

L'indispensable élargissement d'un débat

En dépit du morcellement des acteurs institutionnels, des pressions multiples contribuent à la reconnaissance du travail comme un facteur essentiel de la construction de la santé. Qu'il s'agisse des débats sur les facteurs professionnels contribuant aux cancers, du constat des multiples implications du travail sur la santé mentale ou de ce que l'on a parfois pu appeler une épidémie de troubles musculo-squelettiques, il est clair que les seuls risques professionnels reconnus ne constituent plus qu'une fiction juridique qui ne recouvre qu'une partie mineure des atteintes à la santé que l'on peut rapporter au travail. Mais une telle reconnaissance est susceptible d'interprétations très variées. Une vision centrée sur l'individu et ses responsabilités (voire sa culpabilité) débouche sur des pratiques de promotion de la santé sur les lieux de travail qui risquent de multiplier les prescriptions sur ce qu'il convient de faire et font l'impasse sur les déterminants sociaux des conduites individuelles¹. Lorsqu'elles se combinent avec des stratégies d'assurance – de plus en plus diffuses en raison de l'affaiblissement des systèmes de protection sociale – elles entrent dans des logiques d'intrusion inadmissible dans la vie privée et d'exclusion. Il suffit de penser aux pratiques de certains groupes anglais ou nord-américains en ce qui concerne le contrôle de la consommation de drogues illégales parmi leurs salariés voire aux

programmes de diététique et de gymnastique de relaxation qui sont supposés réaliser une prévention efficace de maladies cardio-vasculaires ou du stress. À terme, de telles pratiques contribuent beaucoup moins à la construction de la santé des groupes concernés qu'à la sélection d'une main-d'œuvre saine et docile.

Une vision élargie du travail

Nous pensons, au contraire, que la reconnaissance du travail comme facteur essentiel de la santé passe par une vision élargie de ce qu'est le travail et par le dépassement d'un certain nombre de concepts hérités de l'hygiène industrielle. Le travail ne consiste pas uniquement en une succession (ou une combinaison) d'expositions d'un même individu à un certain nombre de facteurs de risques physiques, chimiques, biologiques, etc. qui peuvent être identifiés et éliminés ou contrôlés. Le travail est essentiellement un rapport social dans lequel un grand nombre de facteurs qui ne constituent pas nécessairement, de façon intrinsèque, des risques, peuvent, selon les circonstances, contribuer à la construction de la santé ou, au contraire, porter atteinte à celle-ci. Cette vision du travail en tant que rapport social implique que les pratiques de prévention ne peuvent se résumer à des règles hétéronomes sur ce qu'il convien-

drait de faire ou de ne pas faire, mais passent par le renforcement des stratégies des personnes et des groupes rendant possible cette activité intentionnelle qu'est la construction de la santé².

D'autre part, dans une telle optique, le travail ne se résume évidemment pas au seul travail salarié visible. Le développement de multiples formes atypiques de travail, l'existence d'un immense travail non rémunéré de reproduction et de soins qui est réalisé pour l'essentiel par les femmes, le fait que, pour un nombre croissant de personnes, le travail socialement reconnu peut être entrecoupé de multiples périodes de chômage, voilà autant de facteurs qu'une réflexion sur le rapport entre santé et travail se doit de prendre en considération. Dans l'ensemble des pays industriels, la plupart des données disponibles sur la santé des femmes sont marquées par un paradoxe. Leur espérance de vie dépasse celle des hommes de plusieurs années tandis qu'une partie des facteurs de morbidité et des modes de vieillissement handicapant dénotent souvent des atteintes majeures à la santé dont l'explication ne peut être ramenée aux seules différences biologiques. Sans prétendre tout expliquer par le travail, il nous paraît clair que le fait que les femmes accomplissent la partie la plus importante du travail global (salarié et non-salarié) contre des rémunérations et une reconnaissance sociale nettement inférieures à celles des

hommes constitue un des éléments d'explication de cette situation. De plus, la ségrégation professionnelle place généralement les femmes dans des activités où les atteintes à la santé sont beaucoup moins visibles que pour les activités à prédominance masculine³.

