissance dont la façon de s'alcooliser fait partie intégrante. En restauration et en cuisine – temple de la gastronomie et du savoir boire – il n'est pas rare que l'apprenti doive montrer sa « contenance » et sa résistance à l'ivresse ; ailleurs, il faut a

minima « payer sa bouteille ». La pression de conformité est telle que l'on peut voir la consommation d'alcool d'une personne qui buvait peu, se stabiliser au niveau élevé d'une équipe qui consomme beaucoup et dans laquelle elle arrive. Et la consommation de cette même personne, non dépendante, peut alors nettement diminuer lors d'un changement d'équipe vers une autre équipe plus sobre.

Aux premières pertes de contrôle de la personne qui « dérape » avec l'alcool, le groupe banalise et (se) « protège » ; la personne est cachée, si nécessaire, et le travail de cinq est exécuté à quatre, sans mot dire. Si, après plusieurs mois ou années, la situation s'est fortement dégradée, la présence d'un « alcoolique » dans le groupe est reconnue. Et l'illusion que tout peut redevenir « comme avant » a disparu : il ne reste que les désagréments, le danger et une certaine culpabilité. Le groupe finit par demander « que l'on fasse quelque chose »... Ce « quelque chose » se fera la plupart du temps à l'issue d'un choc traumatisant tel qu'un accident grave. On s'intéressera alors de près aux « alcooliques » susceptibles d'être licenciés et l'on organisera quelques grandes cérémonies de prévention obligatoires que l'on espère purificatrices et cathartiques...

Du licenciement au soin

En entreprise, il n'y a ni plus ni moins de problèmes d'alcool qu'ailleurs. En France, on estime que 2 millions de personnes seraient alcoolodépendantes et que 3 millions – soit 10 % de la population – seraient en danger ou en voie de le devenir. Par ailleurs, 15 à 20 % des accidents du travail seraient en relation avec l'alcool. Or, face à un tel phénomène qui préoccupe de plus en plus d'entreprises, nous ne disposons d'aucune statistique nationale fiable. Les estimations sont établies à partir d'enquêtes partielles effectuées par des médecins du travail (exemple EDF).

Les statistiques sont donc absentes, mais en revanche, les acteurs en entreprises sont de plus en plus nombreux à demander – souvent sous couvert de prévention – de trouver des solutions pour réduire le nombre d'alcooliques, si possible vite et bien. L'illusion de leur éradication par des licenciements a

aujourd'hui fait place aux démarches visant leur « prise en charge » médicale afin de les « soigner »... L'idée de la disparition des alcooliques (qui gênent) est une des défenses sociales dont l'objectif inconscient est de dissocier la consommation d'alcool de ses conséquences les plus visibles (8 à 10 % d'alcooliques en permanence).

Or toutes les études menées en entreprises montrent une structure constante d'alcoolisation à plusieurs niveaux, dont chacun alimente le niveau immédiatement supérieur jusqu'à l'alcoolisme. Cela revient à dire que l'ensemble de la communauté de travail est concernée, puisqu'aux 10 % de dépendants, il faut ajouter 15 % de buveurs en danger (parmi lesquels se recruteront les futurs dépendants), 30 % de consommateurs réguliers dont une partie deviendra en danger au cours des années d'alcoolisation, 41 % de buveurs occasionnels et 4 % d'abstinents primaires ou secondaires.

Les outils de gestion

La gestion du risque alcool – certaines entreprises préfèrent parler de maîtrise du risque alcool – est une démarche dynamique de conscientisation de la communauté de travail dans son ensemble, depuis les dirigeants eux-mêmes en passant par l'encadrement jusqu'au personnel. Elle s'inscrit dans le temps (plusieurs années). Les éléments clés de la démarche sont :

• L'affirmation d'une politique claire de l'entreprise

Le risque alcool sera pris en compte en permanence, sans dramatisation, comme tout autre problème de sécurité – ça n'est pas une question de morale. Un groupe est constitué pour étudier la question – comprendre avant de juger – et faire des propositions. La démarche ainsi entreprise concerne la totalité des salariés quelle que soit leur place dans le système.

• La consultation du CHSCT et son soutien à la démarche

Il est parfois nécessaire de consacrer une séance entière ou largement réservée à un débat sur le sujet. La présence d'un intervenant en pédagogie de la prévention du risque alcool est souvent indiquée.

• La formation en alcoologie de l'encadrement

- Elle permet une application cohérente, précoce et mesurée de la législation

générale sur l'alcool en entreprise ;
- l'élaboration d'outils internes permettant de gérer le risque et les transgressions de façon constructive.

• La constitution d'un groupe de recherche et d'action implanté dans l'entreprise, travaillant avec une méthodologie rigoureuse et éprouvée

Ce groupe dit « groupe alcool », pour être efficace, doit :

- recevoir un mandat précis de la direction : mission, durée, moyens... ;
- être connu et reconnu : publication du mandat par la direction, etc. ;
- être doté d'une formation en alcoologie et en méthodologie ;
- pouvoir compter sur un appui technique et méthodologique régulier.

• La différenciation nette dans l'entreprise des trois niveaux concernés par la prise en compte des problèmes d'alcool

- le registre de la « loi » et son application : direction et hiérarchie ;
- le registre de l'« aide » aux dépendants : service médico-social ;
- le registre de la « prévention » recherche et action : groupe alcool.

• La valorisation du partenariat et de la communication

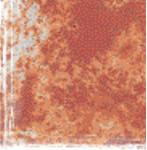
- encouragement des réseaux de solidarité et de participation ;
- circulation de l'information sur l'alcool, sans moralisme ni jugements ;
- le plan permanent de prévention et ses étapes.

Une prévention permanente en sept étapes

Aucune démarche ne ressemble à l'autre, chaque entreprise ayant sa personnalité propre, sa culture, sa culture alcool, etc. Cependant, on peut dégager quelques tendances communes et notamment les conditions qui ont permis de nombreuses démarches, souvent longues à mûrir, mais dont on peut dire qu'elles ont réussies.

• La phase de gestion

Quelques acteurs s'interrogent régulièrement sur les problèmes d'alcool, en parlent de temps en temps, mais sont rarement entendus. Les cas les plus visibles sont pris en charge avec plus ou moins de bonheur par le médico-social. Sporadiquement, des exclusions sont prononcées après des années d'alcoolisation dans l'entreprise dans la complicité générale au début, dans l'indifférence ensuite, puis dans la réprobation et le rejet.



de représentation de l'alcool dans notre société.

Qui doit être formé en alcoologie dans l'entreprise ?

- l'encadrement censé appliquer la politique de l'entreprise en termes de sécurité ;

- le groupe de prévention, chargé d'élaborer, de conduire, d'animer le plan de prévention du risque alcool ;

- le groupe d'aide, chargé d'aider confidentiellement les personnes en difficulté avec l'alcool. Ils doivent recevoir une formation en alcoologie et selon le cas : en gestion de crise, en relation d'aide ou en stratégie de prévention. De telles formations peuvent se faire lors de stages conduits par un organisme de formation compétent ; elles peuvent aussi se faire en auto-formation interne avec l'aide du médecin du travail et des professionnels alcoologues de la région. Il convient néanmoins de souligner que la formule de stage favorise la constitution du groupe.

• **La phase d'évolution collective**

Beaucoup de communication et de réflexion collective, un état des lieux réalisé rigoureusement, un peu d'information et quelques opérations spectaculaires vont permettre à l'ensemble du personnel d'évoluer dans sa mentalité et dans ses pratiques d'alcoolisation.

Il est stratégiquement important de considérer que c'est le système tout entier (la structure entreprise) qui utilise l'alcool et que ceux qui posent problème sont en quelque sorte symptômes du dysfonctionnement général (les psychotropes sont des régulateurs jusqu'au moment où leur usage produit plus de problèmes individuels ou collectifs, que de « bénéfiques » ; c'est à ce moment qu'il faut un traitement) ; Désigner les alcooliques permet de se déculpabiliser et d'éviter les vraies questions.

• **La phase d'évaluation**

Il faut impérativement mettre en place des compteurs pour mesurer :

- l'évolution de l'opinion, des mentalités (par questionnaires à choix multiples) ;

- les pratiques d'alcoolisation (au restaurant d'entreprise, lors des rituels de convivialité, en général) ;

- le respect des règles et de la législation ;

- la réduction des problèmes (ambiance, production, arrêt de travail, absentéisme, etc.).

Jean-Paul Jeannin

Formateur consultant, Arcom, Hérouville.

• **La phase de déclenchement**

Fréquemment, le déclencheur est le médecin du travail, l'assistante sociale ou l'infirmière de l'entreprise, qui demandent que l'on prenne en compte les problèmes liés à la sur-alcoolisation. Il peut s'agir également d'une mobilisation du service du personnel, du CHSCT, parfois même des syndicats qui visent avant tout à éviter les licenciements. En fait, on discute souvent pendant des mois avec les représentants de l'entreprise pour que la question soit simplement inscrite à l'ordre du jour d'une réunion du comité de direction ou du CHSCT.

Le déclencheur peut-être aussi un « coup dur » qui plonge l'entreprise dans la stupeur et l'émotion ; « c'est arrivé », par exemple un salarié a provoqué un accident grave sous alcool avec un véhicule de service. Contrairement à ce que l'on croit, ce n'est pas forcément le meilleur moment pour amorcer la démarche.

• **La phase de maturation**

Lorsque certains acteurs forment un petit groupe convaincu qu'il faut faire quelque chose, ils ont intérêt à chercher des alliés avant d'intervenir officiellement dans un lieu de décision. Ces démarches informelles peuvent durer plusieurs mois, mais il est incontournable que la question soit finalement soulevée en CHSCT, instance représentative habilitée à traiter des problèmes de

sécurité dans l'entreprise.

