

En quoi l'évaluation des risques peut-elle faire évoluer la prescription de leur prévention ?

Philippe SOTTY

*Ingénieur de prévention
à la DRTEFP PACA*

*Doctorant en sciences de gestion
au Laboratoire d'Economie et de
Sociologie du Travail*

*Unité Mixte de Recherche 6123
CNRS et Universités de Provence et de
la Méditerranée.*

*LEST, 35, Avenue Jules FERRY
13 626 Aix en Provence
psotty@univ-aix.fr*

Le dispositif actuel de prévention des risques professionnels, s'il a manifestement permis d'importants progrès et en particulier une forte réduction du nombre des accidents du travail, connaît des difficultés pour appréhender les nouvelles situations de travail et de risques, notamment en matière de santé. C'est dans ce contexte que sont apparus de nouveaux concepts, comme celui d'évaluation des risques. D'essence européenne et plus particulièrement anglo-saxonne, il n'a pas encore trouvé sa déclinaison opérationnelle en France. Ceci a motivé mon travail de recherche en science de gestion, dont la présente communication ne rend que très partiellement compte. Celui-ci repose sur l'idée que la démarche d'évaluation des risques, en contribuant à articuler, dans l'entreprise, les différents prescrits dans l'activité de travail, peut donner plus de pertinence et d'efficacité, aux actions de prévention. Ce texte est construit en 3 parties. La première présente succinctement l'état de la littérature relative aux concepts relatifs à la prévention, la deuxième, quelques résultats de ma recherche, qui sont analysés dans la troisième partie.

1 - EVOLUTION ET BESOIN DE STABILISATION DES CONCEPTS RELATIFS À LA PRÉVENTION

L'évolution du contexte des entreprises et des risques amène une nécessaire évolution des concepts, donc des acteurs et des pratiques. Pour répondre à la question «en quoi l'évaluation des risques peut-elle faire évoluer la prescription de la prévention», il est indispensable de mobiliser plusieurs familles de concepts.

Du concept d'accident à celui de risque ...

Sur le plan conceptuel, la notion de risque est encore souvent circonscrite à l'accident. Ceci limite l'approche à être plus curative que préventive. Comme l'indique Favaro, "la prévention s'exerçant nécessairement sur des risques (et non pas sur des accidents), la question de la nature du lien prévention - accidents revient à développer la nature du lien risque - prévention." Le risque est un concept qui tend à se stabiliser, autour de la rencontre d'un salarié avec un danger (facteur de risque). Le

concept d'évaluation des risques est beaucoup moins avancé dans sa construction, notamment pour les questions de santé.

...du risque à son évaluation et à sa gestion...

Pour Lascoumes «à une conception du risque comme danger à éliminer grâce au développement scientifique et à l'action normative aurait succédé une conception du risque comme aléa à gérer.» Pour Hubert et Peretti-Wattel, le passage nécessaire à la notion de risques, puis à celle d'évaluation des risques, introduirait celle de gestion des risques, qui implique l'intrusion du politique et du social dans un domaine jusqu'ici réservé aux seuls experts. L'évolution de la notion d'évaluation des risques relève donc d'une construction, et celle-ci comporte à la fois des éléments de rupture et de continuité. Certains y voient une volonté de dérégulation. D'autres considèrent qu'elle ouvre l'opportunité de mieux prendre en compte la réalité des problèmes, en définissant les règles au plus près des situations de travail. Dans cet esprit, la Confédération Européenne des Syndicats y voit l'opportunité, pour les représentants du personnel de se réapproprier le champ de la prévention, en étant davantage acteurs de celles-ci.

Sur le plan méthodologique, les démarches d'évaluation des risques oscillent entre deux extrêmes ; l'approche descriptive, souvent quantitative d'une part et l'approche compréhensive d'autre part. Certains auteurs (Cuny, Vogel, ...) l'évaluation des risques optimale relève d'une bonne articulation entre les dimensions scientifique et technique d'une part et l'approche empirique, «profane», de l'autre, c'est à dire par la réalité du travail au travers du point de vue des opérateurs.

Quel que soit le mode d'approche, le risque est considéré comme une construction sociale, et son évaluation comme une convention. L'école des cindyniques (Kervern), retient dans ses deux premiers principes ; d'une part la «relativité» du danger (la perception du danger est relative à la situation et à l'acteur qui la perçoit), et d'autre part la «conventionalité» (les mesures du risque sont subordonnées à des conventions entre les acteurs). Ces conventions reposent sur les représentations des acteurs et leurs modes de régulation.

...les composantes de la gestion : représentations, régulation, conventions, expertise,...

