

Société Internationale d'Ergologie



Université Aboubekr Belkaid  
de Tlemcen (Algérie)



# Savoirs et développement Santé au travail et travail médical

Actes des IV<sup>o</sup> Journées Ergologie - Travail - Développement  
sous la direction d'Édouard Orban et Abdesselam Taleb





# EVLAB



**Centre Hémodialyse - Mansourah**

**Clinique Benhabib**

**H.T.D.S**



SIALCHIM

**GROUPE ENTC**



**Librairie Sofiane**



**Abeila**  
Confection

## Institut d'Ergologie, Université Aix - Marseille

Partenaires :

- Faculdade de Psicologia e de ciencias da Educacao Universidade do Porto
- Institut Méditerranéen de formation et recherche en travail social
- Société Algérienne de médecine du Travail

Avec la collaboration du:

- Laboratoire de Recherche **Toximed**
- Laboratoire de Recherche **Population et développement durable**

Avec le soutien de:

- **Agence thématique de recherche en sciences de la santé (Algérie)**
- **Centre d'épistémologie et d'ergologie comparatives - CEPERC- UMR-AMU CNRS 7304**

## Avant-propos

### Les journées Ergologie – Travail – Développement (ETD)

Le réseau ETD composé d'Africains du nord et sud-sahariens, de Latino-américains, d'Européens, se référant à la démarche ergologique (cf. ci-après la présentation de la Société Internationale d'Ergologie), propose de « revisiter l'activité humaine pour poser les questions du développement ». Il a comme objectifs de développer : une *perspective critique* visant à interroger les implicites, les théories, ... qui ne prennent pas en compte les dimensions et valeurs propres générées par des sociétés variées ; une *perspective constructive* consistant à articuler les ressources disponibles dans la modernité et les réserves alternatives diversifiées de ces sociétés.

Parmi ses initiatives, il organise tous les deux ans, des « Journées ETD ». Celles de 2007 à Maputo (Mozambique) mettaient en place le projet ETD, celles de 2009 à Belo Horizonte (Brésil) avaient pour objet de « Revisiter l'activité humaine pour repenser le concept de développement ; débats autour d'expériences locales », celles de 2011 à Porto visaient à mettre en place une formation au-delà des frontières.

#### IV<sup>o</sup> Journées : Savoirs et développement. Santé au travail et travail médical.

En 2013, la Faculté de médecine de l'Université Aboubekr Belkaïd de Tlemcen, dont le partenariat avec l'Institut d'ergologie de l'Université d'Aix-Marseille est bien établi, s'est proposée d'accueillir les IV<sup>o</sup> journées. Le thème de ces journées, *Savoirs et développement. Santé au travail et travail médical*, s'est imposé de lui-même. En effet comparer des activités médicales de différents pays conduit immédiatement à interroger les différentes conceptions de la santé, des savoirs, des conditions de vie, de l'environnement, ... Cette thématique a été déclinée en trois parties : Introduction à la problématique des savoirs ; Comparaison de pratiques en médecine du travail ; Pratiques de développement de la santé. L'hospitalité de l'Université de Tlemcen a permis de proposer aux participant(e)s qui le souhaitaient une journée supplémentaire de discussions soit autour d'une recherche internationale de comparaison de pratiques médicales, soit d'une présentation de l'approche ergologique.

Quelques 90 personnes (dont un tiers non Algériens), venant d'horizons professionnels et disciplinaires différents, ont participé de manière assidue à ces journées.

Nous tenons d'emblée à remercier Monsieur le Professeur Ghouali Nourredine, recteur de l'Université et toutes celles et ceux (trop souvent invisibles) qui ont assuré la qualité de l'accueil et du déroulement de ces journées.

Les Actes proposés ici reprennent les différentes interventions. Nous remercions les intervenant(e)s pour leur coopération à leur publication. Pour des raisons techniques, nous n'avons pu transcrire les questions pertinentes et les riches débats qu'ont suscités ces interventions. Elles ont grandement participé à l'intérêt de ces journées. Merci aux participant(e)s pour leurs contributions actives.

Merci enfin à Fanny Mortelmans qui a assuré la relecture de tous les textes tout en préservant les formulations initiales, expressions de formes différentes de pensée.

Édouard Orban – Abdesselam Taleb

Dans un encadré la liste des organisateurs, des partenaires et des soutiens

## Déroulement des journées

### Dimanche 27 Octobre 2013

Présidents: **Y. Schwartz - K. Meguenni**

#### Ouverture des journées à 17h :

17h00 – 17h40 Accueil, Université Abou Bekr Belkaïd Tlemcen (Algérie)

17h40 – 18h00 Présentation de la Société Internationale d'Ergologie (SIE)

*R. Di Ruzza (France)*

18h00 – 18h30 Bilan des quatre premières journées Ergologie Travail Développement (ETD)

*E. Echternacht (Brésil) – M. Lacomblez (Portugal)*

18h30 – 19h15 Présentation des IV<sup>e</sup> journées (ETD)

*E. Orban (France) - A. Nouroudine (Comores)*

### Lundi 28 Octobre 2013

Présidents: **A.m Nezzal - R. Jean**

#### Matin

#### Introduction à la problématique des transferts des savoirs:

9h00 – 9h20 "Corps naturel – corps produit"

*Y. Schwartz (France)*

9h20 – 9h30 Questions / Débat

9h30 – 9h50 "(Trans) former les connaissances et l'action par un dispositif d'échanges et de valorisation des expériences"

*M. Lion (France)*

9h50 – 10h00 Questions / Débat

10h00 -10h20 Transmettre en période d'innovation scientifique et technique ?

*M. Descolonges (France)*

10h20 – 10h30 Questions / Débat

10h30 – 10h50 Pause café

10h50 – 11h10 Les savoirs et pratiques « à l'Africaine » face à la question du fétichisme de la renormalisation

*F. Doumbia (Cote-d'Ivoire)*

11h10 – 12h15 Discussion

#### Déjeuner

## Après-midi

Présidents: **M. Mebtoul - Y. Pillant**

### Comparaison de pratiques en santé au travail:

14h00 – 14h40 Présentation des pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux (FPS)

*C. Laïb (Algérie) – L. Cunha (Portugal) – E. Echternach (Brésil)*

**M. Lacomblez (Portugal)**

14h40 – 15h45 Discussion

15h45 – 16h15 Pause café

16h15 – 17h30 Présentation de groupe - rencontre - travail (GRT) à l'hôpital

*S. Gueroui (Algérie) - A. Taleb (Algérie) - MH. Dassa (France)*

**R. Di Ruzza (France)**

17h30 – 18h00 Discussion

18h00 – 18h20 La relation soignants - soignés : quels rapports ?

*M. Mebtoul (Algérie)*

18h20 – 18h30 Questions / Débat

## Mardi 29 Octobre 2013

### Matin

Présidents: **P. Trinquet - C. Laïb**

### Pratiques en développement de la santé:

9h00 – 9h20 Présentation de la recherche (Algérie, Brésil, France) sur les pratiques hospitalières

**M. Scherer (Brésil)**

**F.Z. Ali Smail (Algérie)**

9h20 – 9h30 Questions / Débat

9h30 – 9h50 La parole du fou au Niger

*G. Aït Medhi.*

9h50 – 10h00 Questions / Débat

10h00 – 10h20 Penser les réponses de santé à partir du territoire

*Y. Pillant (France)*

10h20 – 10h30 Questions / Débat

10h30 – 11h00 Pause café

11h00 - 11h20 Problèmes de santé et maintien en emploi entre dispositifs et analyse de l'activité

*G. Brun (France)*

11h20 – 11h30 Questions / Débat

11h30 – 12h30 Synthèse et perspectives .

*E. Echternacht (Brésil) - A. Nouroudine (Comores)*

12h30 Clôture

**Déjeuner**

**Après-midi**

**Visite de Tlemcen**

**Mercredi 30 Octobre 2013**

**Matin**

**ATELIER -1- Groupe de recherche sur le travail médical.**

Présidente: **M. Scherer** (UNB, Brésil)

**ATELIER -2- Questions méthodologiques.**

Président: **E. Orban** (I. Ergologie, France)

## **Le Comité de pilotage journées ETD :**

*Abdesselam Taleb  
Université de Tlemcen (Algérie)  
ab\_taleb@hotmail.fr*

*Edouard Orban  
Institut d'ergologie, université Aix-Marseille (France)  
edorban@wanadoo.fr*

*Ali Hamza Cherif  
Université de Tlemcen (Algérie)  
ali.hamzacherif@yahoo.com*

*Eliza Echternacht  
U.F.Minas Gerais (Brésil)  
eliza@dep.ufmg.br*

*Marianne Lacomblez  
Université de Porto (Portugal)  
lacomb@fpce.up.pt*

*Abdellah Nouroudine  
Ministère de l'Éducation Nationale Moroni (Comores)  
abdanouroudine@yahoo.fr*

*Yves pillant  
IMF - Marseille (France)  
y.pillant@imf.asso.fr*

*Samira Sekkal  
Université de Tlemcen (Algérie)  
sekkalsamira@yahoo.fr*

*Zakia Meziane  
Université de Tlemcen (Algérie)  
mezianezakia@yahoo.fr*

## **Société internationale d'ergologie**

*Yves Schwartz  
Institut d'ergologie - Ceperc (France)  
yves.schwartz@univ-provence.fr*

*Renato Di Ruzza  
Institut d'ergologie - Ceperc (France)  
renato.diruzza@univ-amu.fr*

# Sommaire

Les intervenants .....	p1
Les résumés .....	p2
Plénière d'ouverture	
• Présentation de la Société Internationale d'Ergologie <i>R. Di Ruzza</i> .....	p4
• Introduction aux 4° journées <i>E. Orban</i> .....	p7
1 – Introduction à la problématique des savoirs	
• « Corps naturels – corps produits » <i>Y. Schwartz</i> .....	p13
• Transmission et transfert en période d'innovation scientifique et technique <i>M. Descolonge</i> .....	p18
• Les savoirs et pratiques « à l'africaine » face à la question de la « renormalisation » <i>F. Doumbia</i> .....	p25
2 – Comparaison de pratiques en médecine du travail	
• La complexité des rapports soignants-soignés : Algérie <i>M. Mebtoul</i> .....	p36
<i>Présentation des pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs sychosociaux (FPS)</i>	
• Pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux en Algérie <i>C. Idder Laib</i> .....	p40
• La prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux: l'activité humaine fondement de l'analyse <i>E. Echternacht</i> .....	p42
• Débats de méthodes et de valeurs dans l'évaluation des facteurs psychosociaux des risques au travail <i>L. Cunha</i> .....	p47
<i>Présentation des Groupes – Rencontre – Travail (GRT)</i>	
• L'Ergologie au CHU de Marseille ou l'analyse du Travail « <i>in vivo</i> » <i>MH.Dassa</i> .....	p57
• Le travail au service des urgences du CHU Tlemcen : Analyse de l'activité par l'approche ergonomique et ergologique. <i>A. Taleb</i> .....	p60
• Commentaires sur la présentation des Groupes de Rencontres du Travail (GRT) <i>R. Di Ruzza</i> .....	p66
3 – Pratiques en développement de la santé	
• Problèmes et enjeux actuels du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires : étude comparative Algérie, Brésil, France <i>M. Duarte dos Anjos Scherer, EM. Goulart Joazeiro, M. Odeh</i> .....	p68
• La parole du fou : réflexions méthodologiques à partir du terrain de la psychiatrie au Niger <i>G. Aït Mehdi</i> .....	p75
• Penser les réponses de santé à partir du territoire <i>Y. Pillant</i> .....	p83
• Problèmes de santé au travail et maintien en emploi. Entre dispositifs de santé au travail et analyse de l'activité. <i>G. Brun</i> .....	p94



## LES AUTEURS

**Gina Aït Mehdi**, Doctorante en Anthropologie, Laboratoire d'Anthropologie des Mondes Contemporains (LAMC), Université Libre de Bruxelles – Belgique, [Gina.Ait.Mehdi@ulb.ac.be](mailto:Gina.Ait.Mehdi@ulb.ac.be)

**Gaspard Brun**, Membre associé du CEPERC et de l'institut d'ergologie, Docteur en Philosophie, [gaspardbrun@gmail.com](mailto:gaspardbrun@gmail.com)

**Liliana Cunha**, Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia, Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa - Portugal, [lcunha@porto.ucp.pt](mailto:lcunha@porto.ucp.pt)

**Marie-Hélène Dassa**, psychologue clinicienne, cadre supérieur en santé, ingénieur en organisation des services, synergologue. Chargée de la prévention des RPS en tant qu'ergologue. APHM Marseille – France, [mgalindo@ap-hm.fr](mailto:mgalindo@ap-hm.fr)

**Michèle Descolonges**, Centre de Recherche Sociologique et Politique de Paris, Association Science Technologie Société, Paris – France, [Michele.descolonges@asts.asso.fr](mailto:Michele.descolonges@asts.asso.fr), [Michele.descolonges@wanadoo.fr](mailto:Michele.descolonges@wanadoo.fr)

**Renato Di Ruzza**, Professeur à l'Institut d'Ergologie de l'Université d'Aix-Marseille, Secrétaire de la Société Internationale d'Ergologie, Aix en provence – France, [renato.diruzza@univ-amu.fr](mailto:renato.diruzza@univ-amu.fr)

**Fatima Doumbia**, Enseignante-chercheure en philosophie à l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan - Côte d'Ivoire, [fatima.doumbia@aol.fr](mailto:fatima.doumbia@aol.fr)

**Magda Duarte dos Anjos Scherer**, Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF - Brasil, [magscherer@hotmail.com](mailto:magscherer@hotmail.com)

**Eliza Echternacht**, Professeure à l'Université Fédérale de Minas Gerais – Brésil, Département d'Ingénierie de Production - Laboratoire Production et Santé. [eliza@dep.ufmg.br](mailto:eliza@dep.ufmg.br), [eliza.echter@gmail.com](mailto:eliza.echter@gmail.com)

**Edna Maria Goulart Joazeiro**, Professora da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil [emgoulart@uol.com.br](mailto:emgoulart@uol.com.br)

**Cherifa Idder Laib**, Professeure de médecine du travail, Faculté de médecine d'Alger, SUMT « Djamel Eddine Abed » EPH de Rouiba – Alger, [idderlaib@yahoo.fr](mailto:idderlaib@yahoo.fr)

**Mohamed Mebtoul**, Professeur de Sociologie, Directeur de l'Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé, Université d'Oran – Algérie, [mebtoul@netcourrier.com](mailto:mebtoul@netcourrier.com)

**Muna Odeh** Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – Brasil. [muna.odeh@gmail.com](mailto:muna.odeh@gmail.com)

**Édouard Orban**, Docteur en philosophie, Maître de conférence associé (retraité) à l'Institut d'ergologie, Université Aix-Marseille – France, [ed.orban@wanadoo.fr](mailto:ed.orban@wanadoo.fr)

**Yves Pillant**, formateur en ingénierie sociale et politiques publiques à l'Institut Méditerranéen de Formation et Recherche en Travail Social, Marseille – France, [y.pillant@imf.asso.fr](mailto:y.pillant@imf.asso.fr)

**Yves Schwartz**, professeur émérite de Philosophie à Aix-Marseille Université, directeur scientifique de l'Institut d'ergologie, Aix en Provence – France, [yves.schwartz@univ-amu.fr](mailto:yves.schwartz@univ-amu.fr)

**Abdesselam Taleb**, Professeur, Directeur du Laboratoire de Recherche Toximed, Faculté de médecine, Université de Tlemcen, [ab\\_taleb@hotmail.fr](mailto:ab_taleb@hotmail.fr)

## RÉSUMÉS

### **Introduction aux 4<sup>o</sup> journées : Ergologie – Travail – Développement « Savoirs et développement : santé au travail et travail médical »**

***Édouard Orban***

Afin d'ouvrir les nombreux chantiers d'une thématique « savoirs et développement », ces IV<sup>o</sup> journées ETD se doivent d'interroger au préalable ce que sont les savoirs et en quoi ils peuvent prétendre à l'universalité. La première partie de l'introduction à ces journées pose ainsi, la différenciation entre savoirs épistémiques et ergologiques notamment dans le domaine de la santé où, entre autres, l'entrelacement entre le « corps donné » et le « corps produit », les différentes médecines liées à des conceptions anthropologiques singulières convoquent ces deux formes de savoirs.

La seconde partie interroge la validité de ces savoirs ainsi émergés : peuvent-ils s'imposer comme universels ou tombe-t-on dans un relativisme radical ? Le commun, ce qui se construit ensemble et est partageable - ce qui dans le même mouvement permet d'appréhender les différences - n'est-il pas une piste à emprunter ?

### **« Corps naturels – corps produits »**

***Yves Schwartz***

Ce texte s'interroge sur la transmission des connaissances en matière médicale. Jusque dans quelle mesure est-il légitime de produire et diffuser des connaissances sur le soin et le corps humain à distance de toute histoire et projets de vie différenciés des individus et des peuples ? Et jusqu'à quel point est-il nécessaire de prendre en compte cette histoire et ces projets pour construire des politiques de santé ? On développe ce problème en s'appuyant sur la distinction « corps donné / corps produit » proposée par le philosophe médecin Georges Canguilhem.