Il est impératif que la direction, le CHSCT et la médecine du travail soient clairement et officiellement engagés dans la prise de décision d'une gestion active du risque alcool, mais il vaut mieux « perdre » quelques mois (ou quelques années) à susciter l'engagement de tous, plutôt que d'engager une action qui serait exclusivement l'affaire du médecin ou du directeur de l'entreprise.

• **La phase de construction du dispositif**

Bien que l'encadrement soit souvent démuné face aux problèmes d'alcool, il conviendra seulement de rappeler qu'il est concerné depuis la direction jusqu'à l'agent de maîtrise pour appliquer la politique de gestion du risque alcool de l'établissement (registre de « la loi »). Mais en ce qui concerne ceux de « l'aide » et de la « prévention », hormis le service médico-social, tout reste à créer, à savoir : le « groupe d'aide » et le « groupe de prévention » ; la mise en œuvre de ces deux groupes demande du temps, de la stratégie et beaucoup de doigté, si l'on vise leur efficacité et leur longévité.

• **La phase de formation**

On ne peut s'atteler aux activités complexes de la gestion du risque alcool sans un minimum de réflexion, d'information et d'outillage, faute de quoi on reproduit le modèle culturel dominant



Des outils de sensibilisation et d'information des acteurs médicaux

Améliorer la connaissance des maladies professionnelles dans le but de mieux les prévenir est une des priorités de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Cette meilleure connaissance passe par la mobilisation et la collaboration de tous les acteurs médicaux.

Plus de 24 000 maladies professionnelles ont été reconnues en 1999 pour le seul régime général de la Sécurité sociale. Cependant, bien que les statistiques montrent une augmentation régulière de leur nombre, la sous-déclaration est patente. Parmi les causes identifiées, on trouve la méconnaissance des risques professionnels par les médecins traitants et le manque de coordination des actions entre les différents partenaires médicaux concernés.

Le médecin du travail assure le suivi médical du salarié, connaît ses conditions de travail et peut en proposer l'aménagement, mais il n'est pas toujours informé de la survenue d'une pathologie ; de son côté, le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, prend en charge un « patient » et le traite, souvent sans s'interroger sur son environnement professionnel ; le médecin conseil (de la Mutualité sociale agricole (MSA) ou de la Cnam) prend en charge l'assuré social en se prononçant sur l'attribution de prestations en référence au code de la Sécurité sociale. Tous sont donc concernés par les maladies professionnelles à des titres différents et confrontés à des difficultés différentes.

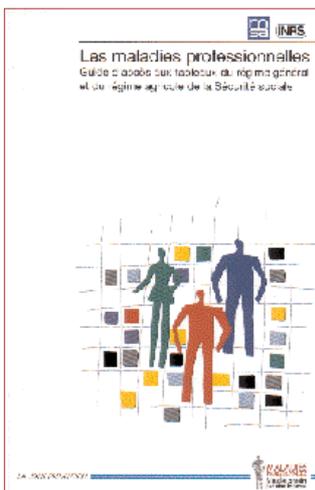
Comment faire pour que ces médecins puissent concourir à une meilleure identification et prise en charge des maladies professionnelles et contribuer ainsi à une meilleure prévention ?

La sensibilisation et l'information des médecins traitants sont des objectifs prioritaires que la branche accident du travail-maladies professionnelles de la Cnamts a confié à l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Plusieurs outils ont été élaborés et sont maintenant disponibles :

- le guide d'accès aux tableaux de maladies professionnelles (encadré 1) ;
- la version électronique de cette brochure accessible sur le site web (www.inrs.fr/mp)
- le film « *Quel métier faites-vous ?* » (encadré 2) ;
- une plaquette « *Ce travailleur est peut-être un de vos patients !* » (encadré 3).

Anne Delépine,

Médecin, EAM - INRS, Paris.



1. Ce guide, élaboré en collaboration avec la MSA, dont la dernière mise à jour est de septembre 2000, permet de faciliter l'accès aux tableaux de maladies professionnelles du régime général et du régime agricole. La classification par symptômes et pathologies, regroupés en treize grandes rubriques, permet de rechercher si un symptôme ou une pathologie peut être imputable à un agent nocif ou une situation de travail et renvoie vers le ou les tableaux correspondants.

Le lexique alphabétique, par agents nocifs ou situations de travail, renvoie vers le ou les tableaux concernés ainsi qu'aux treize grandes classes de pathologies. Ces modes d'accès ont été élaborés en reprenant exclusivement le vocabulaire des tableaux.

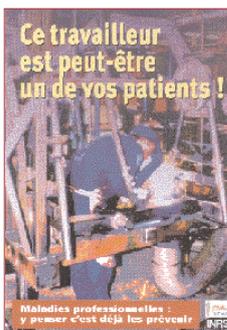
Sont également présentées une synthèse de la réglementation concernant les maladies professionnelles avec, en annexes, les textes concernant la réparation des contaminations professionnelles par le virus du VIH, le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et le suivi post-professionnel, et les adresses des différentes structures ressources.



2. Le film est plus spécifiquement destiné aux médecins traitants et vise à susciter leur vigilance face aux risques professionnels de leurs patients. Il est composé de témoignages de patients, médecins traitants, médecin du travail et médecin conseils évoquant leurs rôles respectifs et leur approche de la maladie professionnelle. En abordant avec eux les maladies professionnelles, cette vidéo, prévue pour être diffusée lors de séances d'information ou de formation, incitera les médecins traitants à :

- s'intéresser à l'environnement professionnel de leurs patients et aux risques qui y sont liés ;
- avoir à l'esprit qu'un symptôme peut avoir une origine professionnelle ;

- le cas échéant, prendre contact avec le médecin du travail, le médecin-conseil, voire la consultation de pathologie professionnelle et ce en accord avec leurs patients.



3. Cette plaquette de huit pages sensibilise le médecin traitant au rôle qu'il peut jouer dans la prévention des maladies professionnelles en participant à une meilleure connaissance épidémiologique de ces maladies. Elle incite le médecin traitant à demander sa profession au patient, à contacter le médecin du travail. Elle a été conçue pour être largement diffusée auprès des médecins traitants.

L'ensemble de ces outils est disponible gratuitement à l'INRS : 30, rue Olivier Noyer - 75680 Paris Cedex 14
Tél. : 01 40 44 31 05 - Fax : 01 40 44 14 15

Pour en savoir plus

Sites Internet

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

Association sans but lucratif et soumise au contrôle financier de l'État, constituée sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Son programme d'activités est établi dans le cadre des directives de la Cnamts et des orientations politiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ses missions sont :

- conduire des programmes d'études et recherches pour améliorer la santé et la sécurité de l'homme au travail ;
- proposer une aide technique et documentaire ;
- proposer des offres de formation (près de 70) ou d'aides pédagogiques adaptées aux besoins des animateurs de la prévention en entreprise.

<http://www.inrs.fr>

Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a été créée par l'Union européenne pour promouvoir la coopération et intensifier les échanges d'informations entre les États membres sur la protection de l'hygiène, de la sécurité et de la santé au travail.

L'agence a débuté ses travaux en 1996. Elle est chargée de :

- collecter et transmettre à la Commission européenne des informations scientifiques et techniques que pourront exploiter les responsables de la politique de santé européenne ;
- rassembler les documents scientifiques et techniques sur des sujets d'actualité permettant de répondre aux questions parlementaires ;
- recenser et élaborer les bases de données spécifiques à la santé et à la sécurité en Europe ;
- diffuser les résultats des travaux de recherche qui traitent de santé et sécurité au travail, par des publications, des manifestations, l'échange de spécialistes entre États membres ;
- collaborer avec les organismes nationaux agissant dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, notamment avec les organisations non gouvernementales.

<http://fr.osha.eu.int/>

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

Fondée en 1973, l'Anact est un établissement public à gestion tripartite qui dépend du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Elle est administrée par un conseil d'administration représentant l'ensemble des confédérations d'employeurs et de salariés, des personnalités qualifiées ainsi que l'État. Elle expérimente et développe des méthodologies et aide les entreprises à développer des projets innovants de changement concerté du travail et de son organisation. Elle s'est constituée en réseau d'associations régionales (Aract) réparties sur le territoire français. Son action est organisée en quatre grands domaines d'action :

- santé et travail ;
- organisation du travail et temps de travail ;
- compétences, travail et emploi ;
- innovations technologiques et travail.

<http://www.anact.fr>

Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS)

Il est fondé en 1989 par la Confédération européenne des syndicats (CES) afin d'assurer un suivi de l'élaboration, de la transposition puis de l'application des directives réglementant l'environnement du travail sur le plan européen. Le BTS assure un rôle d'expertise auprès des instances européennes traitant des aspects liés à l'environnement du travail. Il représente également la CES dans différentes institutions concernées par la normalisation technique. Il réalise des études, poursuit des recherches, assure des formations et constitue un système d'information en matière de santé et de sécurité au travail.

Outre la présentation de l'institution et de ses projets, le site propose un accès à des lettres d'information, publications et bases de données.

<http://www.etuc.org/tutb/index.html>

Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme)

Son objet est de permettre à l'ensemble des salariés du secteur privé de bénéficier d'une surveillance médicale au travail visant à leur éviter toute altération de la santé du fait de leur travail. Créé en 1942, le Centre interservices de

santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme) regroupe 335 services inter-entreprises de médecine du travail qui assurent la surveillance de près de onze millions de salariés. Il représente les services inter-entreprises au plan national. Il joue un rôle prépondérant auprès des responsables d'entreprises dans les domaines de l'information et du conseil grâce, en particulier, à ses publications et aux nombreuses réunions qu'il organise. Il est également en contact étroit avec les organisations patronales, les syndicats, l'administration. Le département scientifique du Cisme développe et promeut la recherche scientifique en médecine du travail.