Plusieurs auteurs (Reynaud, Vauclin, Abord de Châtillon,...) font de la régulation une composante centrale de la santé-sécurité au travail (SST). Ils regrettent que la régulation de contrôle ou unilatérale, constitue le mode de régulation très largement dominant. Cela renvoie pour ces auteurs au paradigme du facteur humain, qui repose sur deux conceptions de l'homme au travail ; le modèle de la "défaillance" qui considère que l'homme est un facteur de non-fiabilité dont il faut essayer de réduire les possibilités d'erreurs, et le modèle des "ressources humaines" qui considère que l'homme est un facteur de fiabilité, et que celle-ci est en lien notamment avec l'autonomie dont il dispose. Cette autonomie relève d'une régulation conjointe entre la hiérarchie et les opérateurs. Cette forme de régulation suppose donc une capacité de construction collective au niveau des opérateurs, et une capacité de régulation entre ces collectifs et la hiérarchie. Apparaît alors la notion d'apprentissage collectif de la SST, tant au niveau de l'activité de travail que des relations entre opérateurs et hiérarchie. On pourrait parler alors d'un savoir-faire, et même de construction d'un savoir partagé. L'évaluation des risques peut contribuer à faire évoluer les pratiques de prévention vers une régulation conjointe, en infléchissant ainsi le mode de prescription de la prévention.

... évaluation et gestion : complémentarité et antagonisme ...

Selon Hubert, l'évaluation doit reposer sur des critères objectifs, alors que la gestion peut intégrer des éléments d'opportunité, et relève de choix «politiques» dès lors ou ceux-ci reposent sur une bonne évaluation des risques et font l'objet d'une transparence des décisions. Cette transparence doit reposer sur un espace de discussion.

Au niveau de l'entreprise, nous pouvons faire l'hypothèse que le CHSCT peut être cette instance de régulation entre les acteurs. Pour qu'il puisse

1 - Pour Chouraqui :«Un ensemble réglementaire est un dispositif de régulation socio-juridique qui, en rapprochant règles et acteurs, organise la complémentarité et l'articulation des modes (juridique et social) et des niveaux de la régulation concernée : il associe, au niveau central, quelques règles générales de contenu et des règles de procédure qui confient l'essentiel de la régulation substantielle à une régulation décentralisée, négociée et/ou participative ; il comprend donc aussi, au(x) niveau(x) décentralisé(s), les règles complémentaires et leurs producteurs, acteurs délégués d'un pouvoir normatif».

être un ensemble régulateur, telle que définit par Chouraqui¹, il doit posséder plusieurs qualités ; rapprocher règles et acteurs et donc organiser la complémentarité et l'articulation des modes (juridique et social), associer au niveau central, quelques règles générales de contenu et des règles de procédure qui confient l'essentiel de la régulation substantielle à une régulation décentralisée.

Dans le domaine santé-sécurité, le niveau central définit bien plus que des règles générales de contenu, et de plus en plus de règles de procédure. Se pose donc la question de la régulation "décentralisée", à laquelle peut contribuer le CHSCT. Elle doit reposer sur des représentations communes de la situation, qui permettent de construire ce que certains auteurs appellent des conventions, ou «référentiels opératifs communs» : il s'agit d'une représentation partagée par ceux qui ont à réaliser le même objectif et qui est élaborée pour servir la réalisation de cet objectif. Le «référentiel opératif commun», pour reprendre l'expression de Leplat et De Terssac, a trois caractéristiques ; il est opératif au sens où il est construit pour servir la préparation et la réalisation de l'action projetée ; il est donc éphémère et transitoire. Il est ensuite élaboré en commun par ceux qui sont impliqués dans la préparation et la réalisation de l'action. Enfin, il est élaboré par une mise en commun des compétences de chacun. Cette mise en commun nécessite un minimum de représentations communes de la part des acteurs de la prévention.

... les règles ...

Les règles jouent en matière de SST un rôle important, tant ce champ est normé. Weber considère que «les agents sociaux obéissent à la règle quand l'intérêt à lui obéir l'emporte sur l'intérêt à lui désobéir.» Ceci, en matière de prévention me paraît pertinent, tant pour les employeurs que pour les salariés. Bourdieu décrit l'habitus comme ayant partie liée avec le flou et le vague, mais précise que «cette part d'indétermination, d'ouverture, d'incertitude, est ce qui fait qu'on ne peut s'en remettre complètement à lui dans les situations critiques dangereuses. On peut poser en loi générale que plus la situation est dangereuse, plus la pratique tend à être codifiée. Le degré de codification varie comme le degré de risque.» Il propose comme définition transculturelle de l'excellence en la matière que c'est le «fait de savoir jouer avec la règle du jeu jusqu'aux limites, voire jusqu'à la transgression, tout en restant en

règle.» Pour Chouraqui, le nécessaire développement du contractuel ne remet pas en cause le droit, mais requiert de nouveaux équilibres, notamment juridiques, permettant flexibilité et cohésion sociale, en positionnant autrement la légitimité de la règle juridique dans le tissu social et économique. Ces nouveaux équilibres, à construire, sont, toujours selon Chouraqui, de nature à renforcer le rôle de tous les acteurs, y compris de l'état.

