

Santé au travail et discrétion des rapports sociaux¹

Carla Barros Duarte^a, Marianne Lacomblez^b

a cbarros@ufp.pt

Universidade Fernando Pessoa
Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Rua do Campo Alegre, 1055, 4169-004 Porto, Portugal

b lacomb@fpce.up.pt

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Rua do Campo Alegre, 1055, 4169-004 Porto, Portugal

Depuis une quinzaine d'années, au Portugal comme dans la plupart des pays de l'Union européenne, les analyses concernant la santé au travail ont pris une importance nouvelle pour ce qui concerne les décisions et les orientations politiques, accompagnant étroitement la production d'une législation spécifique ainsi que la création d'organismes chargés de suivre l'état des conditions de la vie au travail. De nombreuses études ont d'autre part rappelé, au Portugal et ailleurs (entre autres : Daubas-Letourneux et Thébaud-Mony, 2002; Lacomblez, 2000; Derriennic, Touranchet et Volkoff, 1996; Marquié, Paumès et Volkoff, 1995; Teiger, 1989), l'influence du travail sur les évolutions de la santé.

Au Portugal, on observe cependant peu de changements effectifs dans une concrétisation des principes généraux des politiques définies en matière de préservation de la santé au travail. Le fait est particulièrement préoccupant dans les secteurs de production « traditionnels », pour lesquels la nécessité de reconversion est tenue comme évidente, et pour les catégories de travailleurs dits de « bas niveau de qualification », dont l'économie nationale se glorifie peu; tout se passe comme s'il était incontestable que les changements prévus au cours des années à venir élimineraient naturellement des risques professionnels ancrés dans le passé du pays.

Par ailleurs, la persévérance à ne pas intégrer les particularités de la vie au travail dans l'approche généraliste de la santé renforce une logique qui tend à maintenir à la périphérie des préoccupations à la fois les effets perturbants du travail sur le bien-être et les actions susceptibles de les enrayer.

Il est évident que les relations entre la détérioration de la santé et le travail sont revêtues d'une grande complexité et que, le plus souvent, elles ne sont « ni univoques ni instantanées » (Gollac et Volkoff, 2000, p. 23), elles se construisent dans un ensemble d'états non nécessairement pathologiques, mais qui n'en constituent pas moins des révélateurs de souffrance (Marquié, 1999) établissant des relations multiples et réciproques peu compatibles avec les diagnostics traditionnels.

Il est certain également que le concept de « santé » privilégié relève bien souvent d'une approche réductrice, uniquement associée à l'absence de maladie, qui ne tient pas compte des interactions des

dimensions physiques, psychologiques et sociales reconnues par l'OMS en 1946 déjà, et plus récemment soulignées par le Comité mixte OIT/OMS (INRS, 1996).

Mais on peut donc comprendre que, face à une logique globale incitant peu à l'explicitation des inquiétudes concernant les risques de leurs métiers, les salariés soient peu enclins à parler spontanément des conditions dans lesquelles ils exercent leur activité – le contexte des rapports sociaux établis au sein de l'entreprise les conduisant souvent à taire ce qu'ils soupçonnent des effets du travail.

Même si l'on admet aujourd'hui davantage l'existence de risques professionnels, même si le nombre de spécialistes en la matière va croissant et même si les études s'attachant à leur description se multiplient, tout semble ainsi contribuer à l'idée que l'état de santé de la majorité des salariés est plutôt satisfaisant et que les réelles pathologies sont, comme les grands accidents du travail, de l'ordre de l'exception.

Dans ce qui suit, nous décrivons une démarche (Barros-Duarte, 2004) qui a voulu prendre le contre-pied de l'ensemble de ces dynamiques se renforçant l'une l'autre, s'auto-reproduisant et maintenant socialement invisibles les traces laissées par le travail sur les évolutions de la santé de bien des salariés.

Pour ce faire, l'approche s'est articulée en plusieurs étapes et chacune a privilégié, sur le plan méthodologique, des options spécifiques.

Les points de départ se sont inscrits dans une lecture de données statistiques, complétés par une enquête davantage attentive à l'ensemble des évolutions de santé induites par les conditions de travail. Toutefois, cette approche globale a mis en évidence l'intérêt d'un retour au « local », opéré en invoquant une tradition scientifique contemporaine de la psychologie du travail et de l'ergonomie; l'objectif a alors été de mieux comprendre la façon dont les salariés se situent face aux contraintes de leur situation de travail afin de préserver, un tant soit peu, leur équilibre. Cependant, si cette étape a mis l'accent sur des démarches susceptibles de transformer certaines dynamiques en jeu sur le lieu de l'entreprise, elle a également montré l'intérêt de concevoir un modèle d'intervention qui se situe plus clairement sur le plan de l'action publique, notamment régionale. De cette façon, l'approche s'est posée en termes de santé publique, tout comme elle l'a déjà été à l'intérieur d'une expérience menée depuis plusieurs années, à l'instar de Ivar Oddone, dans une région des Bouches du Rhône.

On dira donc que le débat relatif à l'action publique a élargi la perspective de la démarche et a contribué à amplifier le sens de certaines questions de la recherche; il a notamment permis de mieux définir des interventions susceptibles de sous-tendre une autre transparence des données et processus analysés.

Ces conclusions vont d'ailleurs à la rencontre d'une refonte récente des données statistiques concernant les maladies professionnelles ainsi que de certaines initiatives engagées dans le sens d'un rapprochement d'acteurs distincts soutenant le projet de nouvelles modalités de gestion du risque professionnel.

I. Santé et travail : les silences des chiffres officiels

Au Portugal, la préoccupation d'une amélioration du système d'information dans le domaine de la santé a conduit à la création d'organismes spécifiques qui ont réalisé, avec une relative périodicité, des études concernant l'évolution de l'état de santé des portugais (Ministério da Saúde², 2002; Observatório Português dos Sistemas de Saúde³, 2005). Ces bilans démontrent des améliorations globales, notamment grâce à la réduction des maladies transmissibles et à la diminution sensible des taux de mortalité infantile.

Cependant, ces analyses, tout en pondérant la fidélité des données publiées - en mettant surtout l'accent sur de claires tendances à une sous-déclaration des cas de maladies transmissibles (Direcção Geral da Saúde⁴, 2005) - révèlent d'autre part combien les préoccupations en santé publique se montrent peu attentives aux effets du contexte professionnel sur le bien-être des citoyens et privilégient l'étude des problèmes tels qu'ils se manifestent chez l'individu considéré isolément, dans le colloque singulier propre au cabinet médical.

Pareillement à ce qu'on note ailleurs, le champ des problèmes de santé en relation avec l'activité

professionnelle est occulté au sein de ces études - comme si le processus de reconnaissance des maladies professionnelles suffisait à garantir la prise en charge collective des problèmes les plus flagrants de la santé au travail.

On sait cependant combien « la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles marquent respectivement l'aboutissement de processus longs, complexes, sélectifs et peu systématiques qui excluent en cours de procédure de nombreux cas » (Thébaud-Mony, 1991). On sait également que, pour la reconnaissance de chaque nouvelle maladie, le processus décisionnel mêle « inextricablement connaissance scientifique du danger et arbitrage socio-économique » (Henry, 2004, p. 299) et est souvent traversé de difficiles négociations entre partenaires sociaux.