<http://www.cisme.org/>

Club européen de la santé

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dotée du statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe, elle est aussi centre collaborateur de l'OMS.

Ses objectifs sont :

- promouvoir la santé et la prévention par l'information et l'éducation dans les entreprises et les collectivités ;
- grouper des personnes qui, appartenant à des disciplines diverses, ont une action dans le domaine de la santé et de l'environnement ;
- procéder à l'étude des grands problèmes de santé en tenant compte des réalités économiques et sociales et du respect de la personne humaine ;
- apporter sa contribution à tout organisme privé ou public ayant pour vocation de s'intéresser à un programme.

15, rue de l'École de Médecine 75006 Paris

Fax : 01 43 26 01 91

E-mail : C.L.E.S.@wanadoo.fr

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

<http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/index.asp>

Centre européen de prévention des risques (CEPR)

Il est financé par des assureurs, des organismes de certification, de recherche et d'enseignement, mais aussi des fabricants de produits et services. Parmi toutes ses thématiques figure en entreprises une rubrique : risques en entreprises.

<http://www.cepr.fr/fr/risqentr/index.asp>

Organismes de formation

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

Des stages sont organisés et destinés aux médecins du travail, ingénieurs, techniciens, animateurs-formateurs en prévention des risques liés aux activités physiques.

L'INRS a mis en place, en partenariat avec la Sorbonne, un cycle d'études supérieures : Études et préventions des risques professionnels

Deux cycles d'enseignement à distance sont organisés pour les délégués du personnel et les animateurs de prévention.

30, rue Olivier Noyer
75680 Paris Cedex 14
Tél. : (33) (0)1 40 44 30 00
Fax : (33) (0)1 40 44 30 99

<http://www.inrs.fr/indexformation.html>

Association pour la formation dans les services médicaux du travail (Afometra)

Ses objectifs sont les suivants :

- perfectionner les connaissances de ceux qui souhaitent développer leurs actions sur les postes et les conditions de travail ;
- multiplier et approfondir les compétences dans le domaine de l'hygiène, de la santé, de la prévention ;
- former le médecin du travail au monde de l'entreprise.

Les formations s'adressent aux médecins du travail, infirmiers, secrétaires et techniciens.

Les formations sont classées suivant différents thèmes : éducation et promotion de la santé, action en milieu du travail, conditions de travail et ergonomie, évaluations et prévisions des risques professionnels, santé mentale...

10, rue de la Rosière 75015 Paris
Tél. : 01 53 95 38 63
Fax : 01 53 95 38 66

E-Mail : info@afometra.org

<http://www.afometra.org>

Bibliographie

- Abadia G., Delemotte B., Delépine A., Guillemey N., Leprince A., Montgolfier de C. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale*. Paris : INRS, 2000 : 340 p.
- Appay B., Thébaud-Mony A. (sous la dir.). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : INRS, 1997 : 579 p.
- Bernard C. P. *Lombalgies et travail. Évaluation, réflexion et prévention des douleurs de l'effort et des lumbagos*. Marseille : Éditions d'Ergonomie, coll. Santé et sécurité au travail,

1996 : 205 p.

- Billiard I. *Santé mentale et travail*. Paris : Éditions la Dispute, 2001 : 283 p.
- Debout M. *Travail, violences et environnement. Rapport du Conseil économique et social*. Paris : Journal officiel, 1999 : 186 p.
- Debout M. *Le harcèlement moral au travail. Avis du Conseil économique et social*. Paris : Journal officiel, 2001 : 123 p.
- Dejours C. *Travail, usure mentale*. Paris : Bayard, 2001 : 280 p.
- Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S. *Âge, travail, santé. Études sur les salariées âgées de 37 à 52 ans. Enquête Estev 1990*. Paris : Inserm, 1996 : 440 p.
- Dyèvre P., Leger D. *Médecine du travail : approches de la santé au travail*. Paris : Masson, coll. Abrégés de médecine, 1999 : 328 p.
- Gollac M., Volkoff S. *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte, coll. Repères, 2000 : 128 p.
- Institut national de la recherche médicale (Inserm). *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Expertise collective*. Paris : Inserm, 2000 : 151 p.
- *Intervention éducative pour la promotion de la santé au travail*. Santé et société, coll. Promotion de la santé, 1988, n°4 : 48 p.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 448 p.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales. *La santé au travail : 10 ans de recherche médicale*. Paris : La Documentation française, coll. Bilans et rapports, 1996 : 120 p.
- *Santé travail*. Prévenir, 2001, n°40 : 254 p.
- Semat E. *Association Santé et médecine du travail. Femmes au travail, violence vécues*. Paris : Syros/Mutualité française, 2000 : 322 p.

Revues

Documents pour le médecin du travail : trimestriel édité avec le concours du ministère chargé du Travail. La revue est constituée d'informations médicales, techniques ou juridiques utiles à l'accomplissement de la mission des médecins du travail.

Prévenir les risques du métier : journal trimestriel produit par l'INRS. Il s'intéresse aux différents problèmes liés au travail, aux moyens de prévention et de protection appropriés. Il comporte neuf éditions régionales.

Santé Homme & Travail : produit par la Fédération française de la médecine du travail. Il propose une réflexion sur les pratiques des médecins du travail, et leur mission de prévention en

entreprise, en mettant en évidence les pathologies spécifiques à certains métiers.

Santé et travail : revue bimestrielle publiée par la direction de la communication, de l'information et de la formation de la Mutualité française. Elle se présente comme une revue pratique destinée à aider les responsables de l'hygiène et de la sécurité et les médecins du travail à remplir leur mission. Elle comprend des enquêtes, des données sur l'actualité, des reportages, des rubriques régulières sur la réglementation en hygiène et sécurité, les maladies professionnelles, la toxicologie, et un dossier approfondi.

Travail et sécurité : magazine mensuel réalisé par l'INRS. Son contenu comprend : l'actualité de la prévention, reportages, enquêtes, nouveautés en matière de sécurité, résultats d'études et d'essais de matériels et de produits, documents officiels.

Travail & changement : mensuel du réseau Anact. Il se compose d'un dossier qui se nourrit d'interventions et d'études sur un thème d'actualité : temps de travail, formation, prévention, etc. Il inclut des exemples d'actions menés dans les entreprises, les branches ou les secteurs, proposant des expériences novatrices et des méthodes, ainsi que des notes de lecture, des tribunes, des comptes rendus de colloques pour favoriser la réflexion.

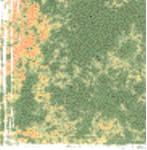
Vidéos

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Prévention et conditions de travail* : vidéothèque disponible en ligne, qui offre une panoplie de vidéos sur la santé au travail, les risques professionnels, la prévention et la médecine du travail. Il est possible de visionner certaines vidéos en ligne.

http://www.travail.gouv.fr/publications/publications_f.html

- Hurard M.C. *Le mur du secret. Vivre et travailler avec des personnes séropositives*. Grenoble : Mille Images, Vhs, Secam, 15 mn.
- Hurard M.C. *L'eau de vie, l'eau de mort*. Grenoble : Mille Images, Vhs, Secam, 1995 : 15 mn.
- CNA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. *Trop plein. L'alcool au poste de travail*. Lausanne : CNA, Vhs, Pal, 1995 : 20 mn.

Centre de documentation
du CFES



« Pour un libre patient »

S'interroger sur la place du patient dans la relation de soin est au centre des pratiques d'éducation du patient. Philippe Barrier qui a vécu avec un diabète insulino-dépendant durant des décennies, nous livre ici ses interrogations qui, bien plus qu'un témoignage, viennent éclairer et enrichir les pratiques éducatives en plaidant pour une reconnaissance mutuelle du désir du malade et de celui des soignants.

« Puisqu'on m'en donne l'occasion, j'aimerais tenter brièvement ici de livrer l'état actuel de mes réflexions de patient, là où j'en suis de mon parcours médical assez original.

Libéré à 42 ans d'un diabète insulino-dépendant déclaré durant l'adolescence et d'une insuffisance rénale chronique en phase terminale, grâce à une double greffe rein-pancréas réussie, j'ai vu, à partir de ce mois d'avril 1995, non seulement ma vie changer radicalement, mais mon statut de patient se transformer tout aussi radicalement. Il va sans dire (?) qu'il s'agissait dans les deux cas d'une amélioration indiscutable.

Quitter de son vivant une maladie chronique, permet de concevoir autrement la maladie et la santé, de relativiser (de l'intérieur) la frontière qui sépare le « normal » du pathologique.

Situation également propre à modifier considérablement le rapport aux soignants. Sans doute du fait que d'anciennes prescriptions, auxquelles on se croyait auparavant « condamné à perpétuité », se trouvent désormais sans objet, on a dès lors tendance à se montrer plus circonspect face au caractère impératif des nouvelles. On prend un dangereux penchant à la discussion – qui n'est pas nécessairement une remise en cause, mais une prise en compte plus réfléchie et plus distanciée des propositions (ordres ?) du médecin. N'étant plus soumis à l'implacable nécessité que représente une affection

chronique, on ne se sent plus « à la merci » de celui qui en détient sinon les clefs, du moins la maîtrise des outils de gestion.

Bien sûr, en tant que greffé, j'étais soumis à un nouveau traitement et de nouvelles contraintes (infiniment moins lourdes que celles que j'avais pu connaître), mais cette liberté nouvellement conquise me faisait soudain concevoir comme une espèce d'assujettissement malsain mes anciens rapports aux soignants.