... régulation et conventions ...

Pour analyser les jeux avec la règle, Reynaud indique que «confier la tâche de faire respecter la règle à un corps spécialisé c'est s'assurer que le corps social réagira plus sûrement à l'infraction mais c'est aussi durcir la règle en la rendant moins susceptible d'être renégociée. Déléguer à un tiers la défense de la règle c'est donc en partie la soustraire à la négociation.»

Reynaud, toujours dans «Les règles du jeu» considère qu'il est en réalité admis que la règle ne s'applique que dans certaines conditions et aussi qu'elle est souvent un objectif plutôt qu'une obligation. Il évoque la «contrainte qui ne suffit pas, il faut l'adhésion : c'est la légitimité.» Dejours insiste lui sur les «liens de coopération en tant que «règles de travail» construites par les agents d'un collectif pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation prescrite du travail.

De cette analyse bibliographique, la régulation me paraît être une composante clé. La régulation conjointe est un mode de relations professionnelles qui favorise la prévention. Le CHSCT peut constituer un ensemble régulateur permettant d'articuler règles et acteurs. Certains aspects méritent une analyse plus critique, tel que par exemple la séparation entre évaluation et gestion.

2 - MISE À L'ÉPREUVE DE QUELQUES CONCEPTS :

2.1 - le terrain de recherche : 4 établissements de soins

Pour tester mon hypothèse, j'ai sollicité comme terrain de recherche 4 établissements de soins, qui ont des missions identiques (traitement des cancers), une taille variable de 500 à 900 salariés et sont situés à Lyon, Marseille, Montpellier et Nice. L'approche de ces établissements c'est faite selon deux modes : des entretiens avec

des membres des CHSCT et des personnes ressources en matière de prévention d'une part, et d'autre part l'analyse de documents relatifs au CHSCT et aux actions de prévention.

Ces établissements sont dans une logique de développement médico-scientifique, contrainte par une obligation de maîtrise des dépenses. Leur nouvelle convention collective nationale a réduit certains avantages sociaux, dans un contexte d'intensification du travail et d'augmentation de la technicité. La montée en puissance des normes et des règles d'accueil et de sécurité pour le malade, induit en corollaire une préoccupation plus forte en matière de responsabilité. Globalement, même si l'activité est très normée, il existe une grande variété de modes de fonctionnement.

2.2 - L'organisation et les acteurs de la prévention dans ces établissements :

L'organisation de la prévention dans les 4 établissements étudiés comporte certaines spécificités, plus particulièrement dans 3 domaines ; un engagement variable des directions, en relation avec le mode de management, une prise en charge de la prévention non spécialisée mais intégrée à certaines fonctions, et des logiques de programmation variable selon les centres et les risques.

Concernant les acteurs de la prévention, le CHSCT constitue un lieu important de leur régulation. Le schéma ci-dessous résume leur

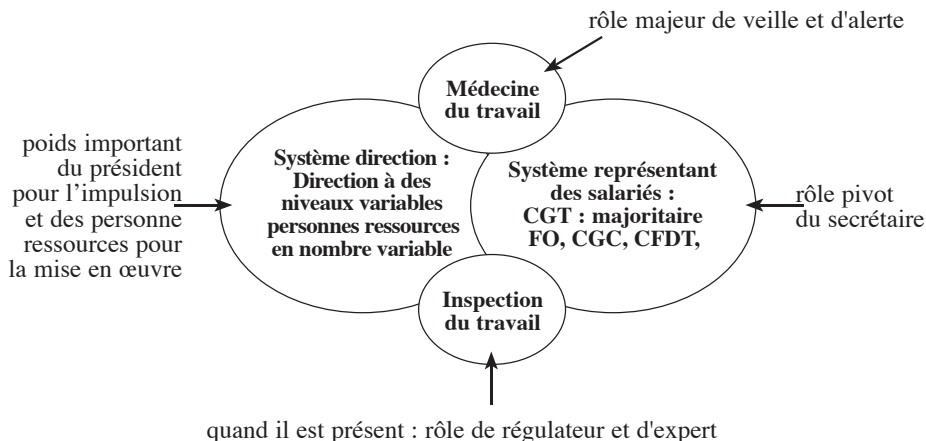
positionnement.