En conséquence, de très nombreux problèmes de santé, en lien évident avec le travail exercé, ne transparaissent pas dans les données officielles censées répertorier les personnes qui ont subi les effets de nuisance sur le lieu de leur activité professionnelle - que ce soit en raison des failles du long processus allant de l'identification de l'origine professionnelle de la pathologie à sa déclaration et à sa reconnaissance, ou que l'organisation des données laisse beaucoup à désirer sur le plan de leur transparence (voir tableau 1).

Encart 1

Au Portugal, jusqu'en 2000⁵, l'évolution des maladies professionnelles reconnues par le CNPRP⁶ révèle une augmentation régulière, quoique légère, du nombre de personnes percevant une indemnité pour incapacité permanente.

De cet ensemble, les cas les plus fréquents relèvent de pneumopathies causées par l'inhalation de poussières de minerais (principalement : silicozes et pneumoconioses) et de maladies causées par le bruit ou d'autres « agents physiques » (tableau 1).

Tableau 1 : Évolution du nombre de personnes percevant une indemnité pour incapacité permanente, par catégories de maladies professionnelles (1990-2000)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Intoxications	184	199	207	219	226	242	253	260	266	274	282
Pneumopathies	10460	10460	10346	10354	10350	10316	10492	10459	10216	10040	9955
Dermatoses	975	1079	1239	1374	1485	1640	1768	1844	1926	2078	2203
Agents physiques	3611	3797	3914	4255	4716	5309	5545	5757	5941	6314	6549
Séquelles d'accidents du travail⁷	-	-	-	-	667	739	739	739	739	739	739
Autres⁸	706	804	852	921	372	403	405	416	413	419	422
TOTAL	15936	16339	16558	17123	17816	18649	19202	19475	19501	19864	20150

Sources : CNPRP (2003); IIES (1999, 2003).

Nous nous trouvons ainsi face à un espace de problèmes d'une particulière opacité pour qui s'en tient aux statistiques officielles, qu'elles soient émises par les services du *Ministério da Saúde*⁹ ou par ceux du *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*¹⁰.

Ce fut l'une des préoccupations de départ de l'étude menée en recourant au questionnaire Saúde, Idade e

Trabalho¹¹ (SIT), qui sera l'objet du point suivant de cet article.

II. À la recherche de l'angle mort (Thébaud-Mony, 1991)

Comme on l'a déjà souligné, les conséquences du travail sur l'état de santé n'ont en général pas une expression immédiate et linéaire; et même s'ils accompagnent l'essentiel du cycle vital de l'individu, ils se manifestent fréquemment de façon singulière et différée (Gollac et Volkoff, 2000). De plus, les conditions de travail sont vécues par chacun de façon particulière et leurs effets dépendent non seulement du parcours professionnel et du contexte de travail, mais également de la perception qu'on peut en avoir selon des spécificités physiques, psychologiques et sociales.

Cette diversité et cette variabilité interpelle en fait la compréhension d'un ensemble de facteurs qui interagissent entre eux à plusieurs niveaux des différentes phases de la vie - ce qui exige une approche attentive et différenciée, ne négligeant pas la nécessité d'intégrer dans l'histoire de chaque individu les conditions de travail actuelles mais aussi celles qui ont été connues antérieurement (Volkoff, Molinié et Jolivet, 2000). C'est la raison pour laquelle on considère que tenir compte de l'âge dans l'étude du rapport au travail permet de mieux mettre en évidence ce qui, dans l'environnement construit par l'homme, finit par peser parfois lourdement sur l'histoire individuelle.

Le paradigme privilégié ici se distingue donc bien des démarches sous-jacentes aux données officielles, notamment parce qu'au-delà des maladies professionnelles flagrantes, on enregistre l'ensemble des autres évolutions induites par des conditions de travail qui laissent - ou ont laissé - à désirer.

Dans cet esprit, et dans la ligne d'une tradition déjà bien implantée en France, un instrument de recherche a été conçu de façon à être suffisamment large pour couvrir les diverses dimensions des relations entre santé et travail, et suffisamment fin pour enregistrer au mieux les particularités de ces relations.

Il faut cependant souligner le caractère expérimental de cette phase de la recherche portugaise présentée ici, puisqu'elle correspond à la conception et à la première application de l'enquête SIT, promues par l'*Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho* (IDICT¹²) dans le contexte d'une campagne pour l'amélioration des conditions de travail dans l'industrie du textile et de l'habillement¹³. D'emblée, la perspective assumée a donc été transversale et non celle des études longitudinales propre aux enquêtes ESTEV et VISAT.

Encart 2

L'enquête SIT, inspirée des enquêtes françaises ESTEV et VISAT

L'enquête ESTEV (Enquête Santé, Travail Et Vieillesse) a été conçue à la fin des années 80 à la suite du projet de médecins du travail qui, associés à des équipes de recherche en épidémiologie, gérontologie et ergonomie, ont décidé de mettre sur pied une enquête de grande ampleur sur l'évolution de la santé avec l'âge, en milieu de travail. L'enquête a été réalisée à l'occasion des visites annuelles en médecine du travail en 1990 et 1995. L'échantillon de départ était constitué de 21 378 salariés et 87 % d'entre eux ont été revus. La méthodologie a pour objectif, notamment, de prendre en compte une grande quantité d'informations, aussi bien dans le champ de la santé que dans celui du travail, et de mettre en place les procédures nécessaires pour préparer des études longitudinales (Coutrot et Wolff, 2005). L'enquête, composée de cinq questionnaires, fournit ainsi, pour chaque salarié, de nombreux éléments sur sa vie de travail actuelle et passée et sur son état de santé, ce dernier étant apprécié à la fois à travers un questionnaire d'autoévaluation de la santé et par un examen médical détaillé (Derriennic, Touranchet, et Volkoff, 1996).

L'enquête VISAT (Vieillesse, Santé et Travail) s'insère dans une étude organisée par une centaine de médecins du travail de trois régions du sud de la France et des chercheurs spécialisés dans l'étude du vieillissement, l'ergonomie et la santé au travail. Les questions s'inscrivent dans la logique de l'enquête ESTEV, tout en cherchant à évaluer de façon plus précise les évolutions des salariés sur le plan cognitif. Deux applications ont été réalisées : la première en 1996 (3237 salariés) et la seconde en 2001 (Marquié et coll., 2002).

Pour la conception de l'enquête SIT, au-delà de ce qu'exige l'adaptation de ce type d'instrument à une autre réalité

linguistique et sociale, il a fallu tenir compte de la spécificité des interlocuteurs avec lesquels il allait être utilisé dans cette phase exploratoire - des salariés des secteurs du textile et de l'habillement. Dans ce sens, certains items ont été inclus, des formulations de réponses ont été revues et l'agencement de quelques chapitres réorganisé.

Mais la structure de l'enquête reste très proche des enquêtes ESTEV et VISAT et regroupe des items concernant :

- les caractéristiques générales et professionnelles du salarié – on reprend : des questions générales concernant le salarié et sa profession; un ensemble de caractéristiques propres aux conditions de travail actuelles et passées (sans oublier la durée de l'exposition) afin de couvrir l'ensemble du parcours professionnel; une analyse plus détaillée du travail actuel; une évaluation des principales difficultés ressenties par le salarié dans la réalisation de ses activités; des indices concernant la qualité du repos et du sommeil; une auto-évaluation de l'état de santé (version portugaise du Profil de Nottingham¹⁴); un ensemble de questions concernant les caractéristiques de l'individu et de sa vie hors du temps de travail de façon à permettre une compréhension plus large de ce qui est susceptible d'avoir influencé son parcours;
- des informations médicales – en plus d'une évaluation des quelques indicateurs propres à tout examen médical traditionnel, on procède à l'inventaire des pathologies actuelles et passées du salarié, des éventuels accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que des médicaments consommés; un supplément est prévu pour les femmes (grossesses, contraception, ménopause);
- à la suite de l'enquête VISAT, des données concernant certaines capacités cognitives (mémoire, attention...), évaluées au départ d'épreuves psychotechniques classiques.