### **Transmission et transfert en période d'innovation scientifique et technique**

***Michèle Descolonge***

Cet article relate comment s'y prend une association recevant des personnes que le développement des relations numérisées aux services publics fragilise un peu plus. L'action entreprise dans les Espaces Publics Numériques se centre sur les questions que ces personnes ont à résoudre dans les modalités d'accès en ligne, via des automates. L'action consiste précisément à remettre en jeu un « tiers » corporel, apte au dialogue, à la symbolisation, et par suite au transfert.

### **Les savoirs et pratiques « à l'africaine » face à la question de la « renormalisation »**

***Fatima Doumbia***

« A l'africaine » pourrait sembler au premier abord décrire un processus de renormalisation, de ré-appropriation des savoirs et des pratiques. Or, on se rend compte, lorsqu'on étudie le management « à l'africaine », ou encore la politique « à l'africaine », etc. que ce concept « à l'africaine », loin d'être une manière de se ré-appropriier les choses, traduit au contraire une fuite en avant dans l'acceptation passive de ce qui est donné, de ce qui vient. La question qui se pose reste alors de savoir si cette renormalisation est possible, par quels moyens peut-elle se faire afin de dire la réalité des vécus, une réalité en conformité avec des normes propres.

## **La complexité des rapports soignants- soignés : Algérie**

***Mohamed Mebtoul***

Notre objectif est de tenter de montrer la complexité des rapports soignants-soignés en Algérie, en référence à la structuration politique du champ médical qui fonctionne davantage par injonctions administratives, occultant toute régulation contractualisée des rapports entre le pouvoir politique et les médecins. Ces derniers montrent que leur activité quotidienne est assurée de façon routinière, qui s'interdit toute possibilité de construire des interactions de proximité avec les patients de conditions sociales et culturelles modestes.

## **Pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux en Algérie**

***Idder Laib C.***

Nous rapportons l'expérience de notre service où une consultation spécialisée (CS) reçoit les travailleurs en souffrance au travail. Nous développons cette consultation depuis plus de dix ans où l'on s'efforce de pratiquer une clinique médicale du travail orientée de façon à aider le patient à retrouver la capacité de penser son activité. Nous tentons de pratiquer une clinique médicale du travail différente, renouvelée et qui s'appuie sur la méthodologie de la clinique de l'activité pour faire de la prévention des risques professionnels et aider à construire la santé avec ceux qui vivent les situations de travail délétères.

## **La prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux: l'activité humaine fondement de l'analyse**

***Eliza Echternacht***

Considérant les défis pour élargir le champ des possibilités de diagnostic et de prévention des risques liés aux facteurs psychosociaux nous mettons en évidence certains éléments communs entre les diverses études présentées dans les rapports élaborés par les organisations internationales de la santé et la sécurité au travail (BIT, NIOSH, OSHA), Par la suite nous cherchons à mieux situer les relations entre la gestion humaine de la santé au travail et l'activité humaine de travail, afin de dépasser les limites d'une objectivation externe des risques psychosociaux.

## **Débats de méthodes et de valeurs dans l'évaluation des facteurs psychosociaux des risques au travail**

***Liliana Cunha***

Ce texte propose une réflexion sur les méthodes d'évaluation des facteurs psychosociaux des risques au travail autour de deux questions : quelles sont les pratiques dominantes d'analyse? Sont-elles en adhérence avec les spécificités locales?

Le modèle demand-control de Karasek largement disséminé dans ce domaine est ici interrogé, en tenant compte que la logique d'évaluation n'est pas nécessairement suivie d'une logique d'action. Quels défis, donc, dans la construction de pratiques alternatives pour l'intervention ?

## **L'Ergologie au CHU de Marseille ou l'analyse du Travail « *in vivo* »**

### ***Marie-Hélène Dassa***

Depuis 2009 la Coordination Centrale des Soins a encouragé la création de Groupes de Rencontres du Travail (GRT) au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. La démarche est utilisée dans l'ensemble du CHU dans le cadre de la transmission de savoirs et de la prévention primaire des psychosociaux.

*Qu'est-ce qui se passe dans un GRT ?* Le GRT permet la mise en œuvre d'un processus de connaissances en formalisant des manières de faire qui associent diverses formes de savoirs. Vient ensuite la question de leur adaptation permanente à un monde du travail en constante mutation.

*Les apports originaux des GRT au CHU de Marseille.* Les GRT ont ainsi produit plusieurs outils, notamment un réseau de soutien des cadres de santé et un dispositif innovant de gestion soignante de la violence à l'hôpital la «Caravane de la paix (de l'AP) ». Ils ont permis la mise en œuvre d'outils permettant d'améliorer la prise en compte des savoirs d'expérience, de l'importance des entités collectives pertinentes et le partage de savoirs.

*Conclusion.* L'expérience des GRT au CHU de Marseille a permis de rétablir des fertilisations croisées qui sont autant de sources nouvelles de savoirs et d'amélioration des organisations de travail. Contribuant ainsi à rétablir un climat de travail apaisé, réintroduisant l'esprit d'un compagnonnage tourné vers la recherche du bien commun et de l'enrichissement mutuel.

## **Le travail au service des urgences du CHU Tlemcen :**

### **Analyse de l'activité par l'approche ergonomique et ergologique.**

#### ***Abdesslam Taleb***

En Algérie, les consultations et les hospitalisations au service des urgences médico-chirurgicales représentent une part importante des activités de soin du secteur public. Ce service au CHU Tlemcen présente des dysfonctionnements importants et une plainte généralisée.

Une observation globale du fonctionnement de ce service a relevé plusieurs aspects : engorgement et attente des consultations, problèmes d'accueil et d'orientation des malades, participation des proches parents des malades au processus de soins, surcharge de travail du personnel soignant...

Une démarche ergonomique, menée sur la qualité de soins aux urgences, a abouti à la proposition de pistes d'actions opérationnelles et à l'organisation d'un groupe de rencontre de travail (GRT).

Le GRT était composé de personnels du service des urgences, diversifiés sur le plan hiérarchique, des compétences et des responsabilités, de deux représentants de la direction (activités médicales et pédagogiques du CHU), de deux médecins du travail, animateurs du groupe.

La tonalité générale des discours a fait état de difficultés, de malaises voire même de souffrance au travail. Des glissements de fonction, compromettant la qualité de soins ont été exprimés par les protagonistes du travail. Les débats collectifs sur l'activité et ses dramatiques ont permis d'éclairer des propositions d'amélioration et de transformation des conditions de travail.

## **Commentaires sur la présentation des Groupes de Rencontres du Travail (GRT)**

### ***Renato Di Ruzza***

Discutant à partir des contributions précédentes de la constitution et du fonctionnement des GRT l'intervention interroge la nécessité et la pratique de la pluridisciplinarité, les objectifs de ces groupes et leur « pragmatisme » compris comme une adaptation de ces groupes aux situations singulières.

## **Problèmes et enjeux actuels du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires : étude comparative Algérie, Brésil, France**

***Magda Duarte dos Anjos Scherer, Edna Maria Goulart Joazeiro, Muna Odeh***

La rareté des études sur le travail collectif au sein des hôpitaux universitaires et l'intérêt épistémologique de comprendre le travail des professionnels de santé dans ces institutions sont à l'origine de ce projet. La recherche scientifique vise à identifier et analyser de manière comparative les problèmes et les enjeux actuels du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires de trois pays – Brésil, France et Algérie, en identifiant les similitudes et les différences. Période d'exécution : 2013 à 2017, avec le soutien du Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq/Brasil.

## **La parole du fou : réflexions méthodologiques à partir du terrain de la psychiatrie au Niger**

***Aït Mehdi Gina***

Comment le chercheur fait-il face, dans les situations d'enquête et le traitement des données, à la question du crédit qu'il donne à la parole du fou ? Ce papier a pour objet des questions méthodologiques se posant dans le cadre d'une enquête en anthropologie sur un type particulier de « handicap » : les troubles mentaux. Pour construire mon propos, je m'appuierai sur une ethnographie menée dans le cadre de ma recherche doctorale, portant sur la prise en charge de la santé mentale au Niger, dans le système de santé publique.

## **Penser les réponses de santé à partir du territoire**

***Yves Pillant***

La loi française « Hôpital, patient, santé, territoire » de juillet 2009 recherche une combinaison forte et dynamique entre une logique descendante des pouvoirs publics et une logique émergente des réalités de territoire.

Toutefois les acteurs de cette réforme, souvent très formatés par l'approche jacobine, ont des difficultés à s'approprier l'intégralité de cette perspective. Cette communication souligne les enjeux de la loi et montre également les limites de sa mise en œuvre.

## **Problèmes de santé au travail et maintien en emploi. Entre dispositifs de santé au travail et analyse de l'activité.**

***Gaspard Brun***

A travers la manière dont sont constitués les services de santé au travail en France et en Algérie, notre communication s'appuiera sur les similitudes et les différences de ces services dans l'accompagnement des salariés en risque d'inaptitude à leur poste de travail. Notre communication visera à interroger l'idée d'un transfert de dispositifs en santé au travail à travers les dispositifs de maintien en emploi. Elle se structurera de manière problématique autour des questions suivantes :

Peut-on entendre la même chose quand on évoque la « santé au travail » dans des cultures et des histoires différentes ?

Comment échanger et partager des compétences et des expériences alors que les normes qui structurent les milieux, ici les milieux du travail et de la santé, sont différentes sur bien des points ?

Est-il légitime de vouloir transférer un dispositif d'une culture à une autre, et quelles seraient les conditions d'un tel transfert ?

Nous tenterons d'aborder par ce biais la question, à nos yeux fondamentale, pour toute réflexion critique

sur les concepts de développement et de transfert, peut-on neutraliser les milieux de vie, les histoires et les cultures quand on souhaite transférer des politiques de santé ?

**Ouverture des IV<sup>o</sup> journées  
Ergologie – Travail - Développement**

## Présentation de la Société internationale d'ergologie (SIE)

*Renato Di Ruzza*

En tant que secrétaire de la SIE et en son nom, je voudrais remercier chaleureusement l'Université de Tlemcen et notamment le professeur A. Taleb qui ont organisé ces Journées d'études du réseau Ergologie-Travail-Développement. Cette rencontre s'inscrit dans un processus de collaboration qui date maintenant de plusieurs années entre la Faculté de médecine et l'Institut d'Ergologie de l'Université d'Aix-Marseille, et qui permet de mettre en dialogue les résultats des recherches effectuées dans ces deux institutions mais aussi bien au-delà. Comme le disent ses statuts, le rôle de la SIE est de favoriser ces échanges : « *la SIE promeut la coopération et les échanges avec les organismes professionnels, les administrations, les institutions internationales, les centres de formation et de recherche* ». Cette coopération et ces échanges sont essentiels pour la SIE et pour l'ensemble de la démarche ergologique, non pas tant pour tester sa validité (bien que ce soit important), mais pour se faire enseigner par les autres, par ceux qui sont aux prises, intellectuellement et pratiquement avec les activités humaines, et notamment avec le travail.

En effet, « l'ergologie » n'est pas une « discipline » qui viendrait se juxtaposer aux autres disciplines académiques existantes ; elle n'est ni « la science du travail », ni « la science des activités humaines », qui aurait pour ambition (et outrecuidance) de « dire le vrai » en lieu et place des médecins, des sociologues, des ergonomes, des économistes, etc. Dans le domaine du travail les connaissances sont effectivement produites par les disciplines qui le considèrent comme leur objet d'études. Au fond, ce que propose la démarche ergologique et ce que met en débat la SIE tient en peu de mots, et il faut insister sur le fait qu'il s'agit bien d'une « proposition » « mise en débat », dans la mesure où nous sommes dans une sorte « d'inconfort intellectuel » qui interdit toute certitude et tout achèvement. Essentiellement, la démarche ergologique propose deux choses inséparables :

- La formalisation d'un mode de production de connaissances des activités humaines, et notamment du travail
- La reconnaissance que ce mode de production de connaissances est transformateur des situations concrètes.

Le mode de production de connaissances repose sur le dialogue et/ou la confrontation entre les savoirs élaborés par les disciplines académiques traditionnelles et les savoirs que les divers protagonistes des activités humaines mettent en œuvre dans l'accomplissement de leur activité. Il y a naturellement déjà des disciplines pour lesquelles ce principe est acquis (par exemple la majeure partie de la sociologie du travail ou de l'ergonomie de l'activité). Mais il y en a d'autres qui l'ignorent quasi totalement (la science économique notamment). Il ne s'agit donc pas de nier, de récuser, d'abolir, de rejeter les connaissances dont sont porteuses les disciplines académiques, mais de les « mettre en doute », en dialogue, en débat, avec ce que peuvent dire les protagonistes sur la manière dont ils exercent leur activité.

De ce point de vue, la démarche ergologique est « indisciplinée » et « indisciplinaire », non par un effet de mode, engendré par les appels récurrents à la pluridisciplinarité, mais tout simplement parce que les savoirs des protagonistes des activités humaines ne sont pas, dans leur principe, de l'ordre de la discipline scientifique. Il ne s'agit pas, naturellement, de nier les compétences disciplinaires de tel ou tel travailleur (le comptable doit connaître la comptabilité et le médecin la médecine), mais d'admettre le fait que dans son activité concrète, il y a toujours beaucoup plus que ces compétences disciplinaires. On peut évidemment ignorer ces « plus », les jeter dans le sac des « savoirs vulgaires », mais c'est un choix épistémologique dont il faut être conscient et qui mérite discussion. Ce type de pluridisciplinarité (« indisciplinaire ») ne se construit donc pas dans la connaissance des connaissances produites par plusieurs disciplines, mais bien dans la reconnaissance que les connaissances d'une discipline peuvent être perturbées par des savoirs qui n'en font pas partie. C'est en substance ce que Georges Canguilhem appelait les « matières étrangères ».



Autrement dit, et pour résumer ce premier point, la démarche ergologique est l'un des modes de réflexion concernant la production de connaissances sur toutes les activités humaines socialisées. Elle est donc susceptible de concerner toutes les disciplines académiques qui les prennent pour objet, en considérant deux principes, fondateurs, qui permettent de les étudier « du point de vue de l'activité » :

- l'activité est toujours le lieu d'un « débat de normes », et dans ce débat de normes, dans la « renormalisation des normes antécédentes », des savoirs sont produits sur l'activité elle-même, savoirs qu'il convient de mettre en dialogue avec les savoirs produits « en extériorité » par les disciplines académiques ;
- ces savoirs « investis » dans l'activité ne peuvent être mis en mot que par ses protagonistes.

La seconde proposition renvoie à la dimension transformatrice de la démarche ergologique. Cette dimension n'a rien à voir avec une quelconque prétention à imaginer ou à élaborer la nature, le contenu et le sens des transformations à opérer d'un point de vue soi-disant « scientifique ». La démarche ergologique diffère en effet totalement de la démarche de « l'expert » qui fait des « préconisations » après avoir fait « le diagnostic ». Je dirais volontiers qu'elle ne veut pas « comprendre le travail pour le transformer », mais qu'elle veut le « transformer pour le comprendre ».

Pour expliciter cette proposition, je partirai d'une phrase qu'énoncent souvent Louis Durrive et Yves Schwartz : derrière le « travailler conforme » (c'est-à-dire conformément à ce qui est prescrit), il y a toujours un « travailler autrement », même s'il est masqué par le résultat du travail. Il s'agit d'une phrase qui mérite qu'on s'y arrête parce qu'elle est de grande portée. Deux termes sont essentiels : il existe (« toujours » est-il dit) un *travailler autrement*, et ce « travailler autrement » est *masqué*.

- C'est dans le « travailler autrement » que résident les « réserves d'alternatives » dont parle la démarche ergologique, et ces réserves d'alternatives, sources de transformations, sont déjà là, nichées dans l'activité elle-même.
- Mais elles sont masquées, rendues invisibles ou opacifiées, et c'est ce qui empêche de comprendre ce qu'est exactement l'activité de travail.

La démarche ergologique propose donc de « rendre visibles » ces réserves d'alternatives pour analyser l'activité de travail. Et c'est donc bien par la mise en évidence de ce qui peut être sources de transformations qu'on peut comprendre la nature de cette activité. C'est entre autres le rôle des Groupes de rencontres du travail dont il sera question dans nos Journées d'études.

On le voit, ces questions sont immenses, et la SIE ne peut les travailler seule : elle a besoin nécessairement de se « faire apprendre » par les « matières étrangères » dont j'ai parlé. Notre présence ici, avec des médecins du travail et d'autres spécialistes du travail de soin, se justifie ainsi pleinement, et je ne doute pas que cette rencontre nous enrichira mutuellement.

## Introduction aux 4<sup>o</sup> journées : Ergologie – Travail – Développement « Savoirs et développement : santé au travail et travail médical »

*Édouard Orban*

Ces journées de Tlemcen sont placées sous de bonnes étoiles. Celle de l'accueil chaleureux et généreux, qui caractérise nos hôtes algériens. Je l'atteste, la réputation d'hospitalité algérienne n'est pas usurpée; j'ai eu le plaisir de l'apprécier grâce à notre ami Abdesselam Taleb lors du séjour que j'ai fait ici, en février dernier, pour préparer ces journées.

La seconde bonne étoile est celle qui permet pendant ces trois, quatre jours de retrouver des ami(e)s que l'on voit trop rarement : les amis du continent sud-américain, d'Afrique sub-saharienne, d'Afrique du Nord sans oublier ceux et celles d'Europe éloigné(e)s du sud de la France. C'est aussi la découverte de celles et ceux que nous ne connaissons pas encore et qui nous font l'honneur de participer à ces rencontres et de nous apporter leurs savoirs. Un regret et une tristesse, manquent à l'appel Abdallah Nourouline des Comores et Raphaël Masoki de la RDC pour lesquels aucun financement n'a pu être trouvé pour leur déplacement.