Concernant les acteurs du CHSCT, on peut dire en substance que l'implication de la direction, et donc son impulsion est en relation avec son intérêt pour le CHSCT. Le secrétaire y joue un rôle "pivot" stratégique. Le médecin du travail y est positionné sur une logique de veille, de validation et d'alerte, donc plus curative que préventive. La présence de l'inspection du travail est proportionnelle au besoin de régulation et/ou à la demande du CHSCT. Enfin, plusieurs personnes ressources y contribuent moins en matière d'évaluation des risques et plus en terme de validation des problèmes qui y sont exprimés, et de mise en œuvre des solutions.

Pour les 4 établissements, le fonctionnement ne se limite pas à l'information, et ne va qu'exceptionnellement jusqu'à la cogestion. Il se situe plutôt dans le registre de la concertation, contrainte ou volontaire, qui peut aller jusqu'à la collaboration de gestion. Que les débats y soient participatifs ou conflictuels, ils permettent toujours d'aller au-delà de la simple information. La direction, quelle que soit la qualité des débats, garde toujours la responsabilité des décisions et de leurs mises en œuvre.

2.3 - Les pratiques en matière d'évaluation et de prévention des risques

Plusieurs démarches relèvent d'une véritable évaluation des risques, d'autres, bien qu'en portant le nom, n'en sont pas. Le concept



d'évaluation des risques n'est que très peu mobilisé. On peut résumer ainsi l'approche de l'évaluation des risques ; elle se fait par les salariés, de manière plus empirique que méthodologique, plus profane qu'experte. Elle est tantôt analytique, tantôt technico-réglementaire. Son approche empirique donne une grande importance au contexte et aux représentations. Les collectifs, qui sont décrits comme étant forts dans les établissements hospitaliers, sont eux-mêmes producteurs d'analyse de l'activité et de prescrit. Par contre, le danger traité, le dispositif réglementaire qui l'encadre et les personnes qui ont la charge de sa prévention font varier cette approche. Celle-ci permet d'appréhender les problèmes concrets, mais permet difficilement de traiter des risques à effets retardés et de réaliser des approches globales. La définition des priorités d'actions relève plus d'éléments conjoncturels (dysfonctionnement d'une installation, caractéristiques des locaux,...) que d'une évaluation des risques approfondie. Ceci explique sans doute le fait que les 4 établissements, bien que confrontés aux mêmes risques, ne se fixent pas les mêmes priorités. Elles relèvent plus d'une juxtaposition de cas particuliers que d'une logique de programmation globale et prospective.

Quelques actions globales sont néanmoins menées, quelques fois sur l'initiative des établissements, le plus souvent en réponse au prescrit externe. Il ne s'agit plus de démarche ascendante mais descendante. Quelques actions de ce type existent dans les établissements, et ont démontré leur intérêt.

Concernant l'ensemble des actions menées, les décisions sont prises par la direction, avec un niveau de délégation variable aux responsables hiérarchiques ou fonctionnels. Plus le niveau du président le permet, plus elles sont prises en CHSCT. Dans la démarche décrite précédemment, on constate qu'il est très difficile d'isoler de qui relève de l'évaluation ou de la gestion, et de rattacher une action à un acteur spécifique.

En résumé, la logique est ascendante pour l'identification des dangers, dans le cadre de démarches souvent empirique qui donne une grande place aux salariés. L'approche est plutôt curative pour le traitement des problèmes particuliers, et préventive dans le cadre d'actions globales. Ce mode d'expression des problèmes, et de relations entre les acteurs constitue une convention, qui comporte des spécificités selon les établissements, les risques, ...

2.4 - Les spécificités de quelques risques

J'ai pu réaliser une analyse comparative de l'approche de trois risques dans l'un des établissements. Le tableau suivant montre que la démarche de prévention des «accidents avec exposition au sang» (AES), bien que faisant l'objet d'un prescrit externe moindre par rapport à la radioprotection, bénéficie d'un portage interne fort, compte tenu du risque de contracter le SIDA. Son approche, quand elle est globale et participative, intègre bien nos fondamentaux en matière d'évaluation des risques ; association des salariés, prise en compte de la réalité du travail, et des dimensions techniques organisationnelles et humaines, analyse des modalités d'expositions des salariés au danger. La prévention des AES a évolué au cours du temps. Elle a débuté par l'acquisition de matériel sécurisé, donc par une approche essentiellement technique. Celle-ci a permis des progrès et a induit la nécessité d'une approche plus globale intégrant les dimensions humaines et organisationnelles. Ce type d'approche n'est pas développé dans tous les centres. Par contre ils ont tous mis en place les conduites à tenir en cas d'accident avec exposition au sang.