Ma première interrogation de patient avait surgi face à la forte opposition qu'avait suscitée mon projet de greffe auprès de certains membres du corps médical. Et quand sa réussite fut effective, c'est son bien-fondé même qui continua d'être contesté. Comme si le bénéfice extraordinaire que représentait pour moi la greffe réussie, sur le plan de la « qualité de vie » (que, pour ma part, j'appelle la vie tout simplement), était de l'ordre du privilège indu ou de la pure illusion.

Que la prudence soit de mise en la matière est tout à fait compréhensible et légitime, mais elle n'est pas seule en cause dans cette réticence. Elle me semble avoir d'abord pour origine le fait que la décision de m'inscrire sur une liste d'attente de greffe, c'est moi qui l'ai prise. On ne m'a pas inscrit, je me suis inscrit, avec toute ma volonté et en connaissance de cause, après enquête approfondie, informations et discussions.

Mais j'ai dû désobéir à l'injonction de l'un de mes médecins qui s'y opposait. Et je n'ai pas cédé pour autant, nul ne me promettait la lune ou le miracle, simplement m'était proposée une possibilité que je trouvais éminemment désirable, face à des risques mesurés que j'avais décidé d'assumer.

Y avait-il quelque chose d'excessif à ce que je considère qu'une décision aussi importante m'appartienne ? À ce que ma vie, au fond, m'appartienne ? Ou fallait-il à tout prix que quelqu'un décide pour moi de ce qui était bon et de ce qui ne l'était pas, et prenne le risque de me priver de cette nouvelle vie, sous prétexte qu'il ne trouvait pas légitime que je prenne celui de l'échec (ou pour toute autre raison qui lui appartenait) ?

Ce n'est pas mon cas particulier qui est intéressant, mais ce qu'il révèle : j'avais mis le doigt sur ce qui constitue peut-être le point sensible du rapport patient-soignant : le pouvoir de décision.

Dans le pire des cas, avant d'être un rapport de confiance, la relation patient-médecin est un rapport d'autorité, fondé sur une maîtrise exclusive de la connaissance et sur la négation du désir du patient et de sa faculté de choix... pour dire les choses abruptement.

Par l'ordonnance, le médecin ordonne... au pharmacien de délivrer certains médicaments, au patient de les prendre suivant ses prescriptions. Cette



autorité n'est pas abusive, elle est de la compétence du médecin, mais elle n'est pas « naturelle » pour autant, et place d'emblée le patient dans un rôle qui n'est pas habituel à son statut d'adulte.

Pour les affections aiguës, il s'y soumet le plus souvent de bonne grâce, désireux de ne plus souffrir, de guérir au plus vite, ou parce qu'il a peur de conséquences qu'il ignore. Mais pour les maladies chroniques et leur traitement au long cours – sans guérison – il en va tout autrement.

La « non-observance » du traitement est le plus fréquent cauchemar du spécialiste, mis à part le cruel « nomadisme » du patient. La lassitude ou le manque de volonté expliquent-ils à eux seuls pourquoi le diabétique en vient à négliger ses contrôles glycémiques, à ne pas respecter son régime diététique, à s'injecter des doses d'insuline « de confort » ? Pourquoi cède-t-il à la facilité, au caprice, à la négligence, alors que c'est sa santé,

sa vie même, qui sont en jeu ? Pourquoi agit-il, au fond, comme un enfant ?

Et si c'était, justement, parce qu'on l'a précisément mis dans cette position ? Parce qu'on l'a coincé dans un rapport d'autorité infantilisant et culpabilisant. Parce que, sans le souhaiter lui-même le plus souvent, le médecin s'est enfermé dans un rôle de prêcheur et de moralisateur.

Le médecin veut à tout prix parvenir à sa fin : préserver la santé de son patient – c'est le sens même de son engagement. Il est persuadé de viser ainsi LE BIEN et d'œuvrer pour le bien de son patient en lui demandant de suivre le même objectif. Ainsi s'opère le glissement qui fait de la santé LE BIEN (et non « un bien », parmi d'autres) et, le fait d'y tendre, UN DEVOIR pour le patient (chronique, tout particulièrement). La morale est venue se glisser là où elle n'avait rien à faire. Outre le fait que la volonté de faire le bien d'autrui

malgré lui, ou simplement sans que l'initiative vienne de lui, mène régulièrement à la catastrophe, présenter la santé comme LE BIEN, et le fait d'y tendre comme UN DEVOIR pour le patient, me semble le condamner à l'échec ou à la révolte.

La santé est une possibilité contre une autre, et si elle est sans doute préférable, c'est à la conscience du sujet d'en décider. Je peux désirer des poumons sains, comme je peux désirer la cigarette. Il me semble que j'aurais beaucoup plus de chances de choisir les poumons sains si on ne me les présente pas comme un devoir, mais comme une des possibilités qui s'offrent à moi. Les présenter comme un devoir, c'est les condamner à n'être jamais désirables. Seul le possible est désirable, il ne saurait être exigible.

On peut transposer cet exemple général dans le domaine du diabète, par exemple, avec la fameuse « normo-

glycémie ». Le gain que je trouvais le plus considérable, une fois installé dans ma nouvelle vie de greffé, c'était précisément d'être libéré de l'obsession de la normo-glycémie et de mon échec constant à l'atteindre ou y demeurer. Tout simplement être libéré du devoir de conformité à une norme (au demeurant inaccessible).

Tout change si j'y tends PAR PLAISIR, et pour ce qu'elle m'apporte de bien-être ou de sécurité. Dès lors, je considère comme une CHANCE d'y accéder, et non comme un « impératif catégorique ». ... Alors, je peux effectivement la désirer, et accepter tout autrement les contraintes que m'impose la recherche de satisfaction de ce désir-là. On sait bien (on comprend bien) qu'il faut parfois se donner du mal pour atteindre l'objet de son désir. La normo-glycémie (pour en rester à ce seul exemple) n'est pas une question de morale. Il faut donc au médecin cesser de faire accroire au patient que la santé est une norme et y tendre un devoir.

Une autre interrogation me vient à l'esprit : pourquoi le soignant éprouve-t-il tant de difficultés à reconnaître et accepter le désir du patient ? Il paraît assez évident que c'est parce que, le plus souvent, il lui semble dangereux, susceptible d'aller contre son propre désir (légitime) de soignant, qui est la préservation de la santé de son patient. Le patient veut l'impossible : guérir ou se passer des contraintes que la gestion saine de son état lui impose. Le soignant préfère donc ignorer ce désir, ou le discréditer d'emblée comme illégitime (irréaliste).

Ce faisant, le soignant s'interdit ainsi tout accès réel à son patient, car il le nie dans ce qui constitue son être même. Par peur de le voir lui échapper (se soustraire à son autorité, désobéir à ses prescriptions ou injonctions), il le perd tout à fait. Il n'a plus devant lui qu'un révolté, un dissimulateur ou un automate, agissant sans le moindre discernement et parfois dangereusement.

Pour pouvoir l'éduquer vraiment, c'est-à-dire permettre à son patient de faire la part entre son désir et la plus ou moins grande pertinence de son objet, il faudrait que le médecin reconnaisse sa propre peur et parvienne à s'en distancier. Alors, cesserait peut-être

cette dénégaration du désir du patient, aux effets forcément négatifs.

La peur de voir le patient lui échapper (« nomadisme » ou « non-observance » du traitement) a tendance à renforcer chez le soignant son complexe de « rétention de connaissances ». Car son autorité repose sur le savoir non partagé. Il comprend scientifiquement ce que l'autre « ne fait que » ressentir, éprouver, vivre.

Si celui qui vit la maladie en acquiert également une connaissance théorique approfondie, ne risque-t-il pas de se trouver dans une position supérieure à celle du soignant, alliant théorie et expérience, pratique et connaissance ?

Le patient ne prendrait-il pas, alors, la place du médecin ? Ou ne serait-il pas tenté de se passer définitivement de lui ?

Cette peur est fantasmatique, car le savoir du médecin a une prééminence incontestée sur le plan théorique ; et le patient n'a pas le désir de s'encombrer d'une connaissance aussi exhaustive. Ce qu'il souhaite simplement, et très profondément, c'est que son expérience propre soit reconnue, que son savoir propre, intime, soit reconnu, entendu et éclairé, au lieu d'être nié, contesté ou corrigé de manière autoritaire et dogmatique.

Un enrichissement mutuel des savoirs du soignant et du soigné est possible, dès lors que leur rapport ne repose plus sur un autoritarisme (de type paternel et infantilisant) et sur la paralysante soumission ou la stérile insoumission qui en sont les conséquences, ou sur une conception normative ou « moralisatrice » de la santé.

Un patient reconnu dans sa faculté de désirer (un « libre patient »), un médecin reconnu dans la légitimité de son désir de soigner... Cela ne va sans doute pas sans contradictions ni conflits. Ceux-ci me semblent plus sains que la dénégaration et le refoulement, qui ne pourront jamais contribuer à une gestion saine, par les deux partenaires obligés, d'un traitement au long cours. »

Philippe Barrier

Philippe Barrier est l'auteur de Lettre ouverte à ceux qui ne se voient pas donneurs d'organes. Paris : Frison-Roche, 2000 : 128 p.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 160 - juin 2001

Stratégies

Cannabis : fin de l'hypocrisie ?

C. De Bock avec la collaboration de P. Geerts et P. Bastin

Mi-ange, mi-démon, histoire d'une naissance

B. Taeymans

Initiatives

Instantané... pour un CD. Associer processus créatif et santé Les fruits de la formation.