Enfin la troisième étoile a trait à ce qui doit animer ces journées de Tlemcen. Un séjour de plusieurs mois dans une petite université du nord du Congo m'a fortement interrogé sur l'inadéquation des savoirs enseignés aux étudiants congolais et plus largement des savoirs véhiculés par les responsables des politiques de développement dans ce pays. Ce que vous aurait confirmé Raphaël Masoki, s'il était ici et qui écrit : « *En règle générale, la contribution des établissements d'enseignement supérieur et universitaire [en RDC] à l'enseignement, à la recherche et au service est inversement proportionnelle aux attentes réelles et pressantes de la société* »<sup>1</sup>. Pour un autre congolais : « *Les formations demeurent dans la plupart des cas infructueuses, si elles ne ressemblent pas tout simplement à une merveilleuse boîte de Pandore, à cause de leur inadaptation à l'environnement dans lequel elles sont réalisées. Les acteurs occidentaux ne tiennent presque pas compte des différences socio-culturelles entre l'Europe et l'Afrique. Ils prescrivent à leurs partenaires du Sud des remèdes qu'ils jugent efficaces, mais qui, curieusement, ne guérissent pas leur maux. Les méthodes d'enseignement, d'apprentissages et les concepts utilisés, qui en soi, revêtent un caractère abscons de la langue de bois, parce que calqués sur le modèle européen, n'atteignent pas les résultats escomptés en milieu africain* »<sup>2</sup>. Telles étaient mes perplexités lors de ce retour du Congo quand le bureau de la Société Internationale d'Ergologie (SIE) m'a proposé de participer avec Abdesselam à l'organisation de ces journées. Une belle opportunité pour approfondir mon questionnement.

Ces constats sévères, fait par des congolais eux-mêmes, nous interpellent et soulèvent de nombreuses questions : celle bien sûr liées au politique d'enseignement, aux politiques internationales et aux financements qui les accompagnent, à la formation des maîtres,... mais plus profondément et préalablement l'interrogation doit se porter sur deux points essentiels : d'une part sur ce que l'on entend par savoirs, d'autre part sur la prétention d'universalité des savoirs.

### Savoirs épistémiques – savoirs ergologiques

L'interrogation sur ce que sont les savoirs est au cœur de la problématique ergologique. Pour celle-ci, il y a des savoirs disciplinaires, constitués, indispensables à la pensée sans lesquels tous les matins nous serions dans l'obligation de réapprendre à connaître le monde. Indispensables, ces savoirs bâtis sur des notions, des catégorisations, des concepts codifiés sont abstraits, généralisent, et prescrivent. Analytiques, ils segmentent un réel synthétique (les spécialisations médicales en sont un bon exemple : lors de la découverte du virus du sida les immunologistes, les biologistes moléculaires, les virologistes, les cliniciens qui travaillaient chacun de leur coin ont été contraint de travailler ensemble pour avancer dans la connaissance de ce nouveau virus<sup>3</sup>) et par là même ils neutralisent les bigarrures, ils sont a-historique si l'on peut dire, comme le dit Yves Schwartz ce sont des savoirs en désadhérence.

Il est une autre forme de savoirs, les savoirs issus de notre rapport au monde, les savoirs de l'ici et maintenant. Ces savoirs d'activité ont à faire avec la labilité du monde, « on ne se baigne jamais deux

<sup>1</sup> Mazoki Raphaël in *Revue de l'Univele* n°1, Isiro 2011.

<sup>2</sup> Lemfuka Ava J-L., in *Congo Afrique*, n° 408, oct. 2006, Kinshasa.

<sup>3</sup> Cardin Hélène, Messager Danielle, « La révolution Sida », Ed. Odile Jacob, 2013, p20-21.

fois dans le même fleuve » disait Héraclite. Ces savoirs n'ont cessé de traiter le variant, l'inattendu, ils forment l'essentiel de notre rapport au monde. Diderot dans l'article « Arts et sciences » de l'*Encyclopédie* (arts entendus comme ce qui est fabriqué par l'homme) écrit : « celui qui n'a que la géométrie intellectuelle, la connaissance inopérative, est ordinairement assez maladroit » (inopératif ce qui a trait au théorique, opératif ce qui consiste en acte) et poursuit-il : « il me semble, d'expérience qu'un artiste se passe plus facilement de la géométrie intellectuelle, qu'un homme quel qu'il soit, d'une certaine géométrie expérimentale ». La clinique confirme l'importance du savoir opératif, dans l'art médical.

Outre la gestion du variable, ces savoirs d'expérience s'appuient aussi sur l'impérative nécessité de vivre. « *Vivre c'est rayonner, c'est organiser le milieu* »<sup>4</sup> [2, p. 147] écrit G. Canguilhem. Nous ne sommes pas inerte dans un milieu nous le recentrons autour de nous pour lui imposer nos normes, toute personne « *veut-être sujet de ses normes* »<sup>5</sup>. Philosophe et médecin, dans sa thèse « *Le normal et le pathologique* » Canguilhem nous rappelle que le vivant dès lors qu'il cesse de vouloir imposer ses propres normes au milieu, dès lors que celui-ci prend droit sur la vie, ce vivant est malade, voire mort. L'ergologie parle de « renormalisation » cette nécessité pour l'homme d'organiser pour soi un milieu infidèle en imprimant à celui-ci ses choix, ses valeurs et cela à tout instant même si le plus souvent ces renormalisations sont infimes et peu visibles.

Ces savoirs opératifs, instanciés, « en adhérence » sont des savoirs ignorés souvent récusés. Devant une mission de bailleur de fonds africains à Libreville, un chef coutumier s'insurge : « *il est aberrant que vous, Africains, veniez faire du transfert de savoir sans vous demander comment, nous, nous avons pu préserver notre patrimoine, nos forêts, malgré nos problèmes. On a certainement des techniques. Venez d'abord voir ce que nous apportons et confrontons le avec ce que vous pouvez apporter avec vos technologies modernes. Mais ne faites pas l'inverse* »<sup>6</sup>. Je ne prendrai que quelques exemples pour illustrer ces savoirs récusés.

Tout à l'heure je parlais de bonnes étoiles, voilà une référence pas très rationnelle, serais-je tombé dans l'astrologie ? En tout cas cela ne surprendrait pas les Dogons (peuplade principalement installée dans la boucle du Niger au Mali). Entre les deux guerres du siècle dernier, deux ethno-anthropologues Marcel Griaule et Germaine Dieterlen partagent la vie de cette population et en rapportent entre autres études, le récit d'une cosmogonie ancienne de plusieurs siècles. Les Dogons affirment que les huit tribus qui forment leur peuple sont issues de Sirius. Leurs Grands prêtres savent depuis fort longtemps que Sirius est accompagné d'une autre étoile satellite qui effectue une rotation d'une durée de 50 années autour de Sirius, c'est la raison pour laquelle ils célèbrent la fête de "Sigui", fête de la régénérescence du monde, tous les 50 ans. Récit mythique sans plus pour ces anthropologues. Théodore Monod leur fait remarquer l'extraordinaire de ce récit : cette étoile satellite est invisible à l'œil nu et n'a été découverte par les astronomes qu'en 1836, ils l'ont nommée Sirius B ; sa rotation est bien de 50 années. D'où les Dogons tiennent-ils ce savoir ? Les deux anthropologues réinterrogent donc les Dogons.

Pour figurer cette petite étoile, les Dogons ont choisi l'objet le plus petit dont ils disposent : une graine de la variété fonio du millet dénommée « Po Tolo » de taille minuscule et très lourde. Or ce n'est qu'en 1915 que Sirius B a été identifiée comme une naine blanche, les naines blanches étant ces étoiles en train de mourir, et depuis 1920 on sait que ces étoiles bien que petites, ont une incroyable densité. Le sujet ici n'est pas de s'interroger comment, d'où les Dogons détiennent ce savoir mais de montrer que ce savoir bien réel n'avait jusqu'à là bien entendu reçu aucun écho dans la communauté scientifique hormis les ethnologues qui n'y voyaient qu'un mythe fondateur de la cosmogonie Dogon.

Combien de savoirs de santé, de guérison, portés par des multiples formes de médecine (chinoise, ayurvédique, amérindienne, médecine douce, naturelle (phytothérapie), parfois même pratiques magiques) sont récusés sans examen par l'approche bio-médicale. Approche bio-médicale qui soit dit en passant est la seule médecine qui exclut les autres pratiques alors que l'anthropologie de la santé note que les soignants de tout bord : herboristes, guérisseurs ... participent à une négociation créole, poussés à cela par leurs malades qui n'hésitent pas d'aller d'un guérisseur à l'autre, élaborant ainsi une « clinique hybride »<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Canguilhem Georges, « *La connaissance de la vie* », Ed. Vrin, Paris, 1992 (1<sup>o</sup> édition 1965), p 147.

<sup>5</sup> Canguilhem Georges, « Milieu et normes de l'homme au travail », in *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol III, Le Seuil, Paris, 1947

<sup>6</sup> In « *Savoir et savoir-faire africains : dimensions spirituelles, créativité et technologie moderne* », *Débat* n° 146 du CADE (Coordination pour l'Afrique de demain) <http://www.afrique-demain.org/recherche?keywords=d%C3%A9bat+146>

<sup>7</sup> Benoit Jean, « Soigner dans des sociétés plurielles : les leçons du monde créole », p333-348, in *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, sous dir. Benoit, Karthala 1996.

Savoirs ignorés, méprisés, récusés sûrement ... mais en tendance pour reprendre un mot d'Yves Schwartz. Ne tombons pas dans un jugement catégorique qui à son tour ne verrait pas à l'œuvre toutes ses formes d'hybridation de savoirs médicaux. Un film intitulé « Mon docteur indien »<sup>8</sup> réalisé cette année, raconte l'acceptation par le professeur Thomas Tursy éminent oncologue, directeur de l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif de laisser une de ses patientes recourir à la médecine ayurvédique, tout en la suivant médicalement. Outre la guérison par cette médecine ce que n'obtenait pas le bio-médical, le film montre que « médecine traditionnelle, science et médecine moderne s'accordent à repositionner le patient au cœur du processus de guérison pour soigner la personne et non la maladie », modifiant ainsi le point de vue de la science et de la médecine moderne.

En suivant ce qu'il a été dit sur les renormalisations incessantes dans nos activités, nous pouvons, nous devons aller plus loin en posant comme hypothèse que : « *tous les systèmes actuels intègrent des traditions et des formes de pratiques diverses dans des organisations sociales complexes. Les thérapeutes (notamment les infirmiers, travailleurs dans l'ombre, relais entre les médecins et les patients) sont des passeurs culturels qui sautent sans prendre garde les frontières entre techniques et autres théories qui élaborent au jour le jour des pratiques hybrides* »<sup>9</sup>. C'est cette hypothèse qu'à partir d'une interrogation sur nos propres pratiques, nous souhaitons vérifier lors de ces journées de Tlemcen ; faire immerger ces multiples savoirs cachés, tel est le premier objectif de ces journées.

La mise en visibilité de multiples savoirs enfouis, pose une seconde question. Qu'en fait-on ? Ces savoirs doivent-ils remplacer les savoirs dominants, dont la domination tiennent pour part à leur pertinence et à leur efficacité ? Devons-nous tomber dans un relativisme radical ?

## **Ergologie et universalité**

Comment penser l'universel dès lors que nos activités n'offrent que de l'hétérogène et du différencié, encore plus lorsque ces activités s'effectuent dans des situations politiques, économiques, sociales, culturelles différentes. Cette question est largement abordée par l'ergologie : ces journées, poursuite de nombreux dialogues avec nos amis sud-américains, africains, des différents pays d'Europe, japonais occasions en sont une preuve... Je renvoie ici aux nombreux articles parus sur ce thème dans la *Revue Ergologia*.

La reconnaissance en chaque homme de sa capacité à recentrer le milieu pour le faire sien, à renormaliser, implique un positionnement éthico-épistémique, les dimensions éthique et épistémique se renforçant l'une l'autre. Positionnement éthique par l'affirmation que « chaque être humain est, en puissance l'égal des autres » et d'un refus de l'ethnocentrisme au profit d'un pluricentrisme, du refus d'un savoir qui surplomberait les autres.

Positionnement épistémique par un double mouvement : une critique sans concession de la notion d'universalité et une valorisation de ce qui est commun à notre humanité.

### ***Critique de l'utilisation de la notion d' « universel »***

Je crois que l'on peut être d'accord sur un usage usurpateur de cette notion qui justifie au nom du droit universel le droit d'ingérence, qui justifie une uniformisation promue par la « globalisation du monde ». Le terme anglais est d'ailleurs plus exact que la traduction française puisque les anglo-saxons parlent de « globalisation corporation » 'corporation' est lié à l'entreprise. La critique doit se poursuivre en interrogeant les concepts en désadhérence généralisant, abstrait, segmentant ou séquençant le réel qui s'affichent comme prédicat c'est-à-dire qui prédéfinissent *a priori* « un réel tel qu'il doit être ». Pour utile qu'ils soient, prétendre avoir un usage sain de la connaissance exige un examen à tous moments de leur pertinence et demande souvent leur « ré-usinage ».

Plus nuancé doit être l'interrogation de l'universel des sciences dites exactes. Utilisé comme adjectif, qualifiant un fait, l'universel est incontestable : nul ne peut contredire que la gravitation est universelle. C'est déjà plus compliqué pour le corps biologique parce que si l'universalité biologique est évidente, le

<sup>8</sup> Brook Simon (réal.), « Mon médecin indien », Ed. Arte, 2013.

<sup>9</sup> Benoit J. cité p 23.

biologique est très vite impacté par l'environnement dans lequel il évolue. Yves Schwartz, reviendra sur cette question dans son intervention demain en reprenant les notions de « corps donné » et de « corps construit ». Si universel qualifie un certain nombre de faits irrécusables comme il vient d'être dit; il en est différemment de la représentation que l'on donne de ces faits. On sait par exemple que c'est à partir de l'aperception de la pesanteur par une personne qui serait dans un ascenseur qui tombe, qu'Einstein a mis en cause non pas la gravitation universelle mais sa formulation par Newton et qu'il a montré que cette gravitation était relative à la vitesse et au temps. « *C'est une idée étrange, peu naturelle si l'on ose dire, que celle des « lois de la nature », qui caractérise la science occidentale moderne, à la différence, par exemple, [...] de la tradition scientifique chinoise* » nous dit l'épistémologue Jean-Marc Lévy-Leblond<sup>10</sup>. C'est pourquoi aujourd'hui on préfère parler de théories (relativité, quanta), de principes (principe d'invariance ou de formule (de Lorenz, de Fermi...), plutôt que de lois.

Vaste question à débattre<sup>11</sup>. En fait, ce qui assied la prétention universelle du concept c'est la neutralisation de milieu et son an-historicité (il s'applique partout et toujours) alors que notre vie est toujours dans une situation particulière, d'ici et maintenant. Nous l'avons dit, faire sien son milieu, vouloir lui imposer ses normes est commun à toute l'humanité. Ainsi au delà de tout ce qui peut nous différencier : situation économique, sociale, le genre, les cultures, les dimensions personnelles biopsychiques, etc. nous partageons en commun d'organiser nos milieux respectifs, nous avons en commun d'imprimer à ce milieu notre multiples différences. Nous construisons aussi par l'ensemble de nos savoirs et réalisations, un monde commun. Ceci tout en gardant nos différences. Ainsi plutôt que de chercher à établir des identités à partir de catégorisations pré-établies, *a priori*, il nous faut chercher à comprendre dans ce qui nous est commun, nos différences. Non pas pour les mettre en concurrence mais pour enrichir nos pratiques et participer à la construction du monde commun, tout en renforçant nos identités propres. C'est la seconde tâche que nous assignons à ces journées E.T.D..

Avant de présenter ces journées, une précision. La mise en question de l'universel et la promotion du commun peuvent mener rapidement à un relativisme culturel qui *in fine* se termine en communautarisme. On en reviendrait ainsi à une « essentialisation », une identité pré-définie de ce que doit être le commun. Nous le voyons que trop dans le paysage politique de notre planète. De nombreuses approches dans les sciences humaines et sociales ne sont pas exemptes de cette dérive. Le commun que nous entendons développer est, comme nous le rappelle l'approche ergologique, un commun sans cesse en mouvement, qui non seulement se confronte à d'autres cultures mais s'hybride des différences, se métisse, se créolise, s'interculturalise,... La vieille rencontre entre le monde arabe et le monde européen est là pour nous rappeler que c'est pas nouveau. L'orientation que nous assignons au commun, est un commun non pas universel mais universalisant, un commun qui tend, sans jamais y parvenir à un universel inatteignable.

## Présentation des journées

Le fil conducteur de ces journées a comme thème la santé. Ce n'est pas un hasard si ce thème s'impose tant la recherche de celle-ci est commune à toutes les populations et est condition du développement individuel et collectif. Mais les questions soulevées par ces journées s'adressent d'une manière générale à toutes les formes de savoir, l'évocation d'autres disciplines ne pourront qu'enrichir nos réflexions.

Nos réflexions, se dérouleront outre cette séance d'ouverture sur 4 séances plénières et une journée d'atelier.

Les interventions de lundi matin introduiront la problématique des transferts des savoirs non pas dans le sens classique trop souvent entendu du sachant vers un apprenant mais dans la complexité de la rencontre des savoirs de l'un et de l'autre. Elles poseront moins la question des transferts de savoir que celle d'un échange des savoirs.