Un centre a réalisé une action forte et globale, depuis plusieurs années. C'est l'une des actions qui m'est apparue se rapprocher le plus des "fondamentaux" évoqués précédemment. La démarche est stabilisée et repose sur quelques étapes simples ; information du personnel ciblé, puis réunion de travail dans les services, avec une forte implication du personnel pour étudier ses problèmes spécifiques et rechercher avec lui les solutions qui peuvent être adoptées, acquisition du matériel le plus en pointe en matière de prévention,... La personne ressource concernée bénéficie de plusieurs qualités, en terme de fonction, de statut et de connaissances. Elle est infirmière, encore en fonction. Elle bénéficie de l'appui d'une structure externe experte en la matière, ce qui lui permet de mieux connaître les modalités de genèse des accidents, ainsi que les évolutions techniques et celles relatives au prescrit externe. Elle a été membre du CHSCT, ce qui lui a permis de porter les problèmes devant cette instance. Ces éléments contribuent à lui donner la légitimité requise auprès des salariés.

Pour les AES, quand c'est une infirmière qui est chef de projet, elle aura tendance à privilégier son activité de travail, donc la prévention en amont, c'est à dire à prévenir les piqures. Les médecins du travail, quant à eux, se sont plutôt vus confiés la mise en place de la conduite à tenir en cas d'accident, c'est à dire vers la prévention de l'apparition d'une maladie après l'accident. certains participent à des actions plus globales.

La prise en charge de la radioprotection interroge certains salariés. On peut formuler deux hypothèses explicatives ; le risque difficilement palpable lié à la radioactivité laisse libre cours à ce que certains appellent des «fantasmes». D'autre part ce risque est géré de manière technicienne, dans une logique technico-réglementaire. Les mesures de prévention mises en œuvre sont réelles, mais non ou peu concertées, et intègrent peu l'analyse des modalités d'exposition des salariés. Les niveaux d'exposition sont apparemment bons, mais le fait que certaines personnes ne portent pas les équipements en permettant la mesure, en limite la crédibilité. Il faut noter que la radioprotection

peut être appréhendée de manière plus globale, moins technico-réglementaire.

Un seul centre a engagé une action sur la charge mentale. Elle a connu de grandes difficultés de mise en œuvre. Elle a pourtant mobilisé, momentanément, des moyens lourds (groupe de travail, intervenant externe, ...). Elle s'est déroulée en deux phases. La première, menée empiriquement en interne, a conclu à la nécessité d'une expertise externe. La deuxième phase a donc bénéficié d'une intervention externe, que la direction n'a pas suffisamment soutenue. Certains considèrent que l'absence de réglementation a été et demeure une lacune importante. D'autres, tout comme certains experts du sujet, estiment plutôt qu'il est difficile de poser collectivement des problèmes dont on ne connaît pas les solutions. On notera la grande difficulté d'exprimer globalement ces questions, y compris pour le médecin du travail, qui préfèrent traiter ces problèmes au cas par cas. La mise en place d'un accompagnement individuel tend à se généraliser.

risque caractéristiques	Accident avec exposition au sang	Radioactivité	Charge mentale
Niveau de prescrit externe	Faible réglementairement, fort au niveau des règles de l'art	Fort, voire très fort	Très faible voire nul
Qui apporte et/ porte le prescrit externe ?	la personne ressource	la personne ressource	personne compte tenu de la faiblesse du prescrit externe
Niveau de perception du risque	Fort pour le SIDA, plus faible pour les hépatites, alors que le risque est plus important	Variable selon les personnes	Fort mais difficultés d'exprimer un problème dont on ne connaît pas les solutions
Type de gestion du risque	Participatif et global	Mode expert, technico-réglementaire	Empirique, puis participatif, puis expert
Apport d'expertise	L'infirmière en activité, chef de projet, est affiliée au GERES, reçoit ses informations et suit ses formations.	La physicienne «experte» est membre de deux associations spécialisées, auprès desquelles elle se forme et s'informe.	Aucun expert au cours de la phase «empirique». L'expert externe a animé la phase participative. Un psychologue prendra en charge la souffrance individuelle.
Prise en compte des dimensions techniques, organisationnelles et personnel	Approche globale articulant les trois dimensions	Approche privilégiant les aspects techniques et personnel	Approche organisationnelle, puis humaine.
Perception de l'efficacité	Cette action est jugée la plus efficace, compte tenu de son mode d'approche et de ses résultats	Difficulté à percevoir le risque, donc l'efficacité de l'action. L'approche experte ne contribue pas à son appropriation par les salariés.	Les deux premières phases empirique et participative sont difficiles à capitaliser. Une approche individuelle par un psychologue va débiter.