Quatorze années d'enseignement au CERES dans le domaine de la communication pour la santé et l'environnement

V. Halbardier, M. Andrien, A. Riffon

Le roman familial « Moi, toi, nous » ou Comment les enfants s'animent

C. Lauvaux, B. Gillemann

Rendre les élèves acteurs dans des projets d'éducation et de promotion de la santé ?

P. Dendoncker

Locale

Outil de choix pour Charleroi. Un cédérom pour cerner la situation socio-démographique et socio-sanitaire des arrondissements de Charleroi et de Thuin

Y. Dario

Matériel

Handicap : osons le sport avec l'Essor Les Midis à l'école : deux fiches-outils Du tonus pour le blocus

Lu pour vous

Drogues de rue. Récits et styles de vie. Construire la résilience

S. Grignard

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner : education.sante@mc.be

Traffic

Un film de Steven Soderbergh avec Michael Douglas, Catherine Zeta-Jones, Benicio Del Toro, Don Cheadle, Miguel Ferrer. États-Unis, 1999, 2 h 38.

Résumé du film

Comme son titre l'indique, le dernier film de Steven Soderbergh est une mise en scène du trafic de drogue dans un contexte où se mêlent des enjeux politiques, des enquêtes policières, des mafias diverses, la corruption, les manipulations et, bien entendu, les inévitables drames humains qui en découlent. Avec trois histoires principales et des dizaines de protagonistes qui s'entremêlent, *Traffic* ambitionne de montrer la complexité d'un phénomène qui, aujourd'hui, est au cœur de nos sociétés. Sous ses allures de documentaire, le film reste cependant une fiction : il joue sur nos peurs, nos fantasmes mais aussi, peut-être, sur notre fascination inconsciente à l'égard de la drogue.

Public concerné

Efficace, intelligent mais parfois manipulateur, *Traffic* s'adresse à un public relativement mûr (à partir de 16 ans environ), capable de percevoir la complexité des enjeux présentés et de saisir la position nuancée qui est adoptée par le réalisateur, dont le point de vue ne peut se confondre avec celui des protagonistes mis en scène.

Rapport avec la problématique santé

Traffic pourrait facilement être qualifié de film total sur la question de la drogue. Quel autre document de fiction peut, en effet, prétendre dresser un portrait aussi complet des différentes facettes de ce phénomène ? En employant un style et des moyens proches du documentaire – tournage principal



D.R.

en caméra à l'épaule, traitement des couleurs, etc. – au travers non pas d'une mais de trois histoires, *Traffic* entreprend de décrire toutes les dimensions du problème : psychologique (le malaise de la jeune fille de très bonne famille), familiale (les relations au sein de la très bonne famille en question), géopolitique (les relations entre pays producteur et pays consommateur) ; politique (l'organisation de la lutte anti-drogue), économique (les intérêts en jeu, décrits à des niveaux individuels mais aussi de groupes, voire de pays), socioculturelle (les réalités sociologiques et ethniques du phénomène).

Ce n'est donc pas un hasard si les instances françaises officielles de lutte contre la drogue – Mildt, Drogues info service – ont choisi de faire la promotion de ce film, comme ils l'auraient fait pour l'une de leur propre campagne de prévention.

Pourtant, ce que ce film donne à comprendre, ou la façon dont il s'y prend, n'est pas sans poser question, notamment dans la perspective d'une utilisation en éducation pour la santé. Mais nous aborderons plus longuement dans le chapitre suivant, les ambiguïtés psychologiques entretenues par ce

film. Sans y voir un discours volontairement malsain ou manipulateur, *Traffic*, par son sujet même et par la spécificité du langage cinématographique utilisé, montre et entretient l'effet de fascination que peut provoquer la drogue. Plutôt que de condamner stérilement ce qui relève surtout des compétences d'un réalisateur et des particularités du cinéma, telles que l'extrême habileté de la narration, l'identification à des personnages ou à des situations, la dramaturgie, ou encore la mobilisation d'émotions et de tension, nous préférons en parler en proposant une mise à distance des effets premiers du film, par une activité pédagogique qui suivra sa projection.

Quelques réflexions

D'un point de vue purement cinématographique, on ne peut qu'être ébloui par l'œuvre de Soderbergh qui parvient à mettre en scène au moins trois histoires différentes, uniquement reliées par la question du trafic de drogue, où interviennent des dizaines de protagonistes dont les existences se déroulent en parallèle, se croisent parfois mais ne se rencontrent jamais réellement. En outre, chacune de ces histoires se révèle multiple, dévoilant au cours de son développement la face

cachée des situations ou des personnages qui y interviennent. Au point, peut-être, qu'il serait légitime de se dire que si la drogue n'existait pas, il aurait sans doute fallu l'inventer pour alimenter la machine hollywoodienne !

Avec un peu de recul, on s'aperçoit en effet que sous ses allures de reportage, Soderbergh exploite les multiples possibilités « fictionnelles » de son sujet. C'est le cas, par exemple, de l'histoire de ce magistrat américain intègre – interprété par Michael Douglas – chargé de coordonner la lutte anti-drogue au niveau fédéral, qui lui permet de broder une nouvelle variation sur un genre classique : celui du drame familial. En effet, le père trop distant, trop occupé par son travail, néglige sa famille et surtout sa fille qui va alors plonger dans « l'enfer de la drogue ». Après plusieurs péripéties, le père se repentant, retrouvera sa fille et la sauvera des « dealers » qui la tiennent sous leur coupe. L'enquête policière, menée par deux policiers américains chargés de protéger un témoin menacé par des tueurs, est également très classique. Elle utilise tous les ingrédients habituels du genre, avec manipulations, rebondissements et « climax » savamment ménagé, puisque le tueur qui s'appête à abattre sa cible est lui-même la victime d'un autre tueur. Enfin, comment ne pas reconnaître dans l'histoire de ce policier mexicain moyennement corrompu et qui devient malgré lui l'employé d'un des « barons » de la drogue, un nouvel épisode du *Parrain* avec ses meurtres d'une violence abjecte, son atmosphère délétère

de complot permanent, ses chefs de « famille » manipulateurs et d'une cruauté indifférente ?

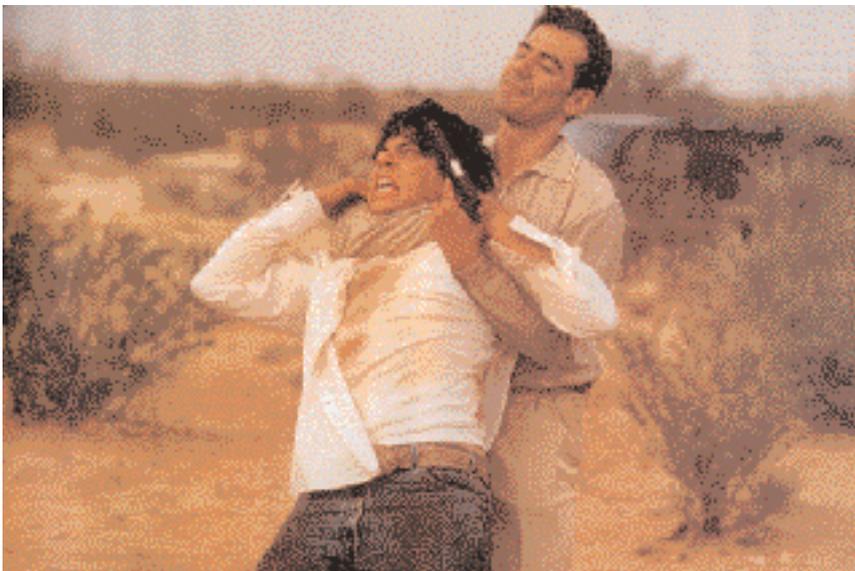
Bien sûr, une telle présentation ne rend pas compte du renouvellement que Soderbergh imprime à ces figures classiques, ni de la richesse des personnages qu'il met en scène : Benicio Del Toro, en particulier, donne une carrure particulière à ce policier mexicain qui se retrouve confronté à des enjeux et des adversaires qui le dépassent et le contraignent à des choix dramatiques. D'ailleurs, Soderbergh montre bien les ambiguïtés de ces policiers américains qui, bien que n'ayant aucun argument à opposer au trafiquant arrêtés, font preuve d'une vanité sans bornes alors qu'ils sont parfaitement incapables de faire régresser la consommation et le trafic de drogue. Mille autres détails contribuent ainsi à nuancer la description d'une réalité où les enjeux sont multiples et contradictoires.

Bien entendu, il serait également naïf de reprocher à Soderbergh d'user – avec brio et originalité – des ficelles du cinéma hollywoodien, sans voir la part que nous prenons à cette fascination : nous sommes, sans doute, tous fascinés, dans une certaine mesure, par ces histoires de gangsters, de trafiquants, de tueurs, de meurtres commis de sang-froid, de mensonges et de manipulations, comme nous le sommes également par ces lieux sordides où nous entraîne Soderbergh, que ce soit au sein même du cartel mexicain de la

drogue, chez les trafiquants de tous ordres, ou dans ce ghetto noir où va se « perdre » une fille de bonne famille dans une ambiance sexuelle particulièrement trouble¹...