Lundi après-midi nous aurons à partir de deux activités communes : celle de la prise en charge des

---

<sup>10</sup> Lévy-Leblond Jean-Marc, « Loi, physique », in *Dictionnaires des Notions*, Encyclopédia Universalis, 2005, p 689

<sup>11</sup> Cf. Orban Edouard « Universel ou commun ? », *Ergologia* n° 11, à paraître.

risques liés aux facteurs psycho-sociaux au travail et celle de l'organisation de groupe de rencontres du travail (GRT), une tentative de compréhension de ce que ces activités en Algérie, au Brésil, en France, au Portugal ont en commun et ce qui les différencie. Ce partage de réflexions sera suivi d'une intervention sur le rapport soignants-soignés en Algérie qui exemplifiera ici encore une situation instanciée. Cet ensemble devrait nous aider à approcher ce qui nous est commun, ce qui nous différencie, ce qui peut nous enrichir mutuellement.

La troisième séance donnera à voir, différents échanges de savoirs (pratiques hospitalières, territoire, handicap,...). L'intervention sur le Sida en RDC de R. Masoki, absent, sera remplacée par une présentation de la parole du fou au Niger par Madame Aït Medhi.

Vous l'avez remarqué chaque intervention sera suivi d'un court temps de questions d'éclaircissement et en fin de séance d'un temps un peu plus long de débats ouverts. Mais assurément vos apports à ces journées ne pourront pas exprimer toutes leur richesse dans un temps de débats toujours trop court. C'est pour quoi pour répondre à une demande de nos amis brésiliens et grâce à la prodigalité de l'université de Tlemcen nous proposons à toutes celles et ceux qui le peuvent et qui le souhaitent de poursuivre, mercredi, la journée ou la matinée, par un atelier dont l'ordre du jour est libre afin de poursuivre les réflexions entamées lors des deux précédentes journées.

La synthèse d' E. Echternacht qui nous dira les grandes lignes qu'elle aura retenue des séances plénières proposera vraisemblablement l'ossature de l'atelier mais n'hésitez pas à nous faire connaître, si possible mardi soir au plus tard, vos désirs de discussion .

Enfin on ne peut pas oublier la visite de cette magnifique ville de Tlemcen, chargée d'histoire que nous propose pour la quatrième séance Abdesselam Taleb. Avec le plaisir qu'elle nous procurera, elle participera à la poursuite de nos interrogations sur les savoirs et leurs échanges.

Je termine cette présentation en vous disant que les travaux que nous allons mener ensemble auront une suite. En effet, notre ami Abdallah Nouroudine nous a fait part de ses préoccupations actuelles en tant que Secrétaire général du ministère de l'Éducation Nationale des Comores : « *Je me rends compte depuis quelques années que dans le secteur de l'éducation, dans les pays d'Afrique (peut-être aussi en Amérique latine), on parle beaucoup de "l'Éducation Pour Tous", de "l'Éducation inclusive", de "l'Éducation tout au long de la vie" en corrélation avec ces différents concepts on reconceptualise "l'alphabétisation", "l'enseignement technique et la formation professionnelle", "l'université virtuelle", etc. Je me demande s'il ne serait pas judicieux de voir en quoi la démarche ergologique pourrait outiller la réflexion faite autour d'un thème fédérateur qui permettrait d'interroger ces différents concepts et les pratiques qu'ils induisent en matière éducative. D'où ma proposition de thème formulée comme suit : "Démocratiser le savoir : un impératif pour le développement; mais comment et avec qui faire ?"* »

Les présents travaux amèneront à l'évidence des éléments pour un début de réflexion sur le comment faire pour démocratiser le savoir. C'est donc une invitation à nous retrouver pour les prochaines ETD dans deux ans, qui vous est adressée ici.

## Bibliographie

BENOIT Jean, « Soigner dans des sociétés plurielles : les leçons du monde créole », in *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, sous dir. Benoit, Karthala 1996.

CANGUILHEM Georges, « Milieu et normes de l'homme au travail », in *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol III, Le Seuil, Paris, 1947

« Le normal et le pathologique », Ed. PUF, Paris, 3<sup>e</sup> éd. 1991 (1<sup>er</sup> éd. 1966) ;

« La connaissance de la vie », Ed. Vrin, Paris, 1992 (1<sup>er</sup> éd. 1965).

MAZOKI ATAMBANA Raphaël, « *Sida et politique publique en RDC. Implication des Églises à Kinshasa et rôle de l'État* », Dif. ANRT 68152, 2014

SCHWARTZ Yves, Durrive Louis (sous la direction de) « *Travail et ergologie – Entretiens sur l'activité humaine* » I et 2, Ed. Octarès, Toulouse, 2003 et 2009

Revue *Ergologia*, Institut d'Ergologie, Université d'Aix-Marseille

## **Introduction à la problématique des savoirs**



## « Corps naturels – corps produits »

**Yves Schwartz**

A l'origine de nos Journées E.T.D. il y avait la conviction qu'il ne peut y avoir de modèle prédictif pour le développement des groupes humains et des peuples. De même qu'on ne peut prescrire absolument ni la manière, ni les valeurs au nom desquelles on travaille, on ne peut exporter des formes et objectifs de développement de façon unidirectionnelle. En son temps, Alain Wisner avait bien mis à l'épreuve cette thèse dans le cas des transferts de technologie : un principe technique, une machine, une usine doivent toujours être partiellement « réinventés » localement pour produire efficacement<sup>12</sup>.

Mais doit-on nourrir les mêmes préoccupations quand il est question de transferts de *savoirs* ? Et particulièrement ici, de savoirs sur le corps humain, la médecine, la santé et la maladie ?

Les savoirs dans les sciences de la nature ont conquis leur valeur de ressource sociale, leur pouvoir de transformer notre milieu de vie grâce à leur effort de déconnecter leur démarche, leurs raisonnements, leurs protocoles, de circonstances locales, de biais introduits par des jugements de valeur. Ce souci d'indépendance crée des communautés virtuellement universelles de « travailleurs de la preuve » selon le mot de Gaston Bachelard : exigence, ascèse d'une pensée conceptualisante et opérative issue d'une tension de « *désadhérence* » par rapport aux tentations de subordonner la recherche à des ambitions ou des désirs conjoncturels. Nous avons qualifié cet effort de « *discipline épistémique* ».

Mais en ce qui concerne le soin, la médecine, la santé, jusqu'où est-il juste de célébrer de la même façon un univers de circulation intellectuelle fondé sur des concepts, des protocoles, des technologies hors considération des histoires concrètes des hommes et des peuples, de la santé desquels il est question ? Peut-on déconnecter les politiques de santé de leurs milieux, leurs normes, leurs objectifs de vie ?

Cette interrogation nous mène sur un terrain délicat, voire miné : apprécier à leur juste valeur les prodigieuses réussites du savoir médical issues de cette déconnection, ne pas verser dans l'obscurantisme, et ne pas pour autant sous-estimer ce qu'on pourrait appeler la « vigilance » ou la « discipline ergologique » qui exige des limites à cette déconnection. Dès lors que les humains ne sont pas des choses, des objets naturels, il n'y a pas d'activité de travail, ni de point de vue sur la santé qui n'impliquent des valeurs de vie. Or, il n'y a pas de « science des valeurs ».

Comment alors, durant ces Journées stabiliser un équilibre entre le respect dû à la discipline épistémique interne au progrès de la médecine scientifique et technique dont tout homme quel qu'il soit peut bénéficier, et l'ascèse ergologique qui impose de s'instruire des conditions de vie et des valeurs de développement des groupes humains, singularisés par l'histoire ?

Une distinction de G.Canguilhem, ce grand philosophe médecin dont nous nous sommes tous beaucoup inspirés, peut formaliser cette instabilité potentielle à ne pas oublier dans nos réflexions. Le corps vivant, disait-il, est à la fois « *un donné et un produit* ». Le corps est « *un donné dans la mesure où il est un génotype, effet à la fois nécessaire et singulier des composants d'un patrimoine génétique* ». Sa singularité génotypique étant aléatoire, non effet de culture ou d'histoire, la « nécessité » est celle d'un patrimoine génétique qui conduit à traiter ce corps vivant comme effet de combinaisons biochimiques, corps anonyme et indistinct, à explorer selon les normes rigoureuses de la discipline épistémique. Ce n'est plus le cas du « corps produit », qui n'est plus un corps anonyme : « *son activité d'insertion dans un milieu caractéristique, son mode de vie choisi ou imposé, sport ou travail, contribue à façonner son phénotype, c'est-à-dire à modifier sa structure morphologique et partant à singulariser ses capacités* »<sup>13</sup>.

Il faut donc penser dans un champ épistémologiquement *hybride*, où l'être en étude est à la fois et en même temps corps donné et corps produit.

\*

« Corps donné » : nous sommes des ensembles organisés de cellules dont les interactions dynamiques sont saisissables en termes d'échanges énergétiques, chimiques, de calculs de concentration de tels types

<sup>12</sup> A.Wisner 1985

<sup>13</sup> « La santé : concept vulgaire et question philosophique » (1990) in G.G.Canguilhem, 2002, p.59.

de cellules ou de molécules. Le diagnostic de « normalité » ou de dérèglement de ces équilibres et échanges requiert des protocoles expérimentaux strictement maîtrisés : dosage de substances dans des prélèvements sanguins, repérages de masses cellulaires normales ou anormales via l'imagerie médicale, identification de porteurs de pathologies ou suivi de vecteurs thérapeutiques au niveau nanométrique...

En ce sens, comme « corps donné », nous relevons légitimement de la discipline épistémologique, qui n'a nul besoin de connaître le passé de *rencontres*, l'histoire de ceux qu'elle examine. Anonymat, désadhérence : quand nous nous soumettons à une analyse de taux de globules blancs ou passons un scanner, nous sommes des corps objets. Recherches sur les cellules souches, thérapie génique, compétitions sur la recherche de molécules bases de nouveaux médicaments : autant d'ambitions scientifiques qui ignorent l'exigence pour chacun de faire d'un corps « son » corps. La seule histoire, l'anamnèse médicale, consiste à comparer les taux, les images à des temps différents, c'est une histoire qui se fait à notre insu, avant d'en être informé, ce n'est pas « notre » histoire.

Et en un sens, c'est bien : il vaut la peine d'être reconnaissant à ces inventeurs d'explorations fonctionnelles et de thérapeutiques biochimiques de chercher à restituer à notre corps *donné* sa disponibilité aux entreprises de notre corps *produit*.

Et avant de signaler les limites de cette exploration dans la désadhérence, une lecture récente m'incite à rappeler ce que nous lui devons : sans même parler de l'éradication de la variole, un ouvrage sur les pères fondateurs du pastorisme rappelle comment en 1894 la production par Emile Roux en laboratoire d'« antitoxines » produites après injection de toxines diphtériques à dose non mortelle avait permis la quasi disparition du « cauchemar des mères », l'agonie des enfants diphtériques : « De temps à autre les pauvres enfants, dans un état d'agitation impossible à décrire, se dressent brusquement sur leur séant, saisissant les rideaux de leur lit qu'ils déchirent dans un mouvement de rage convulsive (...) Dans un autre moment c'est contre eux qu'ils portent leurs efforts impuissants en portant leur main à la partie antérieure de leur cou comme pour en arracher quelque chose qui les étouffe... »<sup>14</sup>. Au même moment, suite aux premiers succès de la vaccination antirabique, est créé l'Institut Pasteur pour recevoir dans l'urgence des enfants infectés venant du monde entier : parce que fondée sur la désadhérence expérimentaliste, les capacités curatives n'ont cure de l'origine géographique des patients.

Du point de vue donc du corps donné, rien n'est plus légitime que la circulation des savoirs, des appareillages sophistiqués, des protocoles, au sein d'une communauté internationale de physiciens, biologistes, médecins, que l'on pourrait dire « hors sol ». Je pense que c'est une revendication partagée par tous les professionnels de l'institution où nous sommes aujourd'hui : pouvoir accéder au meilleur état de l'art dans leurs spécialités, et pouvoir participer à sa coproduction. Et cela sans ignorer les enjeux financiers, économiques, politiques qui traversent et souvent dénaturent ces échanges (on peut penser aux conflits sur les génériques), ni les obstacles, les modalités souvent discutables de cette production, ni les problèmes souvent déniés d'appropriation didactique et pédagogiques de ces transferts.

A ce point, il serait opportun d'évoquer, et particulièrement ici, les médecines alternatives, à la suite d'Edouard Orban, celles qui ne s'alimentent pas des protocoles anonymisants de laboratoires. Comment évaluer leur efficacité ? Quel degré d'anonymisation conservent-elles, quel degré de singularisation ? A cet égard médecine « hybride », et médecine prête à toute hybridation, comme l'a rappelé Edouard.

\*

« Hybride » : nous ne sommes jamais seulement qu'un *corps donné*. Pour user de termes philosophiques du passé, nous sommes *corps et âme*, notre *âme* investit le tout de notre corps, et réciproquement. D'où d'ailleurs notre concept de *corps-soi*. Si nous voulons distinguer des « champs » en fonction de la nature des objets étudiés, selon notre « épistémologie ergologique », le champ humain est un champ hybride. En témoignent des débats déjà anciens autour de la médecine psychosomatique, le stress, et plus récents autour des « risques professionnels et sociaux », et encore plus entre approches thérapeutiques neurochimiques et approches psychanalytiques des troubles psychiques.

Parler de corps « produit » nous impose d'imputer en partie des modifications de notre corps à des configurations historiques, à des histoires vécues, et non plus comme le seul « effet d'un patrimoine génétique ».

Mais produit par *qui*, par *quoi* ? On doit circuler ici entre deux pôles, entre et une production « endogène » et une production « exogène », G.Canguilhem parlait très justement de mode de vie « *choisi ou imposé* ».

---

<sup>14</sup> A.Perrot, M.Schwartz, 2013, pp.130, 136, 158, 161.

Effet de l'histoire d'un mode de vie « imposé », exogène, d'abord. Et le *travail*, qu'il considérait avec le sport comme exemple de mode de vie producteur du corps, est en effet assez paradigmatique et désormais bien documenté. On rappellera les cas de la silicose et de l'asbestose comme effets sur les poumons de travailleurs longtemps exposés aux poussières de charbon et d'amiante ; et toute la conflictualité sociale, non encore achevée en ce qui concerne l'amiante, pour déneutraliser l'origine de la pathologie et l'imputer à des circonstances historiques.

« On connaît les effets préjudiciables des conditions de travail, trop souvent rencontrées dans l'industrie, sur les accidents et les maladies professionnelles, bien sûr mais aussi sur la fatigue, l'usure physique(...), certains cancers, la souffrance mentale, etc. La violence des rapports sociaux dans l'entreprise se concentre d'abord sur le corps des travailleurs ».

Citation (p.266) de notre ami P.Trinquet (1996, pp.14-15), extraite de « Formation à l'analyse du travail, et conceptions de la prévention », troisième partie de cette somme exceptionnelle qu'est l'ouvrage tout récemment paru de Catherine Teiger et Marianne Lacomblez, (*Se Former pour transformer le travail*, Presses de l'Université Laval, où l'on trouvera les plus abondants développements sur ce sujet.

Mais à la production sur les corps des milieux de travail doit être associé l'effet sur eux des milieux de vie hors travail. Des auteures de l'Université de Coimbra, Lays Helena Paes e Silva et Stefania Barca, lors des troisièmes Journées E.T.D organisées à Porto en Mai 2012, évoquaient l'(in)justice environnementale comme une sorte de double peine : aux effets potentiellement nocifs de certaines conditions de travail s'ajoutent pour ces mêmes travailleurs une inégale distribution des risques environnementaux, soit par extrapolation des risques de pollution hors des murs de leurs entreprises, soit du fait de vivre dans les périphéries urbaines aux conditions d'hygiène de vie dégradées.

L'épidémiologie est un outil possible pour cerner statistiquement les facteurs affectant la santé des corps. Mais c'est un outil à inscrire dans une possible conflictualité sociale, car on ne quitte pas facilement la sécurité d'une clinique du corps donné : ce fut une entreprise de longue haleine, engagée autour de l'étang de Berre, près de Marseille, depuis les années 80 par Ivar Oddone, poursuivie par Marc Andéol et le Docteur G.Igonet récemment disparu, pour décaler le colloque singulier médecin / patients vers une prise en considération du *curriculum laboris* de ceux-ci : établir des corrélations tendanciennes entre des types d'affection et la fréquentation par eux de grands établissements industriels sur cette zone territoriale relativement bien circonscrite. Avec cette énorme conséquence de faire inscrire une multitude de cas, ailleurs repérés comme simples pathologies du corps donné, comme effet d'une vie de travail spécifiée, donc comme maladie professionnelle appelant réparation.