En résumé, si la radioprotection fait l'objet d'un prescrit fort, elle est plutôt traitée avec une approche technico-réglementaire de type expert. La charge mentale dispose elle d'un prescrit faible voire nul. Elle ne fait pas l'objet d'approche globale mais d'accompagnement individuel des salariés. Pour les AES, on note 3 formes d'approche : acquisition de matériel sécurisé, peu d'approche préventive globale, et la mise en place de la conduite à tenir en cas d'AES. L'approche globale des AES relèverait plutôt d'une forme de régulation conjointe, au sens de Reynaud, alors que celle de la radioprotection d'une régulation de contrôle. Les "fondamentaux" de l'évaluation des risques sont diversement mis en œuvre. Ainsi, l'approche par les composantes techniques, organisationnelles et personnelles paraît être bien mises en œuvre pour les AES, mais beaucoup moins pour la radioprotection.

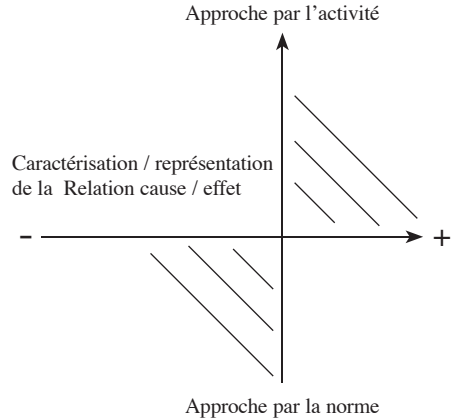
3 - ANALYSE :

3.1 - Perception et représentation des risques :

Elles conditionnent l'approche de la prévention. Le tableau ci-dessous montre que pour identifier les dangers, les profanes s'appuient davantage sur l'analyse de l'activité, et que les experts privilégient la norme. Les connaissances scientifiques et techniques sont très rarement mobilisées pour argumenter une position.

D'autres critères interviennent dans la perception du risque, tels que leur contrôlabilité et leur évaluateur. Ainsi, pour de nombreux auteurs, l'estimation du risque pour soi s'avère presque toujours inférieure à leur estimation du risque pour autrui. Selon Perreti-Wattel, ce type de biais d'optimisme est variable, notamment en fonction de la contrôlabilité des risques. Dans les établissements étudiés, si certains facteurs de risques sont objectivables (température,

manutention, ...), d'autres sont difficilement détectables et potentiels (radioactivité, cancérigènes, agents biologiques, charge mentale, ...). On peut considérer que plus le risque est objectivable et plus on part de l'activité, moins il l'est et plus on part de la norme.



3.2 - Les jeux d'acteurs

L'une des spécificité de la prévention, notamment par rapport aux autres institutions représentatives du personnel, est son fort besoin en connaissances et en expertise.

L'expertise est mobilisée sur un mode normatif. Le mode d'approche, voire d'évaluation des risques, descendant, existe aussi, il est moindre. Il repose sur une logique normative, sur laquelle s'appuient les experts, y compris le médecin du travail. L'expert, souvent juge et partie, est donc peu mobilisé pour l'identification des dangers, mais plus pour la régulation par l'évaluation des problèmes posés, et pour la définition des solutions qu'il aura à mettre en œuvre. Certains

Mode \ acteur	Profane	Expert	Médecin du travail
Analyse de l'activité	+++	+	+
Référence à la norme	+	++	++
Connaissances scientifiques et techniques	*	+	+

* Pour le profane, les connaissances et les normes sont sans doute intégrées au savoir-faire, aux règles de

salariés ou représentants des salariés possèdent une expertise. Ainsi, la définition et la mise en œuvre des actions de prévention par des «pairs» des salariés concernés, encore en activité, et qui bénéficient d'une bonne expertise, est positive. Dans le même ordre d'idée, Chouraqui a montré que la participation directe des salariés à des actions n'était pas contradictoire avec la participation représentative qu'est le CHSCT. Au contraire cette forme est indispensable et son efficacité est liée à la qualité de la relation entre les deux formes de représentations.