Pour cette première application de l'enquête SIT, il s'agissait d'être particulièrement attentif aux conditions de réalisation des entretiens qui allaient soutenir la production des données. Les premiers essais ont rapidement démontré la nécessité de recourir à une situation d'entretien individuel, conjuguant la collaboration de psychologues du travail, membres de l'équipe de recherche, et celle des médecins du travail exerçant leurs fonctions au sein des entreprises associées à l'étude.

De plus, la bonne compréhension des données recueillies concernant les conditions de travail décrites par les salariés exigeait que l'analyse soit enrichie de méthodologies complémentaires; aussi a-t-on pris l'option de recourir à une caractérisation des entreprises au sein desquelles les 329 salariés interrogés exercent leur fonction - en mettant particulièrement l'accent sur l'évolution de l'organisation du travail des processus productifs - et en la renforçant d'une analyse ergonomique de quelques activités centrales pour le secteur.

III. Apports et limites de l'analyse transversale

Sans restituer ici le détail des résultats de cette application de l'enquête SIT (Barros-Duarte, Ramos, Cunha et Lacomblez, 2002), signalons que, globalement, plusieurs indicateurs ont dévoilé une détérioration précoce de la santé de bon nombre de travailleurs - en lien évident avec les caractéristiques de leur activité professionnelle actuelle ou passée - mais diversement évaluée, dans sa nature et son importance, par les travailleurs d'une part et les médecins du travail de l'autre.

On peut par ailleurs mettre en évidence les contraintes (tableau 2) auxquelles les salariés interrogés ont fait tout particulièrement référence concernant leur activité professionnelle. Comme on le constatera, il s'est avéré essentiel de distinguer les données fournies selon le genre des salariés, puisque 57 % sont des hommes affectés à des tâches d'entretien, de filage, de tissage, de coloration et d'impression, et que 43 % des femmes assurent le plus souvent des tâches de tissage, de confection et d'emballage – ces fonctions étant associées à une organisation et des conditions de travail qui leur sont propres.

Tableau 2 : Principales contraintes de travail actuelles et passées, selon le genre des salariés (en pourcentage)

Contraintes	Oui, actuellement		Non actuellement mais oui au passé		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Bruit intense	57,8	26,1	12,8	12,7	70,6
Exposition aux poussières ou fumées	66,3	55,6	16,6	14,8	82,9	70,4
Travail qui oblige à adopter des postures pénibles ou fatigantes	70,6	78,9	12,3	4,9	82,9	83,8
Travail qui oblige à porter des charges lourdes ou à faire des efforts physiques intenses	54,5	32,4	17,6	13,4	72,1	45,8
Possibilité de choisir les moments pour les pauses	77,7	27,2	*	*	77,7	27,2

* valeurs non disponibles

Source : Barros Duarte et coll. (2002).

L'ensemble des résultats a donc permis de repérer quelques grandes tendances dans ce que relatent les travailleurs de ce secteur sur le plan des risques professionnels. Mais il importait d'en évaluer les effets sur l'évolution de l'état de santé des salariés interrogés en considérant les données provenant des informations médicales (voir encart 2).

Or, le croisement des données opéré dans cette perspective a révélé un décalage évident pour bon nombre des évaluations.

Les médecins relèvent en effet 16,4 % de cas de troubles ostéo-articulaires et musculaires, alors que 55,8 % des salariés font référence à des difficultés dans la réalisation d'efforts physiques intenses ainsi que dans l'adoption de postures pénibles ou fatigantes et 41 % se plaignent des limites qu'ils ressentent sur le plan de leur mobilité physique. La proportion de ceux qui font explicitement référence à ce type de problèmes est donc fort éloignée de ce qui transparaît dans l'évaluation des médecins.

Les informations relatives à l'exposition au bruit interpellent également – d'autant plus qu'il s'agit de l'un des risques les plus importants dans les secteurs en question, particulièrement pour les hommes (voir tableau 2). Ici, les médecins ont relevé 6,7 % de risques de pathologie – alors que 34 % des salariés (et 41,1 % des hommes) ont indiqué des difficultés.

Pourtant, d'autres données montrent que les liens de causalité étaient rarement établis par les salariés entre les caractéristiques du travail et l'évolution de leur santé; on ne peut donc pas conclure que les plaintes transmises soient exagérément insistantes. D'ailleurs, lorsque les travailleurs interrogés ont dû évaluer leur état de santé, 84,8 % d'entre eux en ont transmis une perception positive. Mais, même sur ce plan, l'opinion des médecins est discordante et davantage positive puisqu'ils considèrent que 96,7 % des personnes examinées jouissent d'une santé très satisfaisante ou satisfaisante, et ce, tout en ayant répertorié 14,9 % de personnes consommant régulièrement des psychotropes.

Même si l'écart entre la fréquence des problèmes de santé évoqués par les salariés et le nombre de troubles recensés par les médecins est, selon ceux-ci, un phénomène récurrent, on peut avancer des hypothèses qui contribueraient à l'explication de ces apparentes contradictions dans le cas présent : la relation établie avec les psychologues du travail (chercheurs externes à l'entreprise) au cours des entretiens a assurément été de nature différente de celle qui caractérise l'examen médical – la volonté d'écoute caractérisant la première et la préoccupation de rigueur traversant la seconde, selon une logique propre au diagnostic du médecin, toujours imprégnée de « la mise en question médicale de la présomption d'origine » (Thébaud-Mony, 1991, p. 109). Mais il faut rappeler aussi que les propos tenus par le salarié, lors de sa rencontre avec le médecin du travail, sont souvent tamisés par l'incertitude de ce que le verdict final pourrait avoir comme effets sur le cours de sa vie; ainsi que le disait Canguilhem (2002, p. 62 et 63) : « La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux. Si je dis que je vais bien, je bloque avant qu'on profère des interrogations. Si je dis que je

vais mal, les gens veulent savoir comment et pourquoi, et l'intérêt pour une défaillance organique individuelle se transforme éventuellement en intérêt pour les déficits budgétaires d'une institution. »

Il n'empêche que nous touchons là à la difficile expression de l'ensemble des problèmes de santé qui sont de l'ordre de l'infra-pathologique, sans gravité évidente, tenus comme ne méritant pas nécessairement explicitation, fréquemment associés à une avancée en âge « naturelle », couvrant le plus souvent baisse de l'audition, douleurs articulaires, troubles du sommeil, sensation de fatigue, anxiété et consommation de tranquillisants (Molinié et Volkoff, 2002) mais qui, sans modification des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de travail, sont susceptibles de se cristalliser en dommages physiques ou psychologiques profonds.

En tenant compte de notre préoccupation initiale, ce constat soulevait des interrogations d'ordre méthodologique : si l'approche transversale de l'enquête SIT présentait une plus-value indéniable, ne fut-ce que par sa contribution à une caractérisation des conditions de travail du secteur, paradoxalement, elle risquait de produire de l'invisibilité (Daubas-Letourneux, 2004) si nous n'allions pas plus loin dans l'interprétation de contradictions apparentes de certains résultats, en les ancrant davantage dans le champ ouvert par les autres composantes de la recherche – à savoir, les entretiens et analyses d'activités. La reconnaissance des traces laissées par le travail sur les évolutions de la santé des salariés passe, notamment, par un processus de prise de conscience du salarié et par le dialogue qui peut être établi avec les professionnels de la santé et nous avons compris combien cette rencontre pourrait assumer d'autres dynamiques.