Spontanément, le langage médical, et c'est normal, se meut dans la sémantique du corps donné. Mais le risque est d'en rester alors, du point de vue du corps produit, à une clinique segmentaire. Evoquant le travail d'I.Oddone, C.Teiger et M.Lacomblez présentent son texte qu'il a appelé la « fenêtre de Mendès » (p.504), du nom d'un ouvrier d'Ugine Acier, je crois, un de ceux avec lequel il avait initié l'expérience dont je viens de parler : « N'accepter, disait-il, comme valide que le terme et/ou la locution médicale aurait signifié perdre toute la connotation des termes des ateliers, tous leurs liens avec une réalité faite de choses, d'hommes et de modèles que le langage médical ne pouvait pas couvrir ». Mendès, que j'ai rencontré avec Oddone, ne voulait pas que la santé ou la maladie professionnelle soit « dépecée », c'est-à-dire réduite à une série de facteurs objectifs repérés dans le milieu (poussières, tel produit toxique...) mis en relation univoquement avec telle affection, comme si en tant que personne globale, chaque travailleur n'essayait pas aussi de réinventer, au cœur des « ateliers », en « adhérence », sa manière de vivre en santé son activité industrielle. Et qui a réfléchi à la suite d'Oddone sur la prodigieuse richesse de « l'expérience ouvrière » comprendra bien cela.

Autrement dit, repérer les facteurs exogènes de *production* du corps par le mode d'activité « imposé », ce que j'appelle les « risques professionnels », c'est bien, c'est même déjà socialement considérable. Mais cela ne suffit pas pour envisager les liens entre développement et santé. Dans un autre texte, G.Canguilhem disait « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire »<sup>15</sup>. « Son » histoire ? Notre histoire est sans aucun doute produite par le mode de vie qui nous est imposé. Mais nous ne sommes pas que cela, nous sommes aussi, pour le meilleur et pour le pire, ce que nous essayons d'être. Notre troisième et dernier point doit envisager en quoi notre corps est produit aussi par notre mode de vie « choisi », choisi face à ce qui ne lui est jamais totalement imposé. E.Orban rappelait à l'instant la phrase de Canguilhem, chacun cherche à « être sujet de ses normes ».

---

<sup>15</sup> « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », p.89, in 2002.

Troisième moment donc : notre santé doit en permanence gérer ses normes de vie entre l'imposé, ce que nous nommons les *normes antécédentes*, et ce que nous souhaitons proposer à notre milieu d'activité, comme conforme à nos valeurs de vie. C'est le second sens, endogène, de production, dans l'expression de corps produit : un essai de produire, de dresser, d'habiter notre corps en conformité avec cet axe axiologique. L'évocation par P.Trinquet des effets négatifs des normes du travail sur le corps des travailleurs se terminait ainsi : « *Mais il n'y a pas de fatalité car nous avons toujours un pouvoir de transformation des situations de travail* ». Nous renverrions volontiers, dans la Revue *Ergologia* n° 3 (2010) à ce constat d'un préventeur, quelques jours avant son départ à la retraite, et à l'issue d'un « Groupe de rencontre du travail » organisé par notre équipe : conscient d'avoir « *fait honnêtement (son) travail de préventeur* », il avouait en même temps : « *je me suis trompé d'une certaine façon* », trompé justement pour avoir « *laissé dans l'ombre* » ce « *pouvoir de transformation des situations de travail* », ces normes de santé que nous essayons de nous donner : j'ai laissé, disait-il, « *les personnes au travail dans l'isolement seules face à mes prescriptions et aux difficultés qu'elles rencontraient pour parvenir à réaliser ce qu'elles avaient à faire et, en même temps, à vivre en santé et en sécurité* » (p.186). Difficultés que nous nommons les « *risques du travail* », par opposition à ce que nous nommons plus haut les risques professionnels. Et la belle thèse à soutenir prochainement de Muriel Prévot Carpentier confirme que les « *conditions de travail* » ne peuvent jamais être objectivées et stabilisées uniquement dans la « *désadhérence* », comme si elles n'étaient pas toujours partiellement retravaillées, « *renormalisées* », par l'usage que nous essayons de faire de notre « *corps-soi* », comme nous disons, visant ce que nous pensons être notre santé.

Et cet usage, nul ne peut l'anticiper à notre place (il n'y a pas de « *science des valeurs* »). Deux illustrations qui pourraient passer pour paradoxales. Ainsi, dans le texte sur l'(in)justice environnementale, mentionné plus haut, dans l'entreprise brésilienne d'extraction d'amiante blanche, à Minaçu en pays guarani, quel choix de vie doit prévaloir et donc quelle définition de la santé dans la politique syndicale entre acceptation négociée du risque sanitaire pour maintenir emploi et famille en ce lieu ou préservation des voies respiratoires au risque de la perte de ses ressources ? Autre bel exemple développé par notre amie Eliza Echternacht : au nom de quel arbitrage en valeur, articulé aux contraintes *in situ* de l'activité, les techniciens d'un service de radiologie d'un hôpital de Rio de Janeiro préfèrent laisser ouverte une porte plombée dont ils savent pourtant qu'elle les protège des radiations<sup>16</sup> ? Dans les deux cas, on ne peut en rester à ces alternatives, mais dans les deux cas un choix de production de son corps-soi s'est imposé que nul ne peut en « *exterritorialité* » dénigrer.

Au nom de quoi cherchons-nous à produire, à « *façonner* » notre corps ? C'est là où parce que nous sommes des êtres hybrides, les savoirs sur le *corps produit* ne peuvent émerger et se transférer de la même manière que ceux du *corps donné*. Et c'est dans cette hybridation toujours à réapprendre des savoirs de santé que peut être correctement posé le rapport entre santé et développement. « *Résistance au changement* » : la version négative peut parfois être légitime, mais par exemple en matière de technologie à transférer, notre ami A. Nouroudine nous a bien montré en quoi c'est la promotion d'un mode de vie social qui était en jeu dans le maintien de certaines pratiques affectant les corps au travail<sup>17</sup>. Critiquer la concentration d'énormes plateaux techniques de la dernière sophistication sur un nombre très restreint d'hôpitaux, coûteux et d'entretien délicat, comme on l'a entendu à Maputo lors de nos Premières Journées E.T.D (2007) : est-ce « *résistance au changement* » ou choix de maintien en santé d'un maximum de populations productives sur des terres agricoles de l'ensemble du territoire mozambicain ? Qui peut le dire sans s'instruire des projets et des héritages des populations concernées ? Pour revenir au soin, j'ai souvenir de cette belle session des Questions d'Actualité du Master d'Ergologie de cette année, consacrée aux savoirs et usages de soi infirmiers dans les hôpitaux de Marseille, lieu majeur de « *l'interculturalité* » : comment apprendre et traiter dans les services la diversité des rapports au corps, au soin, à la maladie, à la mort, la structuration et le rôle des familles (si important dans les usages hospitaliers, ici en Algérie) ? Autant de normes collectives spécifiant cette dimension des « *corps produits* » ; non qu'il s'agisse là de normes culturellement homogènes et intangibles, mais d'autant de manières de gérer le corps et la santé dans la continuité d'un héritage que l'on pense cohérent avec des projets de vie. Il me semble que nous touchons là une dimension de la recherche comparative triangulaire Brésil-Algérie-France dont nous allons parler un peu plus tard.

<sup>16</sup> Echternacht, E, Schwartz, Y 2009, pp .36-37

<sup>17</sup> Nouroudine, A, 2001.

\*

Pour conclure : il faut savoir se tenir en position d'équilibre entre formes d'apprentissage des savoirs de santé du corps donné et ceux du corps produit. L'éminente valeur des premiers tend pourtant à porter ombrage à l'apprentissage clinique des seconds, clinique individuelle comme collective, comme si du point de vue médical, l'humain avait cessé d'être hybride.

Comment « soigner » si l'on peut dire, les corps naufragés de Lampédusa, comment comprendre cet usage extrême, ce dressage aux limites de leur usage d'eux-mêmes sans essayer de comprendre les impasses, les impossibilités vécues comme telles d'une vie en santé générées par les politiques à l'aveugle de développement –ou de non développement- dans les pays des migrants.

Non qu'il faille sous-estimer en rien la nécessité des échanges, transferts, et pas seulement pour les savoirs du corps donné. Nul héritage d'un groupe humain ne s'est jamais développé en vase clos, sans emprunt exogène, ni apprentissage de l'autre, condition de reconnaissance d'un « commun » dirait Edouard Orban, et il y a en la matière à éviter tout « essentialisme » culturel. Mais il y aurait danger à déconnecter ces fécondes interactions des *projets héritages* des groupes concernés. Je reprendrais volontiers ce concept<sup>18</sup> pour penser l'articulation des savoirs du corps produit à ceux du corps donné : pas de savoir sur la santé des corps produits qui ne doive s'instruire de cette permanente dialectique, propre aux individus, aux groupes, aux peuples, entre ce qu'ils retiennent à un moment de positif dans leur histoire (l'héritage) et les linéaments d'un monde futur à construire (le projet), lesquels en retour contribuent à sélectionner ce qui est porteur dans cet héritage.

Alors, quels transferts de savoir pour penser les rapports santé-développement des groupes et des peuples ? Etre au fait des savoirs les plus récents du corps donné, produits dans la désadhérence, éventuellement très loin d'eux, et se mettre en instruction de l'état de leurs projets héritages, à ce moment de leur histoire.

Pas simple certes. Mais comment échapper à notre hybridité ? Ou bien nous acceptons ce défi, ou bien nous pensons la santé à la place de nos semblables.

## Bibliographie

CANGUILHEM, G : *Ecrits sur la Médecine*, Le Seuil, 2002.

NOUROUDINE, A : *Techniques et Cultures. Comment s'approprié-t-on des technologies transférées ?* Octarès Editions 2001.

PERROT, A, SCHWARTZ, M : *Pasteur et ses lieutenants, Roux, Yersin et les autres*, O.Jacob, 2013

SCHWARTZ, Y : *Expérience et Connaissance du Travail*, Editions Sociales, 2012 (1988).

SCHWARTZ, Y et ECHTERNACHT, E : « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre », in *Corps*, n° 6, Mars 2009.

TEIGER, C et LACOMBLEZ, M, coordinatrices : *(Se) Former pour transformer le travail*, Presses de l'Université Laval, 2013

TRINQUET, P : *Maîtriser les risques du travail. Le cas du bâtiment et de l'industrie française*, P.U.F 1996.

WISNER, A, *Quand voyagent les usines*, Syros Editions 1985.

Revue *Ergologia* n° 3, Mars 2010, Presses de l'Université de Provence.

---

<sup>18</sup> Yves Schwartz, 2012(1988), p.481

## Transmission et transfert en période d'innovation scientifique et technique

*Michèle Descolonge*

Mon exposé se trouve au croisement de deux activités :

- en tant que sociologue, je cherche à mettre en évidence « comment s'y prennent » les acteurs syndicaux et les acteurs associatifs avec les normes, les règles et les valeurs des mondes professionnels et de l'action, quand celles-ci se confrontent à ce qu'on nomme la mondialisation, notamment au sein d'entreprises multinationales ;
- depuis dix ans, j'assume des responsabilités au sein d'une association favorable à une « expertise citoyenne » en matière de sciences et de technologies.

Ce qui est commun à ces deux activités, du point de vue du sujet qui nous occupe durant ces journées, est la coexistence de deux univers de référence très éloignés l'un de l'autre, et dont pourtant l'un envahit l'autre, à savoir dans un cas une organisation du travail qui se plie à des « normes » financières en y subordonnant le droit du travail (ou en le transgressant ouvertement), et dans l'autre cas, l'infiltration de la vie quotidienne de plusieurs populations par la diffusion massive de technologies, auxquelles elles ne peuvent échapper. Dans les deux cas des médiations peuvent intervenir, celles d'organisations syndicales et d'associations, mais aussi de professionnels et de chercheurs.

Les périodes d'innovation scientifique et technologique vont toujours de pair avec des changements sociaux/sociétaux profonds, parce que les sciences, les technologies et les sociétés sont intrinsèquement liées. Ces périodes d'innovation se traduisent par de nouvelles connaissances et de nouveaux objets, mais aussi par de nouveaux clivages sociaux.<sup>19</sup>

La question posée par les 3<sup>e</sup> journées Ergologie-Travail-Développement est de savoir si ces situations de clivages peuvent être *retournées*, et si de nouvelles connaissances peuvent être prodiguées, parce que des gens acquièrent des connaissances pour ce qui les concerne et parfois deviennent à leur tour des experts. A ce sujet, la notion « d'expertise citoyenne » est avancée depuis plusieurs années en France et elle fait débat, en particulier sur sa portée et sur sa place au sein d'une « démocratie participative ». On peut nommer « expertise citoyenne » la connaissance que des gens « ordinaires » peuvent avoir de leurs propres préférences et capacités concernant des choix de société qui les concernent directement. Cela peut se faire en acquérant une rigueur scientifique nécessaire à la recherche d'informations pertinentes, à l'élaboration de choix diversifiés, et en recherchant effectivement l'information utile, en la formalisant de manière à se faire entendre de l'ensemble des acteurs, et en tout premier lieu des chercheurs.

Les dynamiques du *retournement* sont corollaires de l'expertise citoyenne. Étant donné le lieu qui nous accueille, je vais commencer rapidement par un exemple dans le domaine de la santé, en m'appuyant sur des travaux réalisés depuis les années 1990. J'approfondirai mon propos avec un exemple portant sur les difficultés d'accès aux services publics en ligne.

### 1) Des mobilisations associatives dans le champ de la recherche médicale

---

<sup>19</sup> En dépit de l'engouement actuel en faveur de « l'innovation », il importe de la démarquer de la valeur du « progrès ». Depuis les années 1990, la notion de progrès est questionnée, sans doute de manière plus forte qu'elle l'avait été auparavant. Mais aussi nos manières de considérer les enjeux de connaissance ont évolué et de nouveaux acteurs se sont mobilisés.

En France, durant les « trente glorieuses », des acteurs - chercheurs, ceux qui orientent les recherches, industriels, décideurs politiques – ont partagé des valeurs issues des mobilisations de la Résistance et ont promu une « société du progrès ».

Pourtant, des débats moins consensuels ont couru, notamment au sein du monde du travail. Voir Le travail en miettes de Georges Friedmann (1956), qui était une critique de l'organisation scientifique du travail et, plus récemment (1977) l'ouvrage de la CFDT Les dégâts du progrès, qui se présentait notamment comme une critique du productivisme. Mais, en 1982, le colloque national « recherche et technologie » qui réunissait des scientifiques, des politiques et des acteurs de la culture scientifique et du monde du travail plébiscitait à nouveau le « progrès » et les acteurs ambitionnaient de développer « l'information scientifique et technique ».

Depuis, de nouvelles perspectives sont proposées. Cette communication cherche à l'illustrer.

Les pouvoirs au sein de la médecine et de la recherche médicale ont été considérablement redistribués depuis une vingtaine d'année. Cette redistribution repose sur la supplantation de l'expérience clinique par la « modernité thérapeutique ». Celle-ci se caractérise par de nouvelles techniques destinées à établir des standards de référence pour réaliser des tests de médicaments<sup>20</sup>. En d'autres termes, la légitimité scientifique repose désormais sur la capacité à se distancer de la pratique clinique.<sup>21</sup> Notamment, les laboratoires pharmaceutiques ont intégré les nouvelles règles du jeu en matière d'expérimentations thérapeutiques et se sont présentés comme les garants des « bonnes pratiques »<sup>22</sup>, à la différence des praticiens jugés « bricoleurs ». Les nouvelles pratiques publiques d'évaluation de la recherche et des performances des hôpitaux, fondées sur des indicateurs chiffrés, renforcent ce mouvement.

Ces transformations ont eu des effets majeurs sur la mobilisation des associations au sujet de la recherche médicale. D'un rôle de soutien à la recherche, passant tout particulièrement par des appels à la générosité publique, des associations ont commencé à acquérir des connaissances et à négocier des protocoles thérapeutiques. Ainsi, selon Nicolas Dodier, les changements en matière de recherche médicale, dès lors que les associations en acceptent les règles, leur ouvre « un nouvel espace de négociation ».

Depuis les années 1980, le nombre d'associations qui interviennent dans le monde de la recherche médicale va croissant, mais le nombre d'associations qui s'intéressent aux connaissances et les mobilisent pour définir leurs missions s'accroît encore plus. A leur sujet, Vololona Rabeharisoa parle « d'experts d'expérience ». Elle estime qu'ils sont dépositaires d'une « expertise différente de celle des spécialistes, mais indispensable pour la compréhension des maladies ». Les connaissances acquises leur permettent notamment de nouer des partenariats avec les institutions publiques et les entreprises privées. Elle évoque à leur sujet des « communautés de militantisme partagé », qui ont acquis « une compétence scientifique de haut niveau ».<sup>23</sup>

De manière transitive, je reprends la notion de « communauté de militantisme partagé » et ce qu'elle désigne des modalités de travail au sein des associations, dont d'ailleurs des scientifiques sont membres. L'important est que des personnes supposées incompetentes ou inaptes, et de ce fait, « objets » de savoir (par exemple, par le biais de prescriptions médicales) peuvent se constituer en « agents », c'est-à-dire faire partie elles-mêmes du corps social qui décide de leur « sort » (par exemple, médical).

Avec le cas suivant, qui concerne les difficultés d'accès aux services publics en ligne, je voudrais montrer qu'en matière de *retournement* des situations, l'enjeu déborde les connaissances et le partage de pouvoir.

## 2) L'action développée et ses contributeurs

Commençons par parler des activités de l'association qui a conduit cette action, avant de nous concentrer sur le numérique et son accessibilité et appropriation. L'ambition de l'association porte sur les liens à établir entre les différentes communautés : scientifiques d'une grande variété de disciplines, salariés de tous les niveaux hiérarchiques, jeunes en difficulté sociale et scolaire, jeunes scolarisés, etc. Les membres de l'association ont la conviction que parler de questions de sciences et de techniques, en mettre à jour les enjeux, c'est acquérir une capacité d'action dans la vie civique, sociale et professionnelle, car nos sociétés sont de plus en plus façonnées par les sciences et les techniques, tant par les modèles que celles-ci diffusent que par les outils mobilisés.