Même s'il est difficile de distinguer les contributions de chacun, le tableau ci-dessous tente de les schématiser, en synthétisant les éléments évoqués précédemment.

La fonction et les connaissances de chaque acteur influent sur son activité en matière de prévention. Les salariés assurent la remontée du plus grand nombre de problèmes. Les connaissances scientifiques et celles relatives à l'activité ne sont toutefois pas étanches, il y a des dynamiques entre les deux, plus encore dans les établissements, compte tenu du niveau de qualification élevé des salariés. Ils sont tantôt experts et tantôt profane. Cette distinction est utile pour distinguer les contributions de chacun. Il est par contre dangereux de trop la marquer, notamment par une opposition théorie / pragmatisme, dans laquelle l'expert serait objectif et abstrait et le profane subjectif et concret. Ceci peut expliquer les difficultés de compréhension entre experts et profanes. L'expert peut par abstraction avoir une bonne représentation du risque, ce qui est

plus difficile pour le profane. Le seuil proposé par la norme devient alors un point de repère "objectif". Cette forme d'incompréhension est particulièrement constatée dans le domaine de la radioprotection. Une bonne relation entre ces deux registres de connaissance nécessite un apprentissage entre l'expert et le profane. Cet apprentissage passe par une meilleure prise en compte de la réalité du travail par l'expert et par l'acquisition de connaissances par le profane. Il ressort de ces jeux d'acteurs, que l'articulation expert / profane est une clé du succès. Plus le risque est facile à caractériser plus les acteurs se réfèrent à l'activité, plus il est difficile plus ils se réfèrent à la norme. Plus l'action est globale, et plus elle est analytique, plus elle mobilise des connaissances médico-scientifique et de l'activité, et plus elle devient préventive. Les médecins du travail rencontrés regrettent de ne pas avoir davantage de temps pour participer à ce type d'actions.

3.3 - Les jeux avec la règle

Trois niveaux de règles doivent être appréhendés ; le prescrit externe (droit, norme,...), et le prescrit interne que l'on trouve à deux niveaux. Ce dernier est limité et peu formalisé et s'exprime surtout sous forme de conventions informelles au niveau global des établissements. En revanche, il est très formalisé dans les services, sous forme de procédures qui influent sur l'activité, en étant intégré aux protocoles de soins notamment.

Le prescrit externe est apporté et porté essentiellement par les personnes ressources, auquel

	Salariés	Représentants des salariés	Personnes ressources	Direction	Médecin du travail	Inspection du travail	CRAM
Identification des dangers	+++	+++	+		+		
Caractérisation du risque	+	+	+++		+++	+	+
Elaboration des solutions	+	+	+++	+	+		+
Décisions			+	+++			
Portage de la mise en œuvre des actions		+	+++	+	+		
Evaluation des actions		+	+	+	+	+	

la direction donne généralement les moyens d'information et de formation. Il peut également être apporté et porté par les représentants du personnel, notamment suite à la formation obligatoire des membres de CHSCT. Bien que la règle soit une composante importante de la SST, le recours au prescrit externe est globalement hétérogène. L'approche du droit par les directions est hétérogène. Si certains textes sont considérés comme une obligation, d'autres relèveraient davantage d'une gestion en "bon père de famille". Pour les représentants du personnel, c'est avant tout un levier, et pour les personnes ressources une justification de certaines de leurs actions.

Plusieurs exemples illustrent les différents modes d'usage du prescrit externe et leurs transcriptions en prescrit interne. Ainsi, concernant le tabagisme, dans plusieurs centres, ce problème a réapparu chez le personnel. Les directions souhaitent généralement le régler par une application stricte des textes réglementaires, en privilégiant l'interdiction. Les représentants du personnel au CHSCT ne souhaitent pas "cautionner" ce type de décision, et souhaitent que d'autres solutions soient privilégiées (locaux spécifiques,...). La question du tabac sur les lieux de travail illustre bien l'approche sociale du risque et de sa prévention.

Le temps alloué au médecin du travail relève lui aussi d'une approche normative. Ainsi, celui-ci a été augmenté dans 2 établissements en s'appuyant sur la réglementation, plutôt que sur la définition des besoins.

Dans un établissement, c'est suite à la formation de certains de ces membres que le CHSCT a appris que la préparation des médicaments anticancéreux devait se faire à la pharmacie centrale, dans un équipement assurant la protection des salariés et pas dans les services de soins. Cela a donné lieu à une forte revendication, qui a été satisfaite par des mesures organisationnelles.

Plus généralement, les connaissances acquises au cours des formations relèvent essentiellement du prescrit externe, tel que l'obligation de formalisation du programme d'actions, des règles de manipulation de certains produits, ...