C'est donc bien le niveau du « local » qui, à ce stade de la réflexion, dans une analyse des actions et des interactions de face à face des acteurs, devrait permettre une avancée dans la compréhension du phénomène global que nous avons voulu traiter.

IV. Gestion des risques et discrétion : les apports de l'analyse ergonomique du travail et le rôle décisif du collectif

Ce retour au « local » a été opéré en collaboration avec 12 salariés qui avaient participé à l'enquête SIT et exerçaient leur activité professionnelle au sein de la section de tissage d'une même entreprise.

L'objectif de cette phase de la recherche était, à la fois, de mieux comprendre les stratégies que ces salariés avaient développées dans la gestion et la préservation de leur santé, d'ouvrir le débat concernant les effets des conditions dans lesquelles ils exercent leur activité, et de définir avec eux des voies possibles pour une transformation du travail; on a alors privilégié les principes théorico-méthodologiques, propres à une tradition scientifique de l'ergonomie et de certains courants de la psychologie du travail, qui placent au cœur de leur analyse et de leur projet d'intervention les processus de régulation développés par l'opérateur grâce à l'expérience acquise sur le lieu de travail (voir encart 3).

Encart 3

Une tradition de l'ergonomie (Teiger et Laville, 1991) a contribué à faire émerger des pratiques d'intervention qui reposent sur une dynamique associant étroitement la recherche, la formation et l'action qui se fécondent mutuellement. Ces approches reposent sur la reconnaissance des savoirs d'expérience propres aux opérateurs, la valorisation de la prise en compte de leur point de vue et l'idée d'un apprentissage réciproque des chercheurs et des salariés. On vise une coproduction de connaissances d'« experts » de domaines différents dans un but commun : « comprendre le travail pour le transformer », selon la formule de Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen (1992); et, comme le proposent Oddone, Re et Briante (1977), il s'agit d'œuvrer à la construction d'une « communauté scientifique élargie ».

En conséquence s'élabore un paradigme de formation à l'analyse du travail. Loin des formes traditionnelles d'un apprentissage de type scolaire, ces actions ergonomiques de formation - qui peuvent s'appliquer à des publics pour qui il s'agit de prendre conscience des liens travail/santé - sont orientées par la recherche des possibilités d'agir en construisant collectivement des pistes de transformation. Elles cherchent à respecter les principes suivants :

- la nécessité de partir des représentations et connaissances initiales des participants par des descriptions

minutieuses de leur activité dans son contexte et des effets ressentis; ces descriptions, d'abord spontanées, sont ensuite « soutenues » par le « questionnement ergonomique » - qui est de type maïeutique parce qu'il vise à stimuler l'activité réflexive et à permettre de « mettre en mots » ce que l'on ne sait pas toujours que l'on sait. Des connaissances nouvelles sur la situation et sur soi-même sont ainsi construites par l'exercice lui-même de réflexion et d'expression, cette construction pouvant se poursuivre bien au-delà de la période de formation elle-même;

- le souci de « travailler le langage » afin de faciliter l'échange et la confrontation des savoirs d'expérience des participants entre eux, d'une part, et de ceux-ci avec les savoirs « disciplinaires » des ergonomes, d'autre part. Des liens inapparents et, parfois, insoupçonnés et impensables spontanément, acquièrent alors une visibilité et deviennent aussi « dicibles » et partageables. On peut alors passer progressivement de la formulation des problèmes à leur formalisation et à leur désindividualisation. Ce qui ouvre des possibilités d'action collective;
- le souci d'apporter les connaissances « ergonomiques » de façon « opportune », en fonction des questions qui se posent et non selon un programme préétabli, afin qu'elles apparaissent pertinentes et soient mieux assimilées. Trois types de connaissances sont alors en jeu : « ergonomiques » (modèles de l'activité, relations santé/travail établies), « méthodologiques » (démarche et méthodes de l'analyse ergonomique du travail), « stratégiques » (critères d'analyse des conditions de faisabilité : contraintes et ressources) pour une action « située » sur le travail, son suivi et sa pérennité dans l'entreprise.

L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail est ici conçu comme un « outil pour l'action » dans la perspective constructiviste piagétienne, selon laquelle toute connaissance consiste non pas à copier le réel, mais à agir sur lui et à le transformer, en apparence ou en réalité, de manière à le comprendre (Piaget, 1974). L'action se conçoit alors dans un sens large, l'essentiel étant de transformer des représentations souvent réductrices du travail et de la prévention en « représentations pour l'action », en fournissant des bases « objectivées » d'analyse des situations et d'argumentation pour des changements à obtenir (Teiger, 1993).

La palette des mises en œuvre de ce modèle de « formation située » peut couvrir des projets qui assument des configurations diverses mais, dans toutes les formules, ces situations de formation soutiennent un processus qui valide et généralise des connaissances sur le travail restées jusque-là de type clinique, suscitent de nouvelles hypothèses; elles sont bien un lieu d'apprentissage réciproque.

Sources : Lacomblez (2001); Teiger (2002); Teiger et Lacomblez (2005; 2006).

Le dialogue, préalablement établi dans le contexte de l'enquête SIT, a ainsi été renoué avec ces 12 salariés et l'objectif était de mettre davantage l'accent, cette fois, sur la manière dont chacun cohabitait avec le risque d'accident ou de maladie professionnelle.

Cette intervention s'est déployée en plusieurs temps, sur plusieurs mois, et a recouru à toute la panoplie des supports aujourd'hui traditionnels pour la tradition scientifique en jeu - articulant l'analyse de l'activité de travail avec la conduite d'entretiens individuels puis collectifs, d'autoconfrontations simples ou croisées (Clot, Fäita, Fernandez et Scheller, 2000), mais en ne négligeant pas non plus d'autres réunions collectives, parfois en présence du médecin du travail, et en ponctuant l'ensemble de cette démarche d'une succession de moments de restitution du contenu des échanges, des analyses développées et de leur articulation avec les résultats de l'enquête SIT.

Concernant les résultats de cette phase de la recherche, on mettra d'abord l'accent sur la nécessité de placer au centre du dialogue établi avec les salariés le fait que les catégories qui distinguent les facteurs de risque pour les experts en santé au travail ne sont pas forcément vécues comme séparées par les salariés - ou sont l'objet d'un autre type de catégorisation. Cette *asymétrie* des catégories d'analyse, déjà traitée par Oddone (1999) et rappelée par Molinié (2003), a traversé tout le parcours de cette intervention, soutenant finalement un processus de traduction réciproque qui a, sans aucun doute, contribué à la construction de ce que Oddone et coll. (1977) ont appelé une communauté scientifique élargie.

Mais les apports de cette expérience concernent également les déplacements du positionnement des salariés dans la façon dont ils ont progressivement décrit, justifié, explicité leur gestion des risques sur le lieu de travail.