Socialiser les stratégies de prévention

C'est pourquoi, une simple amélioration des procédures de coopération entre la médecine du travail et les acteurs de la santé publique ne peut constituer à elle seule une stratégie efficace. Certes, elle est indispensable ne fût-ce que pour renforcer la visibilité des problèmes à travers des recherches d'épidémiologie systématiques. Mais ce qui nous semble essentiel, c'est le développement de la socialisation de la prévention. Cette socialisation se présente sous une double dimension. Il s'agit pour les différents acteurs professionnels et institutions intervenant dans le domaine de la santé de se doter de moyens communs de connaissance et d'intervention. À cet égard, les aspects les plus novateurs de l'expérience de la santé publique italienne dans les quelques régions où la réforme sanitaire de 1978 a été réalisée peuvent contribuer à nos débats de même que l'expérience des fonds pour le milieu de travail des pays scandinaves. Il n'est pas inutile de rappeler qu'avec une population dix fois inférieure à celle de la France, la Finlande s'est dotée d'un institut de santé au travail possédant un nombre de chercheurs comparable à celui de l'INRS. Mais il ne s'agit pas uniquement des moyens mis en œuvre. La recherche scandinave frappe par l'élargissement des thèmes étudiés dans le cadre du rapport entre santé et travail. Il suffit de rappeler la prise en compte de la subjectivité dans les recherches consacrées aux effets des solvants, de l'intérêt très fort marqué pour la qualité du travail en termes d'autonomie et de réalisation dans ses rapports avec la santé, de l'attention portée à la division sexuelle du travail. Chacun de ces exemples démon-

tre que le succès d'une coopération multidisciplinaire dépend étroitement de la demande sociale.

L'autre dimension de la socialisation se trouve dans les rapports entre les acteurs professionnels, les collectifs et les personnes qui construisent leur santé quotidiennement. L'illusion que l'on puisse faire une prévention efficace en définissant les priorités et les conduites à adopter sans la participation des personnes et des groupes directement intéressés, l'idée que l'indépendance professionnelle implique une sorte de neutralité équidistante dans les rapports sociaux se heurtent au constat que le champ traditionnel de la prévention ne correspond pas au champ – beaucoup plus large – de la construction de la santé. Le rapport entre la santé et le chômage en fournit une excellente illustration. Les effets désastreux du chômage sur la santé des personnes ne sont plus à démontrer. Par contre, il n'existe que peu d'études sur la manière dont les conditions de travail antérieures contribuent au chômage (et à la spirale de l'exclusion) entre autres à travers ce qu'elles ont impliqué comme atteintes à la santé⁴. Mais il apparaît avec évidence que ce lien très fort entre le chômage et la santé ne permet pas de passer à une prévention médicale ou sanitaire du chômage. Autrement dit, il existe un écart entre les connaissances que l'on peut avoir de l'impact de l'exclusion du travail sur la santé et la possibilité de passer à des pratiques de prévention. Dans ce domaine, ce que la socialisation des politiques de prévention peut produire, c'est une contribution aux débats sociaux sur le caractère acceptable ou non du chômage, sur la nécessité (et les stratégies possibles) de son abolition ou sur la recherche de simples formules d'accompagnement social (et sanitaire) de celui-ci. Il en est de même dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail. Une simple politique d'accompagnement sanitaire de celles-ci risque d'être très frustrante. Certes, l'on peut constater l'impact sur la santé mentale et psychique des personnes de politiques de flexibilité qui renforcent la subordination des besoins humains à

la compétitivité des entreprises. De même, l'on peut étudier les conséquences du travail posté, du travail nocturne ou du travail répétitif sur la santé. Mais il est douteux que les seules institutions chargées de la santé publique et de la santé au travail puissent infléchir de façon significative ce qui relève de choix de société. ■

• Références

¹ Comment ne pas évoquer cette intervention d'un haut responsable du ministère belge de la Santé qui, à l'occasion de la journée antitabac s'indignait du fait que les infirmières qui sont en contact quotidien avec les patients fument beaucoup plus que la moyenne des femmes ? Il semblait y voir une sorte de perversion inexplicable et ne songeait pas à établir un lien quelconque entre les conditions de travail des infirmières (et le fait qu'il s'agit d'une des rares catégories professionnelles principalement féminine à travailler massivement la nuit) et leur consommation de tabac.

² Sur cette notion d'activité intentionnelle de construction de la santé, nous nous référons en particulier à Ch. Dejours, *Problématiser la santé en ergonomie et en médecine du travail* (exposé présenté au Congrès de la Self à Genève en 1993).

³ La notion d'invisibilité du travail féminin a été développée par des chercheuses québécoises. Voir K. Messing, *L'invisible qui fait mal : impact du travail sur la santé des femmes*, Montréal (multicopié), 1993. Sur la santé des femmes et le travail, on se reportera notamment à un rapport de synthèse récent de l'OCDE: *Women, work and health. Synthesis report of a panel of experts*, Paris, 1993 et à une thèse de doctorat: B. de Macedo, *En tissant voiles et linuels. Le rapport travail-santé des ouvrières de Rio Tinto (Nordeste Brésil) : une analyse en termes de rapports sociaux de classes et de sexes. 1924-1991*, Thèse pour un doctorat de sociologie du travail (Université Paris 7), Paris, 1993.

⁴ Voir D. Dessors, J. Schram et S. Volkoff, Du handicap de situation à la sélection exclusion. Une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques, *Travail et Emploi*, n° 48 (1991), p. 31-47.

Laurent Vogel

Chargé de recherche au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (Bruxelles)