Autrement dit, le « trafic », loin d'être un phénomène extérieur ou contingent par rapport à la consommation et la dépendance, ne contribue-t-il pas de manière importante à forger « l'image » même de la drogue et de la fascination qu'elle peut inspirer ? L'attrait qu'un film comme *Traffic* peut susciter auprès des spectateurs n'est-il pas identique à celui qu'exercent certaines drogues sur les consommateurs potentiels ? Un attrait fait de danger, de stress, d'affrontement avec la mort, de fascination comme de répulsion pour la déchéance et l'abandon de soi, de tentation de la transgression et de l'illégalité, avec bien sûr cette différence essentielle que, au cinéma, nous pouvons céder à cet attrait sans courir les risques réels de ce trafic ou de cette consommation. Le « trafic » est bien au cœur même de l'image de la « drogue », c'est-à-dire en fait des drogues illégales – essentiellement la cocaïne, l'héroïne et leurs dérivés – et il suffit de comparer cette image à celle des drogues « légales » telles que les médicaments, le tabac ou l'alcool, pour apercevoir toute les connotations (aventureuses, risquées, sexuelles, mortifères, etc.) qui sont attribuées aux premières, et pratiquement inconnues des secondes.

Ainsi encore, la mise en scène dans le film de Soderbergh des « barons » de la drogue mexicains comme des monstres froids, criminels et retors, ne participe-t-elle pas à la diabolisation contemporaine des trafiquants désignés comme les pires criminels, alors même qu'on ne veut plus voir dans les consommateurs que des « malades » ou des « victimes » innocentes ? Les médias n'hésitent pas à les qualifier de « marchands de mort », expression qui serait jugée incorrecte pour parler des vignerons, par exemple, alors qu'on sait bien que l'alcool tue beaucoup plus que la « drogue ». Il ne s'agit pas bien sûr ici d'innocenter ce trafic, mais seulement de faire apercevoir combien cette diabolisation excessive masque la complexité et le partage général des responsabilités, comment elle participe aussi, à l'« aura » qui entoure l'univers de la « drogue » et donc, d'une certaine



D.R.



D.R.

manière, à la fascination que celle-ci peut exercer. On voit mal comment un film sur le commerce du vin pourrait être aussi palpitant que *Traffic*...

Loin d'être un simple reportage sur le « trafic de drogue », le film de Soderbergh engage donc bien l'ensemble de nos représentations sur ce qu'est ou serait la « drogue ».

Proposition d'animation

Traffic pourrait donc illustrer une fois de plus que, au travers du cinéma, il est possible de travailler en éducation pour la santé, et plus largement en pédagogie, sur des dimensions humaines qui vont au-delà du rationnel et de la logique. Aborder l'effet de fascination exercé par le film, n'est-ce pas se placer au cœur des processus de dépendance, d'attraction et d'interdit qu'exercent les drogues illicites ? Cette dimension attractive où l'inconscient et ses arcanes jouent une part importante, ne constitue sans doute pas une révélation. Mais pouvoir parler de cette fascination après avoir fait l'expérience concrète d'un processus voisin, par cinématographie interposée et donc à moindre risque, est certainement beaucoup plus intéressant.

C'est donc à partir de l'expérience immédiate du film, que nous invitons chaque spectateur à effectuer une prise de recul progressive. Sans vouloir faire preuve d'originalité particulière, nous proposons des étapes d'animation déjà

présentées dans le cadre de cette rubrique, ayant également fait leur preuve en situation d'animation.

Il s'agit d'aller de la perception émotionnelle la plus immédiate et la plus brute à une distanciation facilitée par la verbalisation et l'échange. Nous recommandons les quatre étapes suivantes, nécessitant environ deux heures d'animation pour un groupe d'une douzaine de personnes. Les modalités d'animation sont les mêmes que dans la plupart des autres situations : veiller à l'expression de tous, faciliter la prise de parole dans un climat d'écoute, de respect et de confiance, alterner des temps individuels, en binômes, en petit groupe et en grand groupe, penser à l'importance de la visualisation, voire à laisser des traces écrites des productions et des échanges réalisés...

1. La première consigne consiste à demander à chaque spectateur de choisir un mot ou une expression qui, pour lui, qualifie le mieux le sentiment général que lui a laissé le film.

2. De l'impression générale aux processus d'identification : proposer à chacun de choisir le personnage qui l'a le plus marqué et dont il aurait envie de parler. Expliciter et argumenter ce choix.

3. Chercher à identifier une ou plusieurs scènes clefs du film, qui revêtent

une importance particulière dans la suite du récit, dans la compréhension de certaines situations ou personnages.

4. Le film n'est qu'un « point de vue », une production subjective d'un auteur (réalisateur ou scénariste) : chercher à identifier quelles étaient les intentions de cet auteur, ce qu'il a voulu dire. Éventuellement confronter les idées de chacun à des interviews ou des articles que l'on aura trouvés dans la presse.

Selon le temps, les disponibilités, les intentions et intuitions des animateurs, il sera donc possible d'expérimenter plusieurs phases de ces propositions : individuellement, à deux, en groupe de trois à cinq, en grand groupe. Et également de garder plus ou moins systématiquement des traces visuelles de ces échanges.

Michel Condé

Centre culturel des Grignoux à Liège,

Alain Douiller

Association départementale

d'éducation pour la santé du Rhône.

1. Comment ne pas retrouver dans cette séquence qui montre la fille du magistrat interprétée par Michael Douglas se prostituer avec un dealer noir pour obtenir de la drogue, le vieux fantasme des colons américains redoutant la sexualité « débridée » de leurs esclaves noirs. On remarquera également l'incroyable scène de drague homosexuelle lors de laquelle le policier mexicain interprété par Benicio De Toro séduit un tueur particulièrement dangereux, liant dans un même fantasme le sexe, la mort, le sadisme, etc.

Téléphone portable : le doute raisonnable

Un rapport rédigé par un groupe d'experts sur les effets du portable sur la santé préconise la prudence. La radiofréquence n'est peut-être pas qu'une onde positive.

Nous sommes plus de trente millions d'utilisateurs de téléphone mobile en France ; trente millions à se balader avec cet outil considéré comme précieux, utile et personnel. Ce genre d'appareil qui nous devient, à terme, familier. Nous sommes ainsi passés dans le domaine de la téléphonie mobile, une sorte de communication mouvante correspondant sans doute aux besoins qui nous sont suggérés. « *Et alors ?* », pourrait-on dire. Pourquoi ignorer ce fait de société ? On téléphone partout, ici et là. On est joignable à tout moment, dans toute situation. Les gammes de fréquences sont définies de telle manière que les radiofréquences (RF) – c'est le terme de référence – sont à chaque fois repérables. Elles sont connues et nous vivons avec.

Effets biologiques

Savez-vous que les radiofréquences ont des applications infinies : domestiques (four à micro-ondes, par exemple), professionnelles (presses haute-fréquence, soudure, radiocommunications), grand public (badges de contrôle, d'identité ou titres de transport), médicales pour le diagnostic (IRM, c'est-à-dire imagerie par résonance magnétique) et thérapeutiques (physiothérapie, hyperthermie) ? Ces RF sont multiples. Ont-elles des effets sur la santé ? La question est, dans les milieux scientifiques et médicaux, posée depuis quelques années.

« *Un champ électromagnétique est l'association d'un champ électrique et d'un champ magnétique qui varient dans le temps et se propagent dans l'espace. Ces champs sont susceptibles de*

déplacer des charges électriques. Les champs électromagnétiques sont caractérisés par plusieurs propriétés physiques dont les principales sont leur fréquence ou leur longueur d'onde, leur intensité et leur puissance ». On appelle « fréquence » le nombre de variations du champ par seconde. Elle s'exprime en hertz (Hz) ou cycles par seconde et s'étend de zéro à l'infini. Les rayons X et gamma que l'on utilise en radiologie ou en physique nucléaire peuvent rompre les liaisons moléculaires et être à l'origine d'ionisations, facteurs cancérogènes quand l'utilisation ne respecte pas les normes. Les rayonnements ultraviolets, visibles et infrarouges peuvent modifier les niveaux d'énergie au sein des molécules. En revanche, les radiofréquences n'ont pas suffisamment d'énergie pour perturber les liaisons moléculaires. Ces quelques rappels ou définitions indiquent la difficulté de la tâche. Une fréquence a, de fait, des effets induits. On les appelle les effets biologiques. Deux questions sont alors logiques : quels sont les effets biologiques démontrés des RF ? Ont-ils des conséquences sur la santé ?

Des expérimentations sérieuses

La direction générale de la Santé a, depuis des années, mis en place des groupes de travail sur ce thème. Elle a donné quelques éléments particulièrement probants. Parmi les effets biologiques des RF, on cite ainsi des accidents de surexposition par échauffement excessif, ou la mise en jeu des processus de thermorégulation au détour d'un effort. Des expérimentations chez l'animal ont, par exemple, montré qu'une cataracte pouvait être provo-

quée par une exposition d'une heure selon certaines modalités.

Des rapports évoquent également les effets non thermiques et constatent la stimulation auditive des micro-ondes. On parle ainsi « *des effets spécifiques aux radiofréquences comme la perception auditive des micro-ondes.* »

Très schématiquement, lorsque les micro-ondes sont en « contact », quand on téléphone par exemple, on constate que l'énergie absorbée est convertie en chaleur et produit une élévation de température, très rapide mais faible. Le gradient thermique génère une onde de pression thermo-élastique dans le tissu cérébral qui se propage jusqu'à la cochlée où elle est détectée dans les cellules de l'oreille interne. Il s'agit donc là d'un effet micro-thermique obtenu avec une puissance moyenne faible ; on sait toutefois qu'avec les téléphones mobiles, l'énergie des impulsions est trop infime pour être à l'origine d'une stimulation auditive.

D'autres effets ont été étudiés, tels les courants induits par l'intermédiaire d'une masse métallique exposée à un champ électrique (ex. : stimulateurs cardiaques). À noter qu'aucun effet n'a été observé lorsque les radiotéléphones étaient tenus à plus de dix centimètres des stimulateurs.