Dans un premier temps, les analyses de l'activité en situation de travail et les entretiens individuels ont assurément ouvert, concrétisé et précisé un espace nouveau, donnant toute sa place à une grande variété

de modes de régulation assumés par chacun de façon à concilier le respect des normes de production et la sauvegarde d'un minimum de bien-être. Si on se souvient des travaux de De la Garza et Weill-Fassina (2000) qui considèrent l'activité de travail comme une façon d'établir un équilibre entre le système de production, soi et les autres, on peut conclure que cet échange avec le chercheur a conduit à une explicitation de la dynamique entre soi et le système de production; on fait de plus en plus volontiers référence à ses caractéristiques anthropométriques et morphologiques ou à ses douleurs ostéo-articulaires pour justifier les *régulations opératoires* (Faverge, 1966) qui ont permis de trouver des solutions dans la façon de réaliser les tâches (« Oui, c'est plus rapide. C'est plus rapide pour moi, qui suis petite, de m'étirer au maximum pour bien mettre la maille tout de suite »); ou on invoque avec moins de discrétion des régulations qui relèvent de la *catachrèse* (De Keyser, 1972) puisque, dans ces cas, on altère la finalité initiale d'un instrument ou d'une action en vue de soulager un mal-être ou une souffrance (« Oui, tout le temps debout. Moi, parfois quand je mets le fil, je m'assieds au-dessus du tissu parce que je suis petite et parfois je m'assieds de côté sur le métier à tisser et je mets le fil, parce que sinon c'est toujours debout »; « Oui, oui, parfois aussi on chante pour oublier que cela ne fonctionne pas bien; c'est une façon d'oublier que le métier à tisser va mal et alors on chante, on prie... »).

Toutefois, au-delà de ces constats, somme toute assez classiques pour l'ergonomie et la psychologie du travail, il faut probablement mettre surtout l'accent sur les moments de discussion collective au cours desquels ont été débattus les risques propres à l'entreprise, leurs effets potentiels sur la santé et les stratégies de régulation de chacun, car ils se sont avérés décisifs dans l'évolution de l'argumentation des salariés au sein de laquelle ont progressivement émergé des valeurs qui relèvent plutôt d'un droit à la santé.

« Nous le voyons tous, les travailleurs, nous ne désirons pas mettre ici nos enfants, au milieu des métiers à tisser; nous voulons un futur différent pour nos enfants; et ils doivent mieux nous payer. »

« Pour les machines, ça va mieux mais pour le travailleur ça va pire. »

« Avant, il n'y avait pas d'atelier de tissage sans fenêtre et aujourd'hui, nous sommes complètement isolés; autrefois, on ouvrait une fenêtre et l'air pur entraînait, mais à présent nous sommes tous ici 8 heures dans l'isolement d'un air impur parce qu'à cause de l'air conditionné on ne peut ouvrir ni porte ni fenêtre... c'est ça être moderne et nous devons nous soumettre ... or, nous sommes faits de la même matière que les travailleurs d'autrefois, nous ne sommes pas différents. »

Sans négliger l'importance qu'ont eu le dialogue avec le médecin du travail ainsi que la présentation au groupe des résultats de l'enquête SIT, on peut toutefois avancer l'hypothèse que la situation collective en elle-même a joué un rôle non négligeable, créant une possibilité de dire ce qui, jusque-là, était vécu dans le silence, d'explicitier, de développer, de mieux définir, de recourir aux apports de la vie hors-travail et de comparer des façons de faire, des hiérarchies de décisions, des oublis, des interprétations, des solutions.

Ainsi, alors que dans les premières étapes de l'intervention la gestion de la santé au travail était surtout traversée de préoccupations relatives à la gestion de l'usage de soi, graduellement ont émergé des valeurs que Yves Schwartz intègre dans le registre des « valeurs sans dimension » - les distinguant des valeurs du marché - associées aux valeurs de la politique, de la délibération démocratique, du droit social, du droit du travail (Schwartz, 2000). Et la situation collective de rencontre avec les pairs et les chercheurs semble avoir joué le rôle d'un réseau de soutien intégrateur et réflexif.

Cependant, en fin de course, cette longue intervention s'est trouvée face à une impasse : malgré les portes ouvertes au départ, les entretiens menés avec divers responsables de l'entreprise ont, en définitive, montré que l'approche développée – qui soutenait une autre reconnaissance des risques du travail et donnait des arguments pour un élargissement de son application à d'autres équipes de salariés – ne trouverait point les relais et appuis indispensables.

Le retour opéré sur le plan du « local » avait permis des avancées en proposant un scénario de référence pour des actions de sensibilisation et d'information des salariés en matière de (re)connaissance des risques

professionnels et de leurs effets potentiels. Néanmoins, à ce stade de la recherche, il était devenu évident qu'il s'agissait de dépasser le niveau de l'entreprise, de se libérer des contraintes méthodologiques et interventives qui lui sont propres et de se situer sur le plan de l'action publique régionale en évaluant à ce niveau les acteurs potentiels d'un processus pouvant prendre le relais du travail mené jusque-là; il semblait possible de contourner les obstacles propres à la dynamique de l'entreprise et de poursuivre et élargir les objectifs initiaux.

V. Retour à la santé publique

L'expérience conduite depuis une vingtaine d'années dans les Bouches du Rhône par Marc Andeol et Gilbert Igonet, sous l'impulsion de Ivar Oddone (voir encart 4), a orienté cette démarche-ci : en se situant sur le plan du territoire au sein duquel étaient intégrés l'entreprise et les salariés de l'étape antérieure de la recherche, elle allait donner une place prépondérante à la pratique des médecins généralistes du Centre de santé local, notamment en raison du fait qu'ils interviennent dans la procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle.

Encart 4

Dans la région des Bouches du Rhône (Port de Bouc et Martigues), la création de l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables s'est donné pour objectif de mettre sur pied un réseau soutenant, sur le plan régional, une autre reconnaissance des maladies professionnelles et, à plus long terme, un assainissement des lieux de travail; le but est de construire des archives capables d'orienter et de stimuler tant les actions de soins que celles de la prévention.

On part du principe que toutes les données existent, mais qu'elles ne sont accessibles ni par les médecins qui doivent soigner, ni par les employeurs qui doivent évaluer le risque, ni par les salariés qui y sont confrontés, ni même par les organismes qui ont en charge la santé au travail. Depuis plusieurs années, et avec l'appui des pouvoirs publics, est construite une « galerie de cas » de maladies professionnelles soupçonnées ou diagnostiquées dans le bassin d'emploi en question; elle est élaborée de façon à ce que tous les médecins généralistes puissent apprendre à mieux connaître tous les patients atteints, et donc en découvrir d'autres, mais tous les groupes intéressés à l'assainissement - employeurs, spécialistes du domaine, associations, organismes publics ... - peuvent utiliser et compléter les données recueillies. Ces derniers sont donc des protagonistes privilégiés de ce que Ivar Oddone a appelé un *Système d'Information Concret* (SIC), « catalysant » des rapports nouveaux entre des professionnels et des groupes d'acteurs différents.

Actuellement, 28 médecins généralistes et 15 spécialistes sont porteurs du projet. 66 maladies éliminables ont été identifiées en 2003, 93 en 2004 et des résultats équivalents ont été enregistrés pour 2005.

Pour faciliter la consultation des archives, un programme informatique permet de consulter une liste récapitulative des données recueillies par l'intermédiaire des sujets pris en charge, mais il soutient et enregistre également la transmission d'informations complémentaires; il est, de plus, associé à un moteur de recherche facilitant l'accès à d'autres sources.

Dans une première phase de ce projet, la description du poste de travail était centrale dans l'organisation de ces données. Par la suite, une structure basée sur les cas est apparue plus efficace. L'expérience a en effet confirmé que le médecin ne retient pas les situations de travail en les intégrant dans une « liste de postes de travail », il les mémorise en fonction des cas déjà rencontrés et résolus.