Ces quelques données relatives aux centres renvoient aux concepts développés au premier chapitre. Plus particulièrement à ceux développés par Reynaud sur la «contrainte qui ne suffit pas, il faut l'adhésion : c'est la légitimité», et sur

la règle qui ne s'applique que dans certaines conditions et aussi qu'elle est souvent un objectif plutôt qu'une obligation.

CONCLUSION

L'analyse des pratiques de prévention dans les établissements étudiés m'a permis de valider certains aspects, notamment ceux concernant la régulation. Son approche doit encore être approfondie, notamment en travaillant les questions de représentation, de perception et de construction sociale du risque, et les jeux d'acteurs ; plus particulièrement l'articulation expert/profane.

Par contre, le constat que l'évaluation et la prévention des risques relèvent davantage de l'expression de la demande des salariés, que d'une approche méthodique voire réglementaire, nécessite d'approfondir la compréhension des mécanismes mis en œuvre. Contrairement à ce que certains auteurs développent dans le domaine du risque technologique, les logiques d'évaluation et de gestion des risques sont très liées dans la pratique. Ceci ne doit pas dispenser d'une analyse plus fine des concepts.

Ainsi, l'évaluation des risques contribue à l'évolution de la prescription de leur prévention en donnant davantage de place à la régulation des acteurs, grâce à une meilleure articulation entre les registres juridiques et sociaux, et entre les différents registres de connaissances. La compréhension des modalités de construction de ces conventions doit permettre de mieux appréhender l'évaluation et la gestion des risques. C'est ce que je me propose de faire dans ma thèse.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABORD DE CHATILLON E., VAUCLIN S. La valse hésitation de l'autonomie et du contrôle en management de la sécurité au travail. Actes du dixième congrès de l'AGRH. 9 et 10 sept 1999. Lyon.

BOIX P., VOGEL L., 1999, L'évaluation des risques sur les lieux de travail – guide pour une intervention syndicale, Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la sécurité.

BOURDIEU P., Habitus, code et codification. Communication présentée à Neuchâtel en 1983.

CHOURAQUI A. Entre hétéronomie et anomie, l'autonomie régulée. Cinquième congrès de l'association française de science politique. Aix en Provence, 23 au 26 avril 1996.

CHOURAQUI A., PINAUD H., L'incontournable participation directe. Revue CFDT Aujourd'hui numéro 114 juin 1995.

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système. 1977. Editions du Seuil.

CRU D., Sur la prise de risque dans le BTP. Changer les représentations des opérateurs ou celles des préventeurs ?, Sécurité et médecine du travail, n° 97, 1992-b.

DEJOURS CHRISTOPHE. Coopération et construction de l'identité en situation de travail. Futur Antérieur. L'Harmattan. 1993/2.

DEJOURS CH., 1998. Souffrance au travail. La banalisation de l'injustice sociale, Seuil, collection Histoire immédiate.

FAVARO M. La sécurité dans l'entreprise : l'apport des sciences humaines. Rapport INRS. 1990.

HUBERT PHILIPPE. Approche comparée de quelques évolutions de la gestion du risque en France. CNRS. Séminaire du programme Risques Collectifs et Situations de Crise. Actes de la dix-septième séance. 27 avril 2000.

KERVERN G-Y. Le point sur les cindyniques au 1 septembre 1999. Les cindyniques sciences du danger. Albi. Ecole d'été «Gestion scientifique du risque». 6 au 10 septembre 1999.

LIVET P., THÉVENOT L. Les catégories de l'action collective. Dans : Orléan A. Analyse économique des conventions. Presse Universitaire de France. 1994.

MOISDON J-C, TONNEAU D. 1999. La démarche gestionnaire à l'hôpital. Tome 1 : Recherche sur la gestion interne. Editions Seli Arslan.

PERRETI-WATTEL PATRICK. Sociologie du risque. 2000. Editeur : Armand Colin. 286 pages.

REYNAUD E., REYNAUD J-D. La régulation conjointe et ses dérèglements. Le travail humain, tome 57, numéro 3/1994, 227-238.

REYNAUD J.D., Les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale. 1989. Armand Colin éditeur.

DE TERSSAC. G, CHABAUD. C. Référentiel opératif commun et fiabilité. Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes, 1990, p 110-139.

TRINQUET. P : Maîtriser les risques du travail. Presses Universitaires de France. 1996.

VAUCLIN S. La santé/sécurité au travail : de l'invention à la transformation d'un problème de gestion. Thèse en sciences de gestion. Université de Poitiers. 5 janvier 2000.