On peut effectivement s'interroger sur les effets potentiels biologiques liés à cette pratique communicante. Rappelons tout de même que le téléphone transforme la voix en champs radiofréquences qui se propagent par l'inter-

► À lire...

Jean-Pierre Lentin, journaliste, membre-cofondateur d'Actuel, de Radio-Nova et du Monde de la Musique, est un passionné d'actualité scientifique. Il vient de publier chez Albin Michel un livre intitulé *Ces ondes qui tuent, ces ondes qui soignent*. Il explore avec simplicité et talent mécanismes, effets, interrogations, controverses que ce sujet porte. Des téléphones portables aux ordinateurs, des micro-ondes au magnétisme, Jean-Pierre Lentin fait le point des connaissances actuelles avec une question centrale : quels dangers pour notre santé ? À découvrir.

Paris : Albin Michel 2001 : 340 p.

médiaire de l'antenne du téléphone jusqu'à une antenne relais (station de base). Le signal est ensuite transmis par le réseau filaire jusqu'au correspondant. Chaque antenne relais couvre une portion de territoire constituant une cellule d'où le nom de téléphonie cellulaire.

Réduire au plus bas niveau

Les recommandations issues du dernier rapport demandé par le directeur général de la Santé, le professeur Lucien Abenhaïm, en juin 2000, et rendues publiques en février de cette année, sont éloquentes. Ce rapport préconise la « réduction au plus bas niveau possible de l'exposition moyenne du public (aux radiofréquences associées à la téléphonie mobile) qui soit compatible avec la qualité du service rendu ». « Cependant, selon Le Monde du 30 janvier

2001, le groupe d'experts présidé par le docteur Denis Zmirou, professeur de santé publique à Grenoble, ne fixe pas de nouvelles normes d'exposition plus basses que les valeurs actuelles, faute de disposer d'une information scientifique fiable permettant d'ajuster et de dimensionner de telles mesures ».

Ce rapport, qui fait date, insiste sur une utilisation prudente du mobile. Il souligne, en effet, que « l'attitude générale de prudence qu'il recommande, en l'état actuel des connaissances et des incertitudes, ne constitue en aucun cas, de sa part, une validation de l'hypothèse concernant des risques sanitaires. Il s'agit plutôt de conseils de bon sens, justifiés par l'existence d'un doute raisonnable dans l'attente d'informations scientifiques futures ». Le rapport Zmirou ne se contente pas d'un rappel prudent. Il préconise des « mesures d'évitement » pour réduire toute exposition superflue. Ces préconisations sont essentielles et rappellent le principe de précaution. Selon Denis Zmi-

rou, il est nécessaire de réduire l'utilisation des mobiles dans des conditions de médiocre réception (le rayonnement reçu est alors plus important) ; il est nécessaire de s'équiper d'un kit oreillette, de ne pas porter le mobile proche de tissus potentiellement sensibles, tels qu'au contact du ventre pour la femme enceinte ou près des gonades pour un adolescent. Le groupe d'experts recommande, en outre, que « les bâtiments sensibles (hôpitaux, crèches et écoles) situés à moins de cent mètres d'une station de base, en milieu urbain, ne soient pas atteints directement par le faisceau de l'antenne ». Enfin, concernant les enfants, le groupe estime que même s'il n'y a pas de risque établi, « les parents qui jugent utile d'équiper leurs enfants d'un mobile doivent veiller à ce qu'ils en fassent un usage mesuré ».

Enfin, le docteur Zmirou insiste sur un point important, toujours en application du principe de précaution : l'information du public. Toutefois, on éprouve des difficultés à mettre en place des actions d'éducation pour la santé pour deux raisons : l'incertitude du risque et la difficulté de mesure d'exposition. En revanche, s'il existe une certitude, c'est sans doute celle des dangers du portable au volant (cf. encadré) ; de nombreuses études menées en France, comme à l'étranger, les ont mis en évidence. Et force est de constater, qu'en la matière, les actions de prévention se laissent aussi désirer !

Denis Dangaix
Journaliste.

Portable au volant, crash au tournant ?

Toutes les études (1) menées sur ce sujet s'accordent à dire qu'il existe bien un lien entre le fait de téléphoner en conduisant et la survenue d'un accident. Or, d'après ces études, le risque d'accident chez les utilisateurs de portables au volant, serait multiplié par 4, et même par 6 au début de la communication. En entendant la sonnerie, plus de 50 % des conducteurs décrocheraient dans les 2 secondes qui suivent, c'est-à-dire dans l'urgence, donnant ainsi priorité à cette tâche. Puis, le regard se focaliserait sur le devant de la route, les conducteurs oublieraient de regarder dans leurs rétroviseurs et le véhicule aurait tendance à zigzaguer. D'ailleurs, plus des trois quarts de ces utilisateurs de portables au volant « omettraient » de s'arrêter au passage piéton ! Quant au kit « main libre », vanté par les fabricants comme la solution miracle, il ne serait qu'un pis-aller : l'attention du conducteur reste toujours captée par la conversation téléphonique. Et c'est le danger principal.

(1) Disponibles sur : <http://www.preventionroutiere.asso.fr>

► Pour en savoir plus...

Il existe 35 000 antennes (stations de bases) qui servent de relais aux téléphones portables. Si près de la moitié des Français est utilisatrice d'un téléphone mobile, ce sont 98 % de la population qui vivent sous l'influence des émissions électromagnétiques de ces antennes, une situation similaire dans tous les pays industrialisés. En ville, la densité importante d'utilisateurs de téléphones mobiles repose sur un maillage serré des stations de base : une tous les trois cents mètres environ. Un individu se trouve donc en permanence soumis à l'influence de plusieurs d'entre elles.

► Brèves...

Le Japon et l'effet de serre

Le protocole de Kyoto (1997) impose des quotas individualisés d'émissions de CO₂ et autres gaz réchauffant l'atmosphère, aux pays industrialisés. Il n'a été ratifié par aucun grand pays industriel, dans l'attente d'un accord complémentaire sur ses règles d'application, objet des négociations climatiques internationales depuis trois ans. Les États-Unis, « responsables » de 30 % des rejets, n'en veulent pas. Tout dépend du Japon... Il a réitéré son intention, comme l'Europe, de ratifier le texte avant la fin de l'année.

Le prix de la pollution

Combien coûte un mort sur la route ? Un embouteillage monstre à Paris ? La pollution à l'ozone ? Un rapport du Commissariat général du plan, rendu public à la fin juin, intègre, au prix des infrastructures de transport, le coût de ces nuisances. Au terme de calculs complexes, le rapport valorise la vie humaine épargnée à 1,5 million d'euros, le blessé grave à 225 000 euros et le blessé léger à 33 000 euros. Le rapport propose un prix pour l'effet de serre : une tonne de carbone (l'unité de valeur des gaz à effet de serre) évitée ou au contraire émise par un projet vaut 100 euros. Un rapport qui ne restera pas lettre morte.

Une loi sur l'eau

Dominique Voynet a terminé son mandat de ministre de l'Environnement en proposant une loi sur l'eau. De nombreux articles y figurent, comme l'accès facilité à l'eau pour tous, la facturation proportionnelle, la durée des contrats, la réforme des agences de l'eau, la redevance de pollution, une taxe sur les excédents d'azote, un volet prévention des inondations. Ce texte fait également référence au principe de pollueur-payeur, ce qui ne plaît pas à tout le monde.

Eau et europe

La situation des eaux de baignade françaises s'est considérablement améliorée en quinze ans et est globalement satisfaisante, a estimé le ministère de l'Environnement. Seulement 5 % des eaux de baignade françaises n'étaient pas conformes aux normes européennes en 1998 contre 15 % en 1985. Malgré cette amélioration, rappelons que la France a été condamnée le 15 mars dernier par la Cour européenne de justice pour mauvaise application de la directive de juillet 1975 sur la présence ou l'absence dans l'eau de bactéries d'origine fécale. Ce qui a provoqué l'ire des responsables français chargés de l'Environnement.

La centrale de Temelin en débat

L'impact de la centrale nucléaire controversée de Temelin (Bohême du Sud) sur l'environnement est « acceptable », selon une étude élaborée par une commission d'experts internationaux. L'influence de Telemis sur l'hydrologie, l'air et le climat serait « positive », sans cacher certaines réserves en ce qui concerne son impact sur la nature dans ses environs immédiats. Le niveau de préparation de Temelin en cas d'accident est « basé » sur des recommandations internationales. Les déchets radioactifs représentent « un risque minime » tout comme la manipulation des combustibles usés. Ce texte disponible sur le site du ministère tchèque des Affaires étrangères doit prochainement connaître un débat public dans le pays et en Autriche.

Santé publique

sommaire

n°2 - Juin 2001

Éditorial

La société est malade de sa violence... et l'on crie haro sur les jeunes

J.-P. Deschamps

Études

Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone

Ph. Guilbert, M. Choquet, P. Arwidson, A. C. Goubert, A. Gautier, F. Baudier, C. Jouglard

Les représentations de la santé chez les lycéens à Hô Chi Minh-Ville (Vietnam) / comparaison avec d'autres pays

Duong Dinh Cong, Vo Thi Xuan Hanh, Ho Thu Huong, J.-P. Deschamps

Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé

E. Cambois, J.M. Robine

Pratiques

Double dispensation des antirétroviraux en ville : bilan à un an dans l'agglomération lilloise

X. de la Tribonnière et al.

Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud du Bénin

L. Fourn, G. Sakou, Th. Zohoun

Utilisation de la méthode des incidents critiques dans la construction d'un outil de mesure de la satisfaction en psychiatrie

C. Pourin, V. Daucourt, P. Barberger-Gateau

Outil d'aide pour l'évaluation de performance d'actions de santé : développement et application au programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine

J.F. Collin, S. Giraud, M. Baumann

Lettre du terrain

Les priorités en santé publique

F. Dabis, J.F. Tessier

Opinion

Les carences de la formation médicale en France révélées à travers le drame du sang contaminé

F. Grémy

Lectures

L'allergie, maladie de notre temps ?