Par ailleurs, on part du principe que l'imputabilité de l'atteinte dont souffre une personne demande une approche globale reposant sur la mise en évidence de l'interaction entre un « micro environnement » concrètement défini, la réalité de l'activité effectivement exercée dans ce lieu et une personne. Elle ne peut donc se réduire à une démarche purement analytique, à la recherche de facteurs de risque artificiellement isolés les uns des autres. La question est alors : où sont les informations qui permettent d'avoir une connaissance présentant les caractères d'une approche globale? Et la réponse est : dans la tête des personnes qui, jour après jour, « utilisent » le poste de travail, le connaissent à travers leur expérience directe – mais aussi à travers celle des collègues concernés par des conditions similaires. La procédure est alors centrée sur la compréhension de la perspective du patient; cela permet au médecin de découvrir que ses patients sont porteurs d'informations et cela conduit le patient à adopter une nouvelle lecture du système de soins et du rapport avec les médecins, mais cela fournit également un matériau de départ (un « matériau brut », « en attente d'élaboration ») construit dans un langage « en commun » qui facilite

la communication des informations concernant le « micro environnement » et l'interface avec les autres professionnels.

Les éléments essentiels de cette procédure sont structurés de la façon suivante :

- pour chaque activité de son « curriculum laboris », on demande au travailleur de se positionner mentalement dans son périmètre de travail, en dessinant celui-ci grossièrement sur une feuille;
- on lui donne un formulaire d'identification des risques (les « dangers ») qui a été conçu de façon à rendre davantage perméable l'interface entre la personne exposée et le médecin, et permet une approche globale organisée en quatre groupes de facteurs : (1) ce qui vient à l'esprit quand on pense au poste comme à un appartement (bruit, température, éclairage); (2) ce qui vient à l'esprit quand on pense strictement à un milieu de travail (poussières, fumées, gaz, vapeurs, formes d'énergie, vibrations); (3) les situations qui produisent une fatigue due à un effort musculaire; (4) toutes les situations qui produisent une fatigue qui ne relève pas de l'activité musculaire (postures, anxiété, rythmes, horaires);
- on obtient une description succincte mais suffisante du poste de travail; ces informations seront accessibles et objets d'échanges d'informations avec des groupes de prise en charge différents, détenant des compétences techniques ou des fonctions sociales diverses. Trois éléments caractérisent cette description : la surface réelle sur laquelle le sujet peut bouger quand il travaille; ce que fait concrètement et réellement la personne (le « travail réel »); les spécificités locales (on veut récupérer avec cette notion tout ce qui, pour une même condition de production, peut réduire le risque).

Quatre pôles de prise en charge articulent donc, sur ces données, des interventions qui aideront à révéler et mieux comprendre les situations nocives et à s'y référer jusqu'à l'assainissement :

1. Le pôle de saisie par les médecins des données concernant les maladies éliminables;
2. Le pôle chargé de la saisie et de l'organisation des informations relatives au milieu de travail, partagé par toutes les organisations présentes sur le territoire de la commune (organisations non institutionnelles comprises);
3. Le pôle de consultation d'experts de la machine (technologues) et de l'homme (médecins du travail);
4. Le pôle dont la fonction est d'assainir - dans le sens d'exploiter immédiatement les données existantes et, après, de demander les autres informations nécessaires.

L'objectif de cette « galerie de cas » est de produire une médecine « cumulative », de faire en sorte que le médecin puisse relier sa mémoire individuelle des cas qui ont été les siens à celle des confrères qui exercent leur activité au sein d'un même « bassin de vie ».

Mais l'ambition fondamentale est celle de la construction et de la consolidation d'un système d'assainissement du milieu de travail; le savoir cumulatif, en étant informatisé, est mis à la disposition de tous les citoyens afin de soutenir des interventions qui cherchent à concevoir un développement environnemental « durable ».

Sources : Association pour la prise en charge des maladies éliminables (2005); Le quotidien du médecin (2006).

De plus, le Centre de santé en question se prêtait bien au projet en chantier dans cette phase de la recherche; localisé dans la région Nord du Portugal, au sein d'un bassin d'emploi où dominant très largement des industries du textile et de l'habillement (80 % de la population active y est employée), on peut faire l'hypothèse que les problèmes de santé des salariés engagés dans les étapes antérieures de la démarche correspondent assez bien à ceux qui sont fréquents dans la région.

Une longue série d'entretiens a alors été conduite, privilégiant le dialogue avec les médecins généralistes concernant l'exercice des différents aspects de leur pratique au sein du Centre de santé et de la région.

De l'analyse de ce matériel, on peut dire avant tout qu'il a confirmé combien les évidences de la santé publique sont éloignées de celles de la santé au travail; la plupart des généralistes rencontrés assument d'ailleurs pleinement leur méconnaissance des activités professionnelles propres aux secteurs du textile et de l'habillement, ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont exercées – tout en considérant souvent cette attention particulière difficilement compatible avec le nombre de patients qu'ils sont tenus de suivre.

Cela contribue à expliquer que lorsqu'ils font référence aux principaux problèmes de santé de leurs patients, les problèmes de surdité professionnelle, par exemple, sont quasi ignorés – alors que deux tiers des utilisateurs du Centre travaillent dans les secteurs du textile et de l'habillement et qu'ils sont donc, pour

une grande part, exposés à ce risque.

D'autre part, lorsque les entretiens ont davantage ciblé les aspects propres aux évolutions de la santé des travailleurs des secteurs en cause, les médecins ont maintenu cette sous-évaluation des problèmes auditifs ainsi qu'une estimation restreinte des pathologies respiratoires – tout en mentionnant les risques de byssinose. Par ailleurs, des problèmes rhumatismaux, et notamment des lombalgies, ainsi que des altérations du « système nerveux » ont été soulignés par plusieurs d'entre eux.

Cette représentation des risques contraste donc avec les propos des interlocuteurs des phases antérieures de l'étude. Mais ils interpellent plus encore si l'on tient compte des dossiers relatifs aux déclarations de maladies professionnelles émises par le même Centre de santé durant les dernières années, car la répartition de celles qui ont été reconnues révèle 54 % de cas relevant de la surdité et 28 % de la byssinose.

L'incohérence apparente entre l'importance respective des maladies reconnues et le contenu du discours de ces médecins généralistes constitue un enjeu intéressant d'un point de vue intervention car, s'il est évident que « la grande majorité des médecins praticiens n'a aucune connaissance du travail industriel (au sens large, c'est-à-dire du travail dans la société industrielle) et aucune incitation professionnelle ou financière à en avoir plus » (Thébaud-Mony, 1991, p. 71), l'isolement professionnel dans lequel ils finissent par assumer leurs fonctions est flagrant et l'absence de soutien informatif réel. En conséquence, la prévention envisagée s'éloigne le plus souvent du lieu du travail, privilégiant celle du contrôle des facteurs de risques liés aux comportements individuels et à l'absence de « styles de vie saine » (Ministério da Saúde, 2004), dépendants donc, apparemment, de la bonne volonté du salarié.

Le projet d'une mise en réseau des professionnels de la santé et de la santé au travail a émergé de cette réflexion; comme dans l'expérience des Bouches du Rhône, il s'agit de concevoir un dispositif attentif aux interfaces entre les divers groupes de protagonistes tout en valorisant le contraste de leurs points de vue, puisque aucune approche n'épuise jamais la question du travail.

Mais si le modèle de référence de Marc Andeol et Gilbert Igonet et le suivi de leur longue expérience sont des atouts, ils n'épargnent point le respect des pratiques développées en la matière par les divers acteurs au Portugal.