Nous cherchons à faire exister une « expertise citoyenne » en matière de sciences et de technologies. Le

---

<sup>20</sup> Voir : Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa, Colloque *Sciences de la vie en société. Fascination, confrontation, controverses, co-évolution*, IFRIIS-Genopole, Collège de France, 2010. Publié par [www.murs-france.org](http://www.murs-france.org)

<sup>21</sup> Ce mouvement de distanciation d'avec la pratique clinique, s'est manifesté aussi dans de nombreux secteurs de la pratique médicale. Ce fut le cas, par exemple, en obstétrique, avec l'usage de cette « simple » technique qu'est l'échographie. En matière de pertinence du diagnostic, le pouvoir est passé de l'obstétricien détenant un art du toucher à l'échographiste maîtrisant un art de voir et détenant un appareil de bonne qualité. Voir : Michèle Fellous, *La première image*, Paris, Nathan, 1991.

<sup>22</sup> L'exemple récent du Médiateur a mis à mal cette ambition.

<sup>23</sup> Par exemple le CIANE (collectif inter associatif autour de la naissance). Ce collectif a su démontrer notamment que les soi-disant demandes des femmes en faveur de « césariennes de confort » sont beaucoup plus simplement une demande des obstétriciens qui se font les porte-paroles des femmes pour mettre en place un certain nombre de pratiques.

problème est d'y parvenir notamment quand les gens ne se considèrent même pas comme des citoyens, et quand les procédures numériques les mettent un peu plus à l'écart de la compréhension et des apprentissages des technologies.

Pour ce faire, depuis 2004, l'ASTS anime des *Espaces Publics Numériques* à Paris. Dotés de logiciels libres et conçus dans un premier temps comme l'un des moyens de lutte contre les inégalités numériques, ces Espaces Publics Numériques rallient non seulement des jeunes, mais aussi de plus en plus des personnes que le développement des relations numérisées aux services publics fragilise un peu plus, parce qu'elles ne possèdent pas les outils et ne détiennent pas les procédures complexes exigées par ces relations techniques aux institutions.

Les e.services (les services publics en ligne), ce sont des services proposés aux publics sous une forme « dématérialisée », autrement dit via des outils numériques. Rares sont désormais les services accessibles par une simple visite ou un appel téléphonique. Le plus généralement les personnes ont été remplacées par des automates et les procédures d'accès sont spécifiques à chaque service : impôts, sécurité sociale, mutuelle, caisse d'allocations familiales, pôle emploi (chômage), services de police, état-civil, justice, etc. On a affaire à des technologies agissantes parce qu'elles conduisent les manières de faire et de les penser. Par ailleurs, la numérisation met en évidence que les services publics sont compartimentés : chaque service traite les « ayant droit » indépendamment des autres services.

Je vais donc, pour illustrer cette approche innovante – faire exister une « expertise citoyenne » y compris quand les *gens* ne se considèrent pas comme des citoyens -, parler d'une action développée au sein de deux Espaces Publics Numériques, à Paris, action que nous avons nommée « e.services ».

#### *Une rupture d'analyse*

- Ouverts 6 jours sur 7, les Espaces Publics Numériques dispensent des formations aux outils bureautiques, organisent des ateliers d'apprentissage aux multimédias (confection de blog, par ex.), des ateliers destinés aux enfants durant le temps scolaire, et « l'accès libre ». L'accès libre consiste en un accès à internet. Toutes les activités, y compris l'accès libre, sont encadrées par des animateurs multimédias disposant d'un niveau technique avancé et d'une formation générale supérieure à bac + 4. L'accès à l'ensemble des activités est gratuit.

- Le nombre de personnes en recherche d'emploi est particulièrement élevé dans l'accès libre, parce qu'elles savent trouver une aide à l'Espace Public Numérique en matière d'accès aux sites publiant des offres d'emploi, ou pour formaliser une demande d'emploi, etc.

- Un cahier des besoins recueille les demandes des usagers. Début 2011, parmi celles-ci figure le besoin d'aide lors des connexions aux diverses formes de e.services. Face à cette demande d'apprentissage des procédures d'accès aux e.services, la première proposition des animateurs de l'Espace Public Numérique consiste à concevoir un apprentissage aux techniques d'utilisation des e.services. Ils mettent en place une formation selon les modalités habituelles : à l'expression d'un besoin correspond une proposition de formation.

- Ce modèle cognitif et social va être bouleversé par la présence d'une stagiaire assistante sociale, qui réalise un stage ISIC (intervention sociale d'intérêt collectif), obligatoire dans le cursus de sa formation. Celle-ci commence par observer ce qui se passe durant « l'accès libre ». Les habitués y sont nombreux, et les animateurs savent que les demandeurs d'emplois sont majoritaires – ils s'inscrivent en effet à l'Espace Public Numérique selon leur profession et/ou leur statut. La stagiaire découvre que la moitié d'entre eux sont sans domicile fixe (SDF), ce qui ne veut pas dire à la rue, mais qu'ils n'ont pas de domicile à eux, avec adresse postale, téléphone fixe, moyen d'être joint, etc.

- C'est là que survient une « rupture d'analyse », déterminante dans le processus de l'innovation. La stagiaire assistante sociale disposant d'une autre formation que celle des animateurs multimédias et d'une perspective différente de la leur, va voir ce qu'ils n'avaient vu que de manière partielle. En effet, ceux-ci privilégient les activités de formation et d'animation, déclarant que « l'accès libre a peu de sens pour eux », parce que le public ne se renouvelle pas suffisamment. Elle donne à voir que précisément ce public, les usagers de l'accès libre, ne connaissent ni leurs droits ni les institutions : laquelle dispense quel service, quels droits y sont assortis, etc. ? Ils connaissent encore moins comment s'y prendre avec les



modalités d'accès.

#### *Un ensemble d'acteurs*

- La décision de mettre sur pied une formation aux e.services relève du pouvoir des élus de l'association et du savoir-faire des salariés susceptibles de la construire. Dans une association comme la nôtre le processus de décision est relativement court. Il repose sur l'adéquation entre les salariés et les élus de l'association, en matière de valeurs partagées d'ouverture aux questions de justice sociale, de confiance réciproque dans les savoir-faire et dans la capacité à percevoir et tenir compte des enjeux en matière de politiques publiques et de changements scientifiques et techniques.

- Cette décision suppose que des financeurs pourront être trouvés. En effet, reprenant à son compte un concept soutenu par la communauté européenne, la Région Île-de-France a publié un appel à projets, nommé « e-inclusion » : l'action de l'association lui est soumise et elle accepte de la subventionner. Par ailleurs, à Paris, la délégation à la politique de la ville, qui accompagne des projets conduits dans les quartiers pauvres, est également prête à soutenir l'action. Un suivi est assuré par ces institutions, tout autant sur le plan des processus sociaux engagés que celui de l'usage de l'argent public.

- L'association est confrontée à la décision politique : ces collectivités territoriales sont d'autant plus favorables à l'action, que celle-ci mobilise un plus vaste ensemble d'acteurs, au-delà de l'association elle-même. Les services de la DASES (direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé) se déclarent particulièrement intéressés : des assistantes sociales trouvent ainsi le moyen de répondre à leur mission (répondre aux problèmes des gens). Des juristes du PAD (point d'accès au droit), un service de la ville de Paris, se mobilisent également. *Pour la première fois* dans l'histoire du site internet service.public.fr, le webmaster est sollicité par l'animateur multimédia et une juriste.

- Les personnes qui vont suivre l'action ne sont pas sollicitées dans un schéma « producteurs-destinataires », car il va être entendu avec chacune d'elles que l'action est une co-production. Autrement dit, *toute l'action se centre sur les questions qu'il leur faut résoudre dans l'accès aux services publics*, en particulier dans les modalités d'accès en ligne. La première démarche est engagée par la stagiaire assistante sociale qui, notamment, souligne la nécessité d'entretiens préalables avec chaque personne, afin de leur exposer les manières de travailler. Cette règle va être respectée, que l'action soit proposée aux personnes fréquentant l'accès libre des Espaces Publics Numériques, ou que les travailleurs sociaux en fassent la proposition aux personnes faisant partie de leur « file active » (il s'agit des personnes régulièrement rencontrées dans le cadre professionnel). Mais elle sera aussi un motif de refus pour quelques personnes qui répugnent à exposer une part de leur vie.

### **3) De multiples transferts et leurs limites**

L'enjeu majeur est celui de l'adoption d'une perspective différente de l'adresse à un « destinataire ». Je parle de la perspective du *transfert*. Alors qu'on peut *transporter* des choses et des objets, *transmettre* des écrits, on peut *transférer des conduites*, des manières d'agir, ce qui implique, en particulier, qu'au lieu d'être soumis à des normes et modèles édictés par d'autres, on devient capable d'en devenir co-auteurs, qu'on devient « joueur » alors qu'on était « jouet ». En parlant de transfert, je parle de la possibilité du déplacement et de l'extension des objets de désirs, des centres d'intérêt, mais aussi de la survenue de nouvelles manières d'investir dans... parce que d'autres affects sont mis en jeu ou sont libérés de points de fixation qui en limitaient ou interdisaient le « jeu » (voir : Ferenczi)<sup>24</sup>.

Plus précisément :

- Le transfert est la capacité à déployer ses désirs et ses pensées ailleurs qu'en leurs lieux d'origine ;
- On peut être objet et sujet de transfert (chez Ferenczi c'est l'analyse mutuelle, c'est aussi une

---

<sup>24</sup> Sandor Ferenczi, *Transfert et introjection*, Payot et Rivages, éd. de 2013. Celui-ci, contrairement à Freud, considère que le transfert (des affects les plus archaïques liés aux parents ou autres proches à des personnes présentes et notamment au psychanalyste) n'est pas une répétition, plus ou moins stérile, mais un acte créateur qui peut libérer la personne de traumatismes subis, de deuils mal faits, d'attachements excessifs ou, au contraire, d'impossibilités à créer des liens, etc.

création mutuelle) ;

- Le transfert va dans tous les sens. Cela nous conduit à poser la question : qu'est-ce qui peut être transféré, et à qui ?

C'est dans cette perspective que je vais à présent m'interroger sur l'accès aux e-services. Car un aspect particulier de cet accès, au-delà des difficultés cognitives qu'il présente est la médiation par des automates, qui modifie fortement la possibilité d'opérer des transferts. S'il est bien connu que la mise en place systématique des automates affecte négativement les emplois, non seulement en termes quantitatifs mais aussi en termes qualitatifs (le travail de l'employé des centres d'appel, par exemple, est conçu comme le prolongement d'un automate), elle tient un autre rôle, volontaire ou non, celui d'éviter le face-à-face de l'utilisateur avec le représentant du service public. La logique séquentielle de l'automate, dont l'adoption est obligatoire pour celui qui recourt au « service », n'est pas la logique de l'interlocution : personne ne s'adresse de cette manière-là à un interlocuteur. Un pan de la réalité disparaît : avec l'automatisation des processus, plus personne n'est là, la relation devient désincorporée, voire inexistante. L'automate est un tiers fantomatique, mu par un algorithme, certes assez simple, mais qu'il n'est pas possible de modifier. En d'autres termes l'utilisateur ne peut pas converser avec lui, ou même l'insulter ou le flatter, etc. Trois partenaires se cherchent mais ne peuvent se trouver : l'automate, l'auteur du service rendu, et l'utilisateur. En effet l'utilisateur doit s'adresser à l'automate et souhaiterait lui parler ; l'automate, s'il a été bien programmé, « s'efforce » de répondre aux attentes de l'utilisateur (étant donné la multiplicité des questions et réponses possibles qu'il peut offrir), mais – et c'est le paradoxe de la situation – ne « dialogue » correctement avec l'utilisateur que si celui-ci est précis, concis, usant du vocabulaire approprié, donc apte à comprendre les limites de l'automate.

Or l'utilisateur ordinaire des e-services qui utilise l'accès libre se sent déjà méprisé dans sa personne, et cette désincorporation de l'accès lui fait encore plus ressentir son corps comme un objet et par suite un objet de relégation. On pourrait dire que ce processus est « diabolique », au sens habituel du terme, c'est-à-dire un mauvais tour qui lui est joué, une méchanceté de plus, mais aussi au sens strict : « diabolè », ce qui sépare, ce qui rompt. Contrairement à un processus « symbolique », qui assemble des choses ou des personnes séparées.

Or l'action entreprise dans les Espaces Publics Numériques consiste précisément à remettre en jeu un « tiers » corporel, apte au dialogue, à la symbolisation, et par suite au transfert. C'est donc un retournement de situation, comme j'en ai parlé au début.

Quels sont les éléments de transferts observés lors de cette action ?

1. On peut parler de *transfert de technologie*, car les gens s'approprient un objet technique (un ordinateur connecté à internet), mais aussi les scripts d'usages, c'est-à-dire la technologie de cet objet, dans plusieurs dimensions :

Techniques : les différents objets (clavier, souris, écran) ;

Juridiques au sujet des traces laissées par leurs données personnelles ;

Ethiques, car de proche en proche des questions surgissent au sujet des usages d'internet et des réseaux sociaux (notamment Facebook) par leurs enfants : par exemple, de quels « amis » s'agit-il ?

L'enjeu est donc de passer de la procédure close, c'est-à-dire du chemin obligatoire, à la capacité de se « balader » sur le net, autrement dit à commencer à en comprendre les règles et les codes afin de s'y frayer un chemin et de se mettre en mouvement.

Chaque professionnel intervient selon les interrogations et les problèmes posés. La juriste du point d'accès au droit intervient sur les demandes d'aide juridictionnelle, et sur la nature des données personnelles et leur préservation ; les assistants sociaux interviennent sur la sécurité sociale ou la caisse d'allocations familiales, y compris en rappelant l'histoire de ces institutions, et la volonté politique de ceux qui les ont créées.

2. On peut parler de *transfert de conduites* à l'égard des institutions, en raison d'un changement des représentations et des modes de relation.

Pour les personnes qui participent à l'action, le fait d'identifier les responsabilités et les pouvoirs de chacune des institutions constitue déjà une évolution de l'usage. Viennent aussi les possibilités de recours, tels que les appels de décisions, assortis de délais, etc. L'action montre que certaines personnes ont besoin d'une aide juridictionnelle et ont besoin de savoir quels sont leurs droits. Les problèmes concernent principalement la CAF (caisse d'allocations familiales), et la sécurité sociale.

Le transfert de conduites concerne aussi les animateurs. Il s'agit de changer de regard. La stagiaire assistante sociale leur a dit, en quelque sorte : « envisagez-les, cessez de les dévisager ! » Durant cette formation, ils apprennent à observer un processus de socialisation. Ils apprennent aussi à travailler leur programme avec les personnes présentes et les questions présentées sous plusieurs registres. En d'autres termes, étant dedans et distanciés à la fois – ce qui correspond à l'éthique de l'association -, ils sont conduits à dés-essentialiser les conceptions déterministes de l'utilisation de la technologie, c'est-à-dire à les mettre eux-mêmes en jeu au lieu de les considérer comme des cadres intangibles.

Les enjeux professionnels et institutionnels sont nombreux et témoignent de l'existence de la circulation des transferts. Le niveau de satisfaction est particulièrement élevé chez les assistantes sociales, pour lesquelles cette action correspond à l'éthique de leur métier, car elle y tiennent effectivement un rôle de tiers. Pour les animateurs multimédias, dans une situation d'incertitude radicale sur l'avenir, l'action innovatrice dépend de la capacité des acteurs (animateurs multimédia, personnes en difficulté, juristes, assistants sociaux, élus de l'association et élus territoriaux, salariés des collectivités territoriales) à créer une nouvelle combinaison productive, qui interpelle les services publics.

#### **Pour conclure et tenter de généraliser :**

- L'« alchimie » dont je viens de parler est sans doute un petit processus de *retournement* quant à son envergure, mais celui-ci est au cœur des relations humains-machines, de la co-évolution en train d'advenir. Car nous n'en sommes qu'au début de l'incorporation d'instruments et de machines dans les corps humains (capteurs sensoriels et sensori-moteurs, prothèses et implants à diverses échelles, outils asservis « directement » au système nerveux, etc.). Cela pourrait se traduire par plus d'asservissement des corps humains à des systèmes techniques qui les dépassent (par exemple, si l'usage d'un bras « électronique » implique une révision continue dans un atelier spécialisé) ou par une augmentation de la plasticité des corps humains. En d'autres termes, ou bien des experts d'un domaine précis auront prise sur de vastes populations, non seulement par le contrôle direct des outils « branchés » sur le corps humain mais aussi par leur compréhension du système technique en son entier, ou bien les « destinataires » de ces outils et de ces systèmes techniques en auront la compréhension et en partie la maîtrise, ce qui sera pour eux un facteur d'augmentation de leurs capacités d'agir ;

- Plus généralement, tous les systèmes d'intermédiation entre « producteurs » et « usagers » de services publics et privés, peuvent contribuer à asservir les usagers *et* les producteurs. En effet, les concepteurs du système d'intermédiation conçoivent l'ensemble comme une machine très perfectionnée dont producteurs et usagers sont les « servants ». En ce cas, le *retournement* consisterait à associer producteurs et usagers des services à la conception de ces services, de telle sorte qu'ils en soient co-auteurs, avec l'aide d'experts en matière d'outils et de systèmes techniques. Cela exigerait, entre autres, une diversification des dispositifs techniques, car les producteurs et usagers eux-mêmes ont divers types de capacités et d'attentes. Il pourrait ainsi arriver que l'administration *retourne* ce qu'elle avait détourné, peut-être sans y prendre garde et sans avoir suffisamment écouté jusqu'à présent non seulement les *gens* mais aussi ses salariés. Nous serions alors dans la situation de transferts créatifs en tous genres et en tous sens.