Claudine Guérin-Marchand,
Claude Reyraud

Cet ouvrage consacré à l'allergie s'articule autour de cinq parties : Découvrir – Savoir – Voir – Comprendre – Trouver. *Découvrir* a ici une fonction d'introduction, présentant les grands axes d'informations proposés dans l'ouvrage. *Savoir* donne des repères historiques sur la connaissance de cette pathologie, les découvertes, les progrès des scientifiques et des médecins dans la compréhension et le traitement des allergies. *Voir* propose au lecteur des images prises au microscope des pollens, moisissures et acariens responsables des plus grandes réactions allergiques. *Comprendre* permet de mieux appréhender le mécanisme de la réaction allergique et présente un tableau des allergies les plus courantes, des méthodes de dépistage et des traitements adaptés à chacune. *Trouver* aborde différentes réflexions concernant l'allergie, issues de la littérature ou de la recherche scientifique. Le lecteur trouvera également une présentation des médecines alternatives plus ou moins controversées, un point concernant les maladies professionnelles et différentes informations pratiques (bibliographie, liste d'associations et de sites Internet, glossaire), pour en savoir plus sur le sujet.

Anne Gareau

Vanves : Phare International, Santé/Bien-être, 2001 : 125 p., 58,70 FF.

Infection à VIH. Témoignages sur les trithérapies

Un film de Catherine Tourette-Turgis,
réalisation Pierre Attia

Ce vidéogramme est constitué de témoignages de femmes et d'hommes sur l'histoire de leur séropositivité, l'arrivée et l'impact des trithérapies sur leur vie quotidienne. Des proches témoignent également des changements amenés par ces nouveaux traitements. Au travers de ces différents témoignages, de nombreuses questions liées aux traitements, mais aussi aux relations dans le couple, au désir d'enfant ou à l'entraide sont évoquées.

Un livret destiné à l'animateur suggère des pistes d'activités autour de thèmes tels que les attentes et les représentations par rapport aux traitements, ou les composantes de l'observance.

Fabienne Lemonnier

VHS Pal, 52 minutes ; livret pédagogique 22 p., 1998.
Comment Dire : 169,50 FF, frais de port inclus.
(99 bis, avenue du Général Leclerc, 75014 Paris.
Tél. : 01 42 85 34 54. Fax : 01 42 85 35 95).

L'exclusion, définir pour en finir

Michel Autès, Robert Castel, Richard Roche,
Monique Sassier (sous la dir. de Saül Karsz)

Cet ouvrage a été élaboré à partir des exposés et des débats de la rencontre organisée en 1995 par l'association Pratiques sociales intitulée « L'exclusion, définir pour en finir ». Une exigence anime l'ensemble de ce document : la nécessité de définir les différents types d'exclusions, d'identifier les théories qui les soutiennent, les politiques qui les portent et la réalité à laquelle elles renvoient.

L'ouvrage est constitué de dialogues et de textes de différents auteurs. Un premier auteur avance la notion de « déliaison », qui accentue la dimension symbolique de l'exclusion. De cette dernière, il souligne les enjeux de l'insertion, de la politique publique et le défi que l'exclusion constitue pour l'avenir des sociétés à projet démocratique. Un autre auteur propose la notion de « désaffiliation » : l'exclusion n'est pas un état mais un procès. Un autre auteur analyse l'exclusion comme une catégorie construite, qui comporte une vision du monde et de la société ainsi qu'une conception des souffrances et des jouissances individuelles. Des argumentations théoriques et des références à des situations réelles viennent, enfin, étayer ces différentes analyses.

Sandra Kerzanet

Paris : Dunod, Pratiques sociales, 2000 : 174 p., 138 FF.

Savoir communiquer avec les adolescents

Edith Tartar Goddet

Ce guide pratique, destiné aux adultes, aborde les innombrables facettes qui régissent la communication des adolescents, proposant au lecteur des conseils concernant la conduite à développer auprès d'eux. La première partie s'attache aux conditions permettant d'instaurer une communication satisfaisante entre jeunes et adultes. Elle analyse les principaux éléments de la communication, puis propose au lecteur des conseils favorisant l'écoute attentive du jeune. Dans la deuxième partie, l'auteur s'intéresse à la question des comportements intriguants qu'adoptent souvent les adolescents, tels que l'agressivité ou l'effacement. Il donne une description et une explication à ces attitudes, insistant notamment sur les attentes inconscientes qui les motivent. Il propose également des conseils qui permettront aux adultes de communiquer avec l'adolescent et de lui transmettre le message qui l'aidera à avoir un comportement socialement plus adapté. La troisième partie est consacrée à la communication avec les adolescents qui rencontrent des difficultés psychologiques ou sociales. Elle insiste sur les méthodes permettant d'identifier les troubles et conduites à risques et d'éviter ainsi les dérives pathologiques. Elle donne, enfin, des conseils pour renforcer la communication, tout en suggérant de faire intervenir les interlocuteurs privilégiés qui sauront établir un dialogue avec eux.

A. G.

Paris : Retz, coll. Savoir communiquer, 1999 : 176 p., 94 FF.

Tsiganes et santé : de nouveaux risques ?

Études Tsiganes

En raison de leur mode de vie et de la précarité socioprofessionnelle de leur existence, les groupes tsiganes sont plus particulièrement affectés par des problèmes de santé. Ces derniers sont nombreux et de tous ordres : pathologies urbaines et

sociales, stress du voyage, accidents corporels dus à l'habitat en caravanes, intoxications liées au maniement des métaux, conduites addictives vis-à-vis de produits toxiques, etc.

Cet ouvrage fait le point sur les problèmes de santé des populations tsiganes, à partir d'une vingtaine d'articles qui s'articulent autour de trois grandes parties. La première partie, « Repenser les fondements », s'interroge sur l'efficacité et l'adéquation des politiques vis-à-vis des besoins et de la réalité des conditions de vie de ces populations. La deuxième, « Nouveaux risques, nouveaux enjeux », s'intéresse à certains risques auxquels peuvent être confrontées les populations tsiganes : guerre, VIH, saturnisme. Enfin, la troisième partie, « Des politiques pour innover », présente différentes actions de prévention menées auprès des populations tsiganes, soulignant la nécessité de renouveler des modalités d'intervention pour mieux s'adapter à leur réalité.

À la suite de ces trois séries d'articles, l'ouvrage propose un reportage photos sur les Roms du Kosovo déplacés ou réfugiés en Macédoine et en Serbie.

A.G.

Paris : *Études Tsiganes*, 2000 ; vol. 14 : 184 p., 130 FF.

École et santé : le pari de l'éducation.

Robert Larue, en collaboration avec Jacques Fortin et Jean-Louis Michard

L'ambition de cet ouvrage est d'aider à la mise en œuvre des circulaires de l'Éducation nationale parues en décembre 1998 (« Orientations pour l'éducation à la santé au

collège et au lycée » et « Éducation à la sexualité et prévention du sida »), que les auteurs qualifient de textes fondateurs. Ils proposent donc des références, des analyses, des réflexions et des exemples pratiques, susceptibles d'aider tous ceux qui ont en charge des élèves à mieux percevoir et concevoir leurs propres apports à l'action collective d'éducation pour la santé.

À l'issue d'un historique de l'éducation pour la santé à l'école, de l'enseignement de l'hygiène aux écoles promotrices de santé, les auteurs mettent en lumière la contribution des différents acteurs : service de promotion de la santé en faveur des élèves, enseignants et intervenants extérieurs. Ils donnent ensuite des repères pour la prise en compte de la « dimension santé » dans les projets d'établissement. Pour conclure, ils pointent la nécessité de donner consistance à la formation des acteurs et d'encourager des engagements partenariaux.

F.L.

Paris : Hachette Education, Centre national de documentation pédagogique, coll. Ressources formation, 2000 : 158 p., 75 FF.

Max ne veut pas se laver

Dominique de Saint Mars, illustration Serge Bloch

Les parents connaissent bien la collection « Ainsi va la vie » de Dominique de Saint Mars, illustrée par Serge Bloch. Adaptée aux enfants, elle permet de traiter, dès l'âge de 6 ans, des sujets de société avec humour, de dédramatiser certaines situations en aidant l'enfant à se connaître, de prévenir des problèmes psychologiques.

La collection qui met en scène Max et Lili, frère et sœur d'une dizaine d'années aborde, dans ce n° 56, la question de l'hygiène corporelle. Max, le petit garçon, ne veut pas se laver, il n'a jamais le temps, il préfère jouer. Ses parents s'énervent, ses copains le fuient. Ce livre, édité en partenariat avec le CFES, aide les enfants à comprendre pourquoi on peut aimer être sale ; il parle des différentes façons d'être propre ou sale et élargit le propos sur les questions de l'environnement. À la fin de l'ouvrage, le petit lecteur est invité à comparer son comportement à celui de Max et à en trouver l'explication. Enfin, Max et Lili proposent leurs petits trucs anti-cracra.

Une affiche sur l'hygiène, déclinée de cette nouvelle aventure, pour faire réfléchir les enfants sur les notions de propreté est disponible au CFES en partenariat avec les éditions Calligram.

F.L.

À signaler, dans la même collection, « Lili va chez la psy », n° 55 et « Max et Lili sont malades », n°58. Paris : Calligram, 2001, 46 p., 32 FF.