Par ailleurs, ce débat ne permettra une confrontation d'expériences et une circulation de savoirs que s'il est ancré dans un recueil de données concret et s'il rencontre un écho institutionnel tangible.

Ces convictions ont justifié la série d'entretiens menés, en fin de parcours de cette recherche, avec quelques responsables politiques locaux - considérant que les instances du pouvoir local sont susceptibles de jouer un rôle décisif dans la définition de structures nouvelles et adéquates et que ces entretiens étaient susceptibles de jeter les premiers dés d'une gestion alternative de l'*assainissement* régional.

VI. Perspectives

Il est évident que la mise en place, au niveau du territoire, de réseaux et de structures de soutien qui puissent favoriser la construction de capacités individuelles et collectives de débat et d'action (Davezies, 2002) sur le plan de la (re)connaissance des maladies professionnelles passe par une réflexion critique en matière de santé publique (Dozon et Fassin, 2001). Parce que le défi est assurément celui de la rencontre de différentes « cultures politiques de la santé publique », dans le débat potentiel entre les divers protagonistes contactés dans le parcours de cette recherche on aurait affaire « non pas à un savoir (énonçant des vérités sur la bonne conduite de l'existence) qui serait confronté à des cultures (supposées ignorantes ou irrespectueuses de ces vérités), mais bien à une interaction entre des codes culturels (formulant les uns et les autres des vérités par rapport à des théories locales) » (Dozon et Fassin, 2001, p. 10).

Mais le projet des Bouches du Rhône, ou celui encore en friche pour le Nord du Portugal, exige aussi un examen attentif des enjeux de long terme propres aux initiatives qui se situent dans le champ de l'économie sociale en se caractérisant par leur ancrage au niveau régional et l'importance attribuée aux notions de

territoire, de services de proximité ou de développement communautaire (Bidet, 2000). Car ces projets ne constituent pas, en raison de leurs seules caractéristiques internes, « une panacée préfigurant une société future » (Alaluf, 2005, p. 17); s'il est incontestable que de nouvelles formes de gestion territoriale, favorisant le développement de processus de coordination multiacteurs et les intégrant au sein de compromis renouvelés entre le global et le local, constituent aujourd'hui des défis politiques cruciaux (Gaudin, 2002), on ne peut négliger les risques à assister de la sorte à la promotion d'un « tiers secteur » (Evers, 2000), résidu de seconde zone de l'économie (visant à réparer les dégâts de la compétitivité privée), maintenu à la marge d'un secteur public qui laisse à désirer.

Néanmoins, quelques repères historiques rappellent « à la fois le poids des contraintes imposées par les pouvoirs publics sur des activités du tiers secteur et l'importance des initiatives nées en son sein, à l'écart des logiques institutionnelles publiques, tout en pouvant participer ensuite à leur infléchissement » (Laville, 2000, p. 548).

D'ailleurs, il faut souligner qu'à la suite d'une recommandation de la Commission européenne (adoptée le 19 septembre 2003) concernant les maladies professionnelles, l'*Instituto de Informática e Estatística da Segurança Social* a procédé à des altérations dans le traitement et la diffusion des données statistiques en la matière; à présent (voir encart 5), les informations, disponibles pour chaque année civile, font référence aux nouveaux cas de maladies professionnelles déclarés ainsi qu'à ceux qui ont été l'objet d'une reconnaissance; de plus, la liste des pathologies permet de mieux les distinguer, donnant une autre transparence aux problèmes relevés.

Encart 5

Tableau 2 : Nouveaux cas de maladies professionnelles reconnus (par année) associés à une indemnité pour incapacité permanente (2003-2004)

	2003	2004
Asthme professionnel	84	105
Conjonctivites	7	6
Conjonctivites et lésions de la cornée	4	0
Dermatoses eczématiformes	26	30
Dermatoses de contact	58	81
Dermatoses traumatiques	22	16
Fibroses broncho-pulmonaires	6	15
Fibroses pulmonaires	125	248
Granulomatoses	7	0
Granulomatoses pulmonaires	22	27
Hypoacousies	226	233
Paralysies	213	453
Tendinites	321	751
Autres	21	58
TOTAL	1 142	2 023

Source : IIESS (2006).

Par ailleurs, des recherches développées au sein d'autres régions du Portugal, concernant la sous-déclaration des maladies professionnelles, révèlent la volonté de certains responsables d'organismes de santé publique d'encourager le personnel de leurs services à « assumer un rôle plus proactif dans le

domaine de la santé des travailleurs et dans la prévention des risques du travail » (Castro, Moreira et Silva Santos, 2005, p. 38, traduction libre).

Notre conclusion se veut donc optimiste, même si, en matière de conditions de travail particulièrement, nous savons trop bien que les arguments scientifiques ne suffisent en général pas au basculement d'un rapport de force et que les évolutions des instances administratives se font souvent davantage sous la contrainte de problèmes mis au devant de la scène publique et politique (Henry, 2004).

Bibliographie

Alaluf, M. (2005). Vieilles et nouvelles définitions. *Politique*, 39, 15-17.

Association pour la prise en charge des maladies éliminables (2005). *Rapport d'activités 2003-2006 – Évaluation interne de l'utilisation des Fonds d'aide à la qualité des soins en ville (FAQSV)*.

Barros-Duarte, C. (2004). *Entre o local e o global : processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho* (thèse de doctorat en psychologie). Porto : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Barros-Duarte, C., Ramos, S., Cunha, L. et Lacomblez, M. (2002). *Da organização do trabalho à saúde ocupacional : análise das condições da actividade profissional na indústria têxtil e do vestuário – a especificidade do trabalho feminino*. Porto : IDICT.

Bidet, E. (2000). Économie sociale, nouvelle économie sociale et sociologie économique. *Sociologie du travail*, 42, 587-599.

Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris : Éditions du Seuil.

Castro, M., Moreira, S. et Silva Santos, C. (2005). Doenças profissionais na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2003 : um contributo para o diagnóstico e prevenção. *Segurança*, 166, 33-38.

Clot, Y., Fäita, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité [version électronique]. *Pistes*, 2, 1.

CNPRP (2003). *Dados relativos às doenças profissionais nos anos de 2000, 2001 e 2002*. Lisboa.

Coutrot, Th. et Wolff, L. (2005). *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*. Paris : Centre d'études de l'emploi (<http://www.cee-recherche.fr>).

Daubas-Letourneux, V. & Thébaud-Mony, A. (2002). *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*. Luxembourg: Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.

Daubas-Letourneux, V. (2004). Accidents du travail : des accidents de parcours? Regards croisés sur la (re)construction de la santé et sur le parcours professionnel de victimes d'accidents du travail. **Les évolutions de la santé au cours de la vie professionnelle : altération, préservation, construction**, séminaire *Vieillesse et Travail*, CRÉAPT-EPHE. Paris : Centre d'études de l'emploi (<http://www.cee-recherche.fr>).

Davezies, P. (2002). Bilan et défis. *Prévention-Sécurité*, 61, 30-38.

De Keyser, V. (1972). Fiabilité et expérience. In : CECA, Études de physiologie et de psychologie du travail, n° 7, *Fiabilité et Sécurité - Éléments pour une ergonomie des systèmes en milieu industriel* (p. 77-137). Luxembourg : Diffusion des connaissances – Commission des communautés européennes.

De La Garza, C. et Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. Benchekroun et A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (p.

217-234). Toulouse : Éditions Octarès.

Derriennic, F., Touranchet, A. et Volkoff, S. (1996). *Âge, travail, santé*. Paris : Les Éditions INSERM.