#### **Bibliographie**

CFDT, *Les dégâts du progrès*, 1977, Ed. Seuil, Paris

Dodier Nicolas et Rabeharisoa Vololona, « Fascination, confrontation, controverses, co-évolution », *Colloque Sciences de la vie en société*, IFRIS-Genopole, Collège de France, 2010, publié par [www.murs-](http://www.murs-)

[france.org](http://france.org)

Fellous Michèle, *La première image*, 1991, Ed. Nathan, Paris

Ferenczi Sandor, *Transfert et introjection*, 2013, Ed. Payot et Rivages, Paris

Friedmann Georges, *Le travail en miettes*, 1956, Ed. Gallimard, Paris

## Les savoirs et pratiques « à l'africaine » face à la question de la « renormalisation »

### *Fatima Doumbia*

Frantz Fanon dans *Les damnés de la terre* écrit que lors de la construction d'un pont :

*« Le pont ne doit pas être parachuté, il ne doit pas être imposé par un deus ex machina au panorama social, mais il doit au contraire sortir des muscles et du cerveau des citoyens. Et certes il faudra peut-être des ingénieurs et des architectes, quelquefois entièrement étrangers, mais les responsables locaux du parti doivent être présents pour que la technique s'infiltré dans le désert cérébral du citoyen, pour que le pont dans ses détails et dans son ensemble soit repris, conçu et assumé. Il faut que le citoyen s'approprie le pont. Alors seulement tout est possible »<sup>25</sup>.*

Comment le citoyen peut-il s'approprier le pont afin de rendre la potentialité du développement reprise, conçue, assumée et donc effective ? Ce qui est repris c'est ce qui est, qui a été pris par un autre et qu'à son tour on prend soi-même dans ses bras, que l'on prend, que l'on comprend en le rendant sien, donc en se l'appropriant. Le conçu marque la différence avec le concept qui lui est assujéti, puisque nous disons avec Marx que le concept est à entendre comme la réflexion du réel transporté dans le cerveau de l'homme. Ce qui est assumé est ce qui a été librement consenti auquel l'on adhère et dont on prend la responsabilité. Que se passe-t-il, voudrions-nous demander à Fanon, lorsque le pont est transporté, parachuté tel un *deus ex machina* ? N'était-ce pas là un signal fort que donnait Fanon à nos dirigeants politiques pour dire les conditions de possibilités d'un développement harmonieux de la société ? Alors, devons-nous encore être surpris des échecs successifs de toutes ces politiques de développement pour l'Afrique ? Devons-nous encore feindre d'être surpris du fait que la fondation Mo Ibrahim (qui décerne à un ancien chef d'état africain ayant quitté le pouvoir un prix d'excellence pour sa bonne gouvernance) n'ait de nouveau, et pour la quatrième fois sur sept, trouvé preneur ? Le constat, dit Béchir Ben Yahmed dans son éditorial, « est accablant [...] et révèle un mal africain »<sup>26</sup>. Quel est donc ce mal africain ? Devant l'angoisse de nous comprendre pour nous assumer qui glisse entre nos mains fantômes, devant la difficulté d'être nous-mêmes les architectes de notre propre réalité, nous faisons alors comme si cette réalité de laquelle nous sommes étrangers, était voulue et assumée. Lorsque nous pensons le concept « à l'africaine » comme la réflexion correcte dans notre cerveau de notre réalité, nous disons alors que ce concept est conforme, à notre réalité. Le pathologique étant pensé ici comme aboutissement, conséquence d'un processus de désadhérence, nous devons alors nous demander s'il est possible pour l'Afrique de connaître un autre possible, de faire ad-venir une autre réalité dans laquelle elle se sera choisie, voulue et développée, avec ses propres méthodes, qui donneront du sens à sa réalité, retrouvée et guérie.

### « À l'africaine » : un concept en désadhérence avec les réalités africaines

#### *Une analyse théorique du concept « à l'africaine »*

« A l'africaine » traduit l'idée de mode. Ce terme qui s'emploie habituellement dans le vocabulaire culinaire signifie une recette existant auparavant, mais qui serait revisitée suivant le goût particulier de telle région, pays, continent. On comprend donc que rajouter ce terme « à » après un plat ou un aliment traduit l'idée que ce plat, cet aliment a été agrémenté « à la mode de », suivant le goût des normands, des tahitiens, des grecs, etc., en fonction des saveurs et des ingrédients présents dans leur région, leur pays, etc.

Parler en ce sens de savoirs et pratiques à l'africaine supposerait donc en gardant le sens de cette expression qu'il s'agirait de savoirs et de pratiques existant déjà ailleurs et qui auraient été agrémentés à la mode africaine. Cela mettrait donc en avant l'idée de réappropriation d'une chose existant ailleurs, en fonction de ce que l'on est, de ce que l'on aime, de ce que l'on a comme ressources sur son sol. C'est donc ce que l'on est, sa propre identité que l'on projetterait dans la chose, l'objet, en le rendant définitivement sien, en le rendant conforme à ses goûts, à ses ressources, à sa culture. Cette préposition « à » suivi d'une région, d'une nationalité, etc. souligne donc la particularité identitaire de ce peuple dont il est question, auquel est rattachée l'expression. Cependant, si nous comprenons ce goût « à la mode de chez nous »

<sup>25</sup> Frantz Fanon, *Les damnés de la terre*, Paris, Maspéro, 1961, p. 149

<sup>26</sup> Béchir ben Yahmed, « Quinze ans, c'est assez ! » in numéro 2754 de *Jeune Afrique*, du 20 au 26 Octobre 2013, p. 3

comme reflet de l'identité, il semble tout de même fort peu probable que le peuple grec ait lui-même appelé sa recette de champignons « des champignons à la mode grecque », ou que les tahitiens aient appelé leur recette de poisson cru au lait de coco « poisson à la tahitienne ». En effet, le ce que l'on est se vit de manière souvent tout à fait naturelle et sonne comme une évidence qui devient pour le peuple comme une norme. Ainsi, on peut, à raison, penser que la recette du poisson au lait de coco est considérée et appelée par les tahitiens comme la recette authentique du poisson et la recette grecque des champignons comme la recette authentique des champignons par les grecs. Il y a dans l'appellation « LA recette » l'idée d'une chose unique, originale, authentique car c'est ce que l'on connaît et que l'on a toujours connu qui finit par s'apparenter à la manière dont la chose devrait être cuisinée. Ce qui est authentique est « ce qui exprime une vérité profonde de l'individu et non des habitudes superficielles, des conventions » dit le Petit Larousse. Cette profondeur dont il est question dans l'authenticité renvoie à un caractère intrinsèque qui légitime la chose dite authentique. C'est cette légitimité qui fait que l'on parle de « La recette » et non « d'une recette ».

L'authenticité renvoie à un idéal présent en nous auquel la chose doit se conformer. Ici, ce que l'on mange se confond avec les produits de notre région et tout cela se confond également avec le goût, ce qui est considéré par cette population comme bon. Il y a dans ce « LA » qui n'est pas « UNE », l'idée de conformité entre ce que la chose devrait être et ce qu'elle est dans la réalité. Ce goût authentique renvoie à la vérité, à la conformité et le goût non authentique traduit la fausseté, l'artificiel, la non-conformité avec ce que la chose devrait être. On comprend que le nom de poisson à la tahitienne a dû être donné par un autre peuple cuisinant autrement le poisson et découvrant cette nouvelle recette. Le « LA » qui était pensé par le peuple comme « LA recette » du poisson authentique devient pour un autre peuple le poisson à la tahitienne, qui suppose d'autres recettes de poissons, d'autres goûts et la possibilité pour le poisson d'être cuisiné autrement. Ce qui était « LA recette » pour le peuple et qui traduisait l'idée d'unicité, d'originalité et d'authenticité devient dans le regard d'un autre peuple « à la mode de » et traduit l'idée d'un « UNE », sous entendu « une recette de poisson ». Ici, il n'y a plus rien d'authentiquement sien, mais un sien possible parmi d'autres possibles. Cette terme « à la mode de » dit la recette du poisson comme le cuisinent les tahitiens. On peut alors supposer que ce sont des touristes qui appelèrent cette recette « le poisson à la tahitienne ». Ce « à » semble donc ne pas traduire l'idée de mode de chez nous mais bien plus l'idée de mode de chez eux, car nous pensons qu'il a été donné par un autre peuple découvrant cette recette et y reconnaissant ce qui selon lui fait la particularité de ce peuple. Si nous disons que cette idée de mode de tel peuple traduit une définition de l'identité, nous rajoutons alors qu'il s'agit d'une définition exogène de l'identité. Il y aurait donc une reconnaissance de qualités, de qualificatifs, de particularités reconnues par un autre peuple comme étant des particularités identitaires tahitiennes, grecques, normandes, etc.

Quand nous parlons de savoirs et de pratiques à l'africaine, cela voudrait donc traduire l'idée de savoirs et de pratiques à la mode africaine. La question qui se pose est de comprendre comment un savoir ou une pratique peut être à la mode d'un peuple particulier. Ainsi la démocratie à l'africaine supposerait que la démocratie, tel le poulet ou le poisson existerait partout et serait alors agrémentée à la mode africaine. Cela pose donc deux présupposés.

Le premier consiste à dire que la démocratie n'est pas importée, mais est une chose existant partout, tout comme le poisson, ou le poulet, elle n'est pas propre à un peuple, mais a un caractère d'universalité. Ce qui ferait la spécificité de cette démocratie là serait alors son adaptation au goût, à la manière d'être africain. De là découle le deuxième présupposé, qui consiste à dire qu'il y a un goût, une manière d'être africain. Des escalopes cuisinées suivant le goût d'une région l'on passe à une démocratie suivant le goût de tout un continent. La chose ici se généralise sur un espace géographique beaucoup plus ouvert, plus grand. S'il s'agissait de cuisine, l'on se rendrait déjà compte de la difficulté de saisir ce qu'est ce goût à la mode des africains, car de la douara algérienne, au doro wat mangé en Ethiopie, au saka saka congolais, ou encore à l'attiéké ivoirien etc., on ne trouve nulle part un goût uniforme permettant de parler du goût africain en matière culinaire. Cette expression héritée du vocabulaire gastronomique pose déjà un problème lorsqu'on l'accorde à tout un continent. La difficulté est encore plus grande lorsque cette préposition « à l'africaine » est renvoyée à des domaines autres, comme la démocratie, le management, le travail.

Comment une chose peut-elle être à la mode de tout un continent qui reflète autant de diversités et de disparités ? Quelle est la particularité commune de tous ces peuples permettant de les subsumer sous le couvert de leur continent ? Quel est le réel contenu de ces savoirs et pratiques à l'africaine ? A quoi renvoient-ils concrètement ?

### **Une analyse des pratiques dites « à l'africaine »**

Lorsqu'une réalité devient « à l'africaine », l'image véhiculée est celle de paresse, de fainéantise, de tricherie, de légèreté, de manque de sérieux, etc. Ce qui se cache donc derrière cette mode « à l'africaine » est, dans la majorité des cas, un monde négatif où les choses ne font plus sens. Tout ce que l'on affable du concept « à l'africaine » éloigne des règles établies de bonne gouvernance et prend le sens de la corruption et de l'illégalité.

La démocratie, nous dit le Petit Larousse, est le « régime politique dans lequel le peuple exerce sa souveraineté lui-même, sans l'intermédiaire d'un organe représentatif (démocratie directe) ou par représentants interposés (démocratie représentative). » Outre ces deux sortes de démocratie, la démocratie peut encore être populiste, libérale, ou, désormais « à l'africaine ». On ne parle jamais de démocratie « à l'européenne » ou « à l'occidentale », car la démocratie étant née en Europe, il s'agirait quasiment d'un pléonasme. Pour ces pays, on parle de « LA démocratie », tel qu'on parlait de la recette authentique du poisson, pour dire que ces pays pensaient leurs recettes comme quelque chose d'authentique, de vrai, de conforme par rapport à ce qui devrait être. La démocratie, supposée universelle, devrait, pour être, être conforme à la démocratie occidentale. Tout rajout supplémentaire, semble rendre la chose inauthentique et fautive. Parler de démocratie à l'africaine reviendrait alors à parler de démocratie aux élections tronquées, de démocratie aux régimes tribaux et ethniques, de bourrages des urnes, d'intimidation, de corruption, d'absence de liberté, de népotisme, bref d'un système si particularisé qu'il n'aurait plus rien à voir avec l'idée de démocratie, si bien qu'une démocratie à l'africaine ne serait plus une démocratie, mais une dictature enrobée dans une apparence de démocratie. Nous ne pensons pas qu'il puisse et qu'il doive y avoir un seul modèle de démocratie, mais ce que nous remarquons est que ce concept « à l'africaine » renvoie non pas à une renormalisation, mais à quelque chose de guignolesque, ce qui a pu faire dire à certains que la démocratie n'était pas faite pour les africains. Si nous disons que c'est le même processus qui est à l'œuvre dans le domaine culinaire, c'est parce que nous voulons montrer que ces pratiques à l'africaine sont caractérisées ainsi d'abord par les autres pour décrire nos pratiques et que, comme dans les exemples gastronomiques, nous acceptons ensuite ce terme. Si, dans le cadre de la démocratie, du management et autre la définition partait de l'endogène vers l'exogène et contenait cette idée d'authenticité, de véracité, ces pratiques à l'africaine sont définies par les autres et renferment une idée d'inauthenticité, de fausseté. Sauf que là où la différence de goût était acceptée pour la gastronomie, elle est, pour la démocratie, une manière de rejeter et de ne pas reconnaître. Pour le dire autrement, cela revient à dire que la définition de ce qui nous confère une identité à nous, africains, est une définition que donnent d'abord les autres et que nous validons et acceptons lorsque cette définition peut être instrumentalisée à des fins souvent politiques.

*« Cette lutte acharnée pour imposer les notions d'identité, de spécificités, donc pour faire admettre le **droit à la différence**, ouvrira la voie, au plan politique, à des initiatives surprenantes. Ce sera précisément au nom de l'identité, de la spécificité de la culture africaine que les nouveaux souverains, [...] assoiront, grâce à l'attention intéressée des anciennes puissances coloniales, des régimes fondés sur la dictature la plus cruelle. Et le « Léopard de Kinshasa » créa le mouvement de l'authenticité, qui secoua fortement son pays »<sup>27</sup>.*

Ce concept donné par d'autres permettait ensuite aux dirigeants africains d'asseoir leurs pouvoirs répressifs et de justifier leurs pratiques en faisant comme si cette manière de faire et de vivre la démocratie était conforme à ce que nous, africains, sommes, ce qui reviendrait donc à dire que la démocratie à l'africaine est une démocratie authentique pour l'africain. Ce concept flou s'apparente alors à une légitimation de pratiques obscures qui s'habillent du manteau de la renormalisation.

Cela sous entend alors que lorsque la démocratie devient à la mode africaine, il ne s'agit plus d'une démocratie mais d'un semblant de démocratie. La même analyse peut être apportée au management. Le management à l'africaine se passe souvent des règles établies du management, et signifie en réalité absence de management, absence de comptes, non séparation de l'espace public et privé, corruption et autres.

Une analyse pratique du concept « à l'africaine » donne à voir que ce qui s'y joue est cette tare essentielle. La tare qui est pathologique est mesurée par rapport à la norme. Dire que ces savoirs et pratiques à l'africaine sont pathologiques, sont tarés, revient donc à dire qu'il y a une définition donnée de ces savoirs et pratiques et que leur manière d'être à l'africaine témoigne d'une perversion.

L'assimilation de la pathologie à la perte du réel sur laquelle nous nous appuyons est celle de Žižek qui dit que « lorsque le cadre fantasmatique se désagrège, le sujet subit une "perte de réel" et commence à

<sup>27</sup> Makhily Gassama, « Le piège infernal », in *L'Afrique répond à Sarkozy, Contre le discours de Dakar*, Paris, Philippe Rey, 2008, p. 44

*percevoir la réalité comme un univers cauchemardesque “irréel”, dépourvu de fondement ontologique stable »<sup>28</sup>. La question désormais qui se pose est de savoir si cette pathologie renvoie à la chose ou à la personne pour qui existe la chose. Si ces réalités étaient conformes à ce qu'est l'africain et faisaient sens pour lui, ce concept aurait au moins l'avantage d'être conforme à nos réalités. Dire que la chose est pervertie, c'est dire qu'elle est autre que ce qu'elle devrait être. C'est seulement lorsqu'on pense ce processus comme processus de renormalisation que l'aliénation se rattache alors à l'homme, c'est à-dire que c'est seulement lorsque cette perte du réel est pensée comme situation normale par l'homme qu'elle aboutit à un processus de subjectivation que nous plaçons ici dans le processus même de renormalisation. En effet, la renormalisation étant « le processus de construction dans lequel les normes antécédentes sont corrélées aux caractéristiques des situations de travail pour produire des normes en adéquation avec les conditions réelles de l'activité »<sup>29</sup>, considérer dans ce cadre le concept « à l'africaine » comme concept renormalisé, c'est le penser comme adéquation entre les normes et l'activité réelle. Ce concept « à l'africaine » n'étant ni producteur de normes, ni en adéquation avec le réel et l'idéal, il ne dit pas la renormalisation, mais est un concept en désadhérence avec les réalités africaines.*

## **Les mécanismes de cette désadhérence**

### ***Les formes de la désadhérence : le désengagement, l'indifférence, la déresponsabilité***

Les africains, dit-on, manquent d'esprit d'initiative, sont paresseux et refuseraient même le développement. Quant à l'Afrique, elle semble elle-même mal partie. Le foisonnement de ce courant appelé afro-pessimisme traduit une réalité, celle du constat des échecs des politiques de développement, d'une croissance économique qui tarde à venir, d'une démocratie encore et toujours balbutiante, d'un travail improductif, etc.