Direção Geral da Saúde (2005). *Vigilância epidemiológica – Doenças de declaração obrigatória* [version électronique]. Retiré le 3 février 2006, de <http://www.dgsaude.pt>.

Dozon, J.P. et Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique*. Paris : Balland.

Evers, A. (2000). Les dimensions sociopolitiques du tiers secteur – Les contributions théoriques européennes sur la protection sociale et l'économie plurielles. *Sociologie du travail*, 42, 567-585.

Faverge, J.M. (1966). L'analyse du travail en terme de régulation. In : J.M. Faverge, M. Olivier, J. Delahaut, P. Stephaneck et J.-C. Falmagne. (Eds.), *L'ergonomie des processus industriels* (p. 33-60). Bruxelles : Éditions de l'Institut de sociologie, Université de Bruxelles.

Gaudin, J.P. (2002). *Pourquoi la gouvernance?* Paris : Presses de Sciences Po.

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

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. et Kerguelen, A. (1992). *Comprendre le travail pour le transformer*. Montrouge : Éditions de l'ANACT (rééd. 1997, Toulouse : Octarès).

Henry, E. (2004). Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante? *Revue française de science politique*, 54, 2, 289-314.

IIES (1999). *Séries estatísticas 1990/1998 da Segurança Social*. Lisboa : IIES - Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

IIES (2003). *Dados estatísticos relativos às doenças profissionais: pensionistas com incapacidade permanente de 1999/2000*. Lisboa : IIES - Unidade de Estatística.

IIESS (2006). *Dados estatísticos relativos às doenças profissionais* [version électronique]. Retiré le 3 février 2006, de <http://www.seq-social.pt>.

INRS (1996). Définition de la santé au travail. Conclusions et recommandations du Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. *Documents pour le médecin du travail*, 66, 91-93.

Lacomblez, M. (2000). *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes. Riscos emergentes da nova organização do trabalho*. Lisboa : IDICT.

Lacomblez, M. (2001). Analyse du travail et élaboration des programmes de formation professionnelle. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 56, 3, 543-578.

Laville, J.L. (2000). Le tiers secteur – Un objet d'étude pour la sociologie économique. *Sociologie du travail*, 42, 531-550.

Le quotidien du médecin (2006). Le quotidien du médecin [version électronique]. Retiré le 7 février 2006, de <http://www.quotimed.com/journal/index.cfm?fuseaction=viewarticle&DartIdx=221132> - 43k.

Marquié, J.-C. (1999). Quelques composantes psychiques et cognitives de la relation âge, travail, santé. *Colloque Santé, Travail, Vieillesse : Relations et Évolutions*, Paris : CREAPT.

Marquié, J.-C., Paumès, D. et Volkoff, S. (1995). *Le travail au fil de l'âge*. Toulouse : Éditions Octarès.

Marquié, J.-C., Jansou, P., Baracat, B., Martinaud, C., Gonon, O., Niezborala, M., Ruidavets, J.B., Fonds, H. et Esquirol, Y. (2002). Aging, health, work : overview and methodology of the VISAT prospective study. *Le travail humain*, 65, 3, 243-260.

Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal. Ponto de situação* [version électronique]. Retiré le 3 février 2004, de <http://www.dgsaude.pt>.

Ministério da Saúde (2004). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida* [version électronique]. Retiré le 3 février 2005, de <http://www.dgsaude.pt>.

Molinié, A.F. (2003). Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances. *Revue épidémiologique santéPublique*, 51, 589-605.

Molinié, A-F. et Volkoff, S. (2002). *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*. Paris : ANACT.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). *Relatório de primavera de 2005 : o estado da saúde e a saúde do Estado*. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública.

Oddone, I. (1999). Psicologia dell'organizzazione della salute. *Psicologia della Salute*, Fascicolo 1.

Oddone, I., Re, A. et Briante, G. (1977). *Esperianza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*. Torino : Einaudi (traduction française : Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail. Paris : Éditions sociales, 1981).

Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : PUF.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse : Octarès.

Teiger, C. (1989). Le vieillissement différentiel par et dans le travail : un vieux problème dans un contexte récent. *Le travail humain*, 52, 1, 21-56.

Teiger, C. (1993). Représentation du travail, travail de la Représentation. In A. Weill-Fassina, P. Rabardel et D. Dubois (Eds.), *Représentations pour l'action* (p. 311-344), Toulouse : Octarès.

Teiger, C. (2002). Origines et évolutions de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 57, 3, 431-462.

Teiger, C. et Lacomblez, M. (2005). L'ergonomie et la transformation du travail et/ou des personnes – Permanences et évolutions (1^{ère} partie). *Éducation permanente*, 165, 9-28.

Teiger, C. et Lacomblez, M. (2006). L'ergonomie et la transformation du travail et/ou des personnes – Permanences et évolutions (2^e partie). *Éducation permanente*, 166, 9-28.

Teiger, C. et Laville, A. (1991). L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. *Travail et emploi*, 1, 47, 53-62.

Thébaud-Mony, A. (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles : acteurs et logiques sociales*. Paris : La documentation française.

Volkoff, S., Molinié, A-F. et Jolivet, A. (2000). *Efficaces à tout âge? Vieillesse démographique et activités de travail*. Paris : Dossier du Centre d'études de l'emploi n° 16.

[1] Cet article reprend l'essentiel de la thèse de doctorat en psychologie de Carla Barros Duarte (voir référence dans la bibliographie), complétée de données récentes. Il a été rédigé conjointement par l'auteure et Marianne Lacomblez, directrice de la thèse.

[2] Ministère de la Santé.

[3] Observatoire portugais des systèmes de santé.

[4] Direction générale de la santé.

[5] Jusqu'au début de 2005, les données officielles ne présentaient pas d'informations concernant les années postérieures à 2000. On trouvera quelques données plus récentes dans la conclusion de cet article.

[6] Le *Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais* (CNPRP: Centre national de protection contre les risques professionnels), organisme du *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social* (Ministère du Travail et de la Solidarité sociale), est responsable de la reconnaissance et de l'indemnisation des maladies professionnelles. C'est à partir des données fournies par cet organisme que l'*Instituto de Informática e Estatística da Segurança Social* (IIESS : Institut d'informatique et de statistique de la sécurité sociale) procède aux traitements statistiques et à l'analyse de leurs résultats.

[7] La responsabilité de l'attribution des pensions aux accidentés du travail était assumée par le *Fundo de Garantia e Actualização de Pensões por Acidente de Trabalho* (FGAP : Fonds de garantie et d'actualisation des pensions pour accidents de travail) - remplacé depuis 2002 par le *Fundo de Acidentes de Trabalho* (FAT : Fonds des accidents du travail).

[8] Comprenant les autres maladies professionnelles reconnues pour lesquelles un nombre peu élevé de cas a été enregistré.

[9] Ministère de la Santé.

[10] Ministère du Travail et de la Solidarité sociale.

[11] Santé, âge et travail.

[12] Institut de développement et d'inspection des conditions de travail : organisme public chargé, jusqu'à il y a peu, de l'inspection et de l'amélioration des conditions de travail, actuellement subdivisé en : Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST : Institut pour la sécurité, l'hygiène et la santé au travail); et Inspeção Geral do Trabalho (IPG : Inspection générale du travail).

[13] Secteurs d'activités dont la majorité des entreprises se situent au Nord du Portugal, région où a été menée cette recherche.

[14] Version portugaise, adaptée en 1997 par Pedro Lopes Ferreira (*Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra*).