Il n'est pas question ici, pour nous de nous engouffrer dans une discussion pour ou contre l'afro-pessimisme. Mais il est plutôt question de comprendre les raisons d'être de cette abondante et négative littérature sur le diagnostic de la modernité africaine faite par des penseurs africains. Ce diagnostic a, selon nous, l'intérêt de porter un regard lucide sur la situation actuelle de l'Afrique afin de tenter de repérer, pour réparer.

Quel que soit le regard que l'on porte sur cette Afrique contemporaine, que l'on pense ou non qu'elle est mal partie, l'on ne peut nier cette actualité politique, économique, sociale qui montre un malaise. Ces pratiques dites « à l'africaine » reflètent une certaine absence de pré-occupation traduisant une indifférence passive face à ce qui vient. Cette indifférence qui est la forme que prend la désadhérence entre normes antécédentes et situations effectives vécues se mue en un fatalisme que l'on retrouve chez les africains par des expressions comme « tout ce que Dieu fait est bon », « ce n'est pas la société de mon papa », etc.

L'adhérence est l'« état d'une chose qui tient à une autre par un contact étroit » et vient du verbe adhérer qui signifie souscrire à une idée, à une opinion. Cette adhérence traduit l'idée de cohérence entre les logiques des acteurs sociaux (qui représentent tout ce qu'on peut qualifier d'idéologie et qui comprend leur système de valeurs, de croyances, de normes) avec la situation réelle concrète et pratique de leurs activités. Cette adhérence est donc adhérence entre le penser, le croire et le faire. La désadhérence, à l'inverse, fait montre d'une incohérence entre deux choses, d'une non compatibilité entre les représentations que l'on se fait c'est-à-dire ce que l'on pense devoir être et ce qui est. C'est de cette désadhérence que naît le mal africain.

Or ici, si nous revenons au contenu explicite du concept « à l'africaine » comme négativité absolue représentant la paresse, l'indolence, l'incapacité, la limite, nous comprenons alors que ce concept renvoie directement à la désadhérence de la société, entre les pratiques et les savoirs, entre le réel et l'idée de ce réel, entre le faire et le croire.

Adhérer au concept de démocratie à l'africaine, c'est admettre dans la définition de la démocratie qui fait sens pour nous, une démocratie qui accepte la corruption, le clientélisme, les coups d'état à répétitions. C'est donc, en d'autres termes, accepter et dire : « oui, pour nous la démocratie est faite de coups d'état, de trucages d'élections, etc. ».

Ici, on se trouve dans le cadre où l'on adhère à ce qui n'est pas censé être. Il y a un écart entre la réalité pratique dans son déploiement existentiel et la représentation ? de cette réalité dans le système de valeurs et de normes. Cet écart se traduit par ce mal africain dans lequel, pourrions-nous dire avec Yves

<sup>28</sup> Slavoj Žižek, *Le sujet qui fâche. Le centre absent de l'ontologie politique*, trad. S kouvelakis, Paris, Flammarion, 2007, p. 72

<sup>29</sup> Abdallah Nouroudine « Comment connaître le travail quand le travail n'est plus le travail ? » in *Ergologia* 2010, n°3, Aix-en Provence, p. 120



Schwartz, se jouent les dramatiques d'usage de soi. Nous parlons ici sciemment de mal et non pas d'inconfort, car l'inconfort a l'avantage de déranger, de bousculer, pour mener à des transformations qui corrigent la situation afin de la rendre confortable, tandis que le mal se conçoit davantage comme une chose plus profonde, signe d'une défaillance, pas toujours aisée à soigner, ni même à identifier. Ce mal, contrairement à l'inconfort n'est pas nécessairement producteur de transformations visant à une renormalisation. Ce mal n'est-il pas l'avertissement lancé par Fanon comme ce qui pourrait advenir de notre société ? N'est-ce pas ce qu'avait diagnostiqué le philosophe ghanéen Kwame Nkrumah lorsqu'il disait que notre société n'est plus l'ancienne société, et court le risque de la schizophrénie ? La maladie mentale dont souffre l'Afrique, serait due selon lui au fait que prise dans le courant de trois influences (Afrique traditionnelle, Euro chrétienne et Arabo musulmane), elle entre en contradiction avec elle-même. Pour que ces principes ne soient plus en contradiction, l'auteur précise que l'on doit considérer les autres rationalités comme des expériences de la société traditionnelle. « *Si nous oublions cela, précise-t-il, notre société sera rongée par la plus maligne des schizophrénies* »<sup>30</sup>. Cette schizophrénie dont souffre l'Afrique depuis les colonisations montre l'aliénation d'une société devenue étrangère à elle-même, une société dans laquelle le mimétisme crée un mauvais copié-collé. « *L'appel explicite à la culture comme levier du changement oblige en fait les organisations à tenir compte de la culture sociétale ou locale. Les individus au travail ne peuvent en effet vivre simultanément plusieurs systèmes de valeurs contradictoires sans risquer l'incohérence, l'anomie et l'apathie au lieu de l'esprit d'initiative recherché* »<sup>31</sup>. Anomie, schizophrénie, mimétisme, indifférence, autant de termes qui peignent une Afrique malade, désenchantée dans laquelle les acteurs sociaux sont passifs et se retirent. Ce désenchantement donne l'image de sociétés flottantes, psychotiques, qui semblent fantômes, et qui traduisent une absence des hommes à eux-mêmes, absence qui prend la forme d'un désengagement à leur propre vie, à leur existence et à tout ce qui pourrait advenir. Lorsque ce qui advient est la misère, l'homme s'adapte ainsi à elle en trouvant les moyens de la rendre supportable.

« *De tout temps l'homme a vécu avec la misère, partout où il s'est trouvé. Il lui est arrivé de descendre au plus bas de l'échelle et de s'y adapter, de n'en pas prendre conscience même. Vécue avec constance, la misère devient habitude, l'horizon de la condition humaine. C'est comme spectacle pour les non-misérables qu'elle est un scandale et certes seulement pour les consciences affiniées. [...] Refoulée, maîtrisée ou ignorée, la souffrance reste réelle. L'adaptation ne la supprime pas, elle permet de la supporter, puisqu'il le faut bien* »<sup>32</sup>.

L'adaptation à la douleur est cette adaptation à ce qui n'a pas lieu d'être. Lorsque tous les efforts pour sortir de cette misère n'aboutissent pas, alors l'homme se réfugie dans ce qui le rassure en disant avoir fait de son mieux, ou alors il se dit qu'il y a plus malheureux que lui, ou encore il feint d'ignorer cette douleur. Toutes ces attitudes traduisent la passivité de l'homme désengagé de sa propre vie. Ce désengagement, pour ne pas devenir le cri de l'homme africain, prend la forme de l'indifférence passive et stoïque. Dans ce désenchantement, on ne souscrit plus à rien, on n'adhère plus à rien, car il n'y a pas de choix véritable et conscient. Il n'y a pas de consentement. On ne consent ni ne consent pas. On se retire. Ce retrait est la forme que prend ce mal africain qu'interrogeait Béchir Ben Yahmed dans son éditorial.

### ***Les raisons de la désadhérence : cette particularité africaine***

La particularité de cette réalité est celle d'un monde pour qui le changement est dicté de l'extérieur, un monde qui a été mis à part, qui a été rejeté dans un prétendu relativisme qui n'est pas le sien. Les démocraties, le travail et autres savoirs et pratiques à la carte découlent d'une illusion relativiste qui a été donnée par les occidentaux et que les africains ont eux-mêmes défendus, s'enfermant ainsi dans une tour, opaque aux autres qui ne la voient pas mais aussi opaque à elle-même qui ne se comprend plus, tour qui devient selon l'expression de Gassama, une sorte de piège infernal. « *Le paradoxe [...] c'est que lui-même finira par croire à cette malédiction, à cette terrible chute sans possibilité de rédemption. Le piège infernal se referme à jamais sur lui : il est pris aux entrailles* »<sup>33</sup>. La réalité africaine serait donc celle d'une réalité prise dans un piège infernal qui est celui du fatalisme devant la non réussite des entreprises et d'une acceptation passive devant l'incapacité à donner du sens à ses activités afin de les légitimer. Sous

<sup>30</sup> Kwamé Nkrumah, *Le Consciencisme*, Paris, Présence Africaine, 1976, p. 97

<sup>31</sup> Placide Muamba Mulumba, « Culture d'entreprise : un concept fourre-tout » in *Organisations économiques et cultures africaines. De l'homo oeconomicus à l'homo situs*, sous la direction de Issiaka Prosper Lalèyè, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 49

<sup>32</sup> Hichem Djait, *La personnalité et le devenir arabo-islamique*, Paris, seuil, 1974, pp. 231-232

<sup>33</sup> Makihly Gassama, « Le piège infernal » in *L'Afrique répond à Sarkozy, Contre le discours de Dakar*, op.cit., p. 26

la fausse justification d'une rationalité à part qui seule permettrait de comprendre ces savoirs à la carte, on l'enferme dans une humanité à part.

On comprend alors que la raison de cette forte désadhérence en Afrique vient non pas d'une inculturation, mais d'une acculturation. « *L'acculturation est en effet ce processus dans lequel s'engage une culture évoluant sous l'influence d'une autre et qui se traduit par l'apparition de nouveaux développements faits de syncrétismes et d'imitation sous diverses formes* »<sup>34</sup>. Si l'auteur parle ici de syncrétisme et non pas de symbiose, c'est parce que cette acculturation traduit l'idée d'une confusion dans l'imitation, entraînant un déséquilibre. Cette acculturation est dangereuse sur tous les plans car en étant une copie des facteurs les plus visibles du mode de vie occidental, elle transforme les sociétés africaines en des sociétés du paraître dans lesquelles les normes ont disparu ou du moins ne font plus sens, où toute définition essentielle ou ontologique ne peut plus être donnée. Le constat que l'on peut faire à partir de ces savoirs et pratiques « à l'africaine » est que ces réalités sont rejetées dans un dehors de l'humanité, dans un dehors du temps. La relativité est relativité des normes, relativité de ce qui fait sens. Or les phénomènes d'acculturation dessinent le nouveau visage de société dans lesquelles l'absence de sens ne fait pas problème.

La brutalité de la colonisation a été telle que la destruction des sociétés traditionnelles a été synonyme de destruction de normes et de sens pour les africains. La particularité de la réalité africaine est celle où différentes normes cohabitent en contradiction, et sans dialogue véritable entre elles. La particularité encore de la réalité africaine est celle d'une société d'où sont absentes des normes qui font sens, d'une société qui ne se choisit plus mais qui se laisse choisir, d'une société qui ne se développe pas mais qu'on développe. « *Se développer, dit Yves Schwartz, c'est se travailler, c'est-à-dire se choisir, les activités industrielles sont un lieu majeur et sous-estimé où se convoquent des valeurs de vie à travers les débats de normes* »<sup>35</sup>.

Cette absence de normes, comme le montre Nouroudine, conduit à la privation de la forme. On se trouve donc en face de sociétés qui ne peuvent se définir ni par le fond, (et qui laissent la place au paraître) ni par la forme, (qui n'existent plus et qui deviennent informelles). « *La privation de la "forme" pourrait être la conséquence de l'absence d'une essence, d'une norme ou d'une structure dans l'activité en question [...]* »<sup>36</sup>.

La production de savoir sur l'activité humaine passant donc par cette dialectique entre norme antécédente et renormalisation, que faire lorsque la norme antécédente n'existe pas ? Ici, ce n'est plus l'homme qui se crée par ses productions, mais ce sont ses productions qui le créent sans qu'il n'ait envisagé cette création. Lorsque la renormalisation se situe dans cette dimension « à l'africaine », cette renormalisation synonyme de corruption, de fainéantise ne peut pas refléter le « devenir là » de l'africain. Cette supposée renormalisation n'en est donc pas une car pour qu'elle soit, la norme elle-même doit d'abord être.

« *L'arbitrage entre "l'usage de soi par soi-même et l'usage de soi par les autres" implique des renormalisations. Les normes antécédentes seront réinterprétées dans le but de les ajuster à soi-même et à la situation concrète. Les renormalisations comprennent des choix donc, des critères. Ces critères ont un rapport avec l'univers des valeurs qui sont en nous et qui sont au cœur des débats de normes* »<sup>37</sup>.

Or au soleil des indépendances, l'Afrique s'est trouvée dans une situation où la renormalisation devait se faire à partir de normes antécédentes qui elles-mêmes n'ont jamais été investies, mais qui ont continué à être subies. Sur quel système de valeurs dès lors s'appuyer ? Pour que la renormalisation soit véritablement considérée comme telle, il faut que les normes antécédentes s'ajoutent aux caractéristiques des situations de travail afin de produire des normes en adéquation avec les conditions réelles de l'activité.

Nous l'avons vu, ce concept « à l'africaine » est loin d'être, contrairement à ce que l'on pouvait croire, une renormalisation en adhérence pour les africains. Désresponsabilité, aliénation, indifférence, autant de concepts qui disent le non engagement, la non adhésion et la non adhérence.

« *Que faire pour éviter la répétition de la négation de soi* »<sup>38</sup> s'interroge Fabien Eboussi-Boulaga ? C'est

<sup>34</sup> Florent Valère Adegbi, *Susciter l'engagement au travail en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 45

<sup>35</sup> Yves Schwartz, *Reconnaissances du travail. Pour une approche ergologique*, Paris, P.U.F., 1997, p. 104

<sup>36</sup> Abdallah Nouroudine, « Comment connaître le travail quand le travail n'est plus le travail ? » in *Ergologia*, Aix-en-Provence, Mars 2012, n°3, p. 112

<sup>37</sup> Eliza Echternacht, « Activité humaine et gestion de la santé au travail : Éléments de réflexion à partir de l'approche ergologique » in *Ergologia*, op.cit., p. 79

<sup>38</sup> Fabien Eboussi-Boulaga, *La crise du muntu*, Paris, Présence africaine, p. 223

donc l'être là de l'africain qui est questionné. « *La crise africaine est économique, politique, sociale culturelle mais elle est surtout existentielle en ce qu'elle se rattache à une question essentielle : que signifie être africain aujourd'hui ?* »<sup>39</sup>

## **Manifeste pour une ergologie africaine : des savoirs et des pratiques incarnés**

### ***L'ergologie comme tentative de transformation du monde***

L'analyse sur les pratiques et les savoirs dits à l'africaine a permis de montrer que ce que l'on prend pour des particularités qui seraient une manière pour les africains de dire leur être-là conduit à une impasse dans laquelle le concept est vide de sens. Impasse effectivement car ce concept « à l'africaine » renvoie à une substance qui dit l'absence car cet être-là de l'homme africain est un être-pas là, fermé au monde. Cela revient donc en définitive à faire de sa substance, un être de la corruption, un être-pour-la mort, un *weg-sein* comme dirait Heidegger. Pour que la renormalisation soit véritable, il faut alors que ces savoirs et pratiques soient non pas à l'africaine, mais africains. Cela revient à se demander que signifie être africain aujourd'hui ?

Se poser cette question revient à reposer l'interrogation de Jean Genet se demandant dans la préface des *Nègres* qu'est-ce que c'est donc qu'un noir et d'abord c'est de quelle couleur ?

Si cette interrogation nous semble ici importante, et même cruciale, c'est parce que c'est elle qui permettra de donner un sens à la substance de l'être qui l'inscrit dans sa norme. Lorsque dans le livre Z de *La Métaphysique*, Aristote dit que l'être au sens premier est le "ce qu'est une chose", qui exprime la substance, cela signifie que s'interroger sur le « ce que c'est » d'une chose, c'est réfléchir à la substance de cette chose. Le « ce que c'est que d'être cette chose », dit le quid de la chose. Lorsque Genet par cette interrogation demande « qu'est-ce que c'est donc qu'un noir ? », son interrogation en contenant également deux fois le verbe être, porte sur la substance de l'homme noir, la substance renvoyant alors à la définition qui le pose dans l'identité de son être et non plus dans son absence.

Si nous parlons d'un être africain absent de lui-même et à lui-même, c'est parce que « *l'être-là, le nôtre, ne saurait faire scission ni sécession avec le passé, le présent et l'avenir. [...] Il n'est ni présence immédiate, ni fantasme virtuel, ni concentré de traditions. Nous sommes une totalité mouvante. Seule la mort signe la fin de notre être, qui survit à travers notre œuvre* »<sup>40</sup>.

Pour comprendre cette œuvre de l'homme, c'est donc de la réalité des hommes que nous devons partir pour tenter de dire ce qu'ils sont et la manière pour eux de donner du sens à des savoirs et pratiques venus d'ailleurs et qui ne soient pas uniquement parachutés. « *Là où cesse la spéculation, dans la vie réelle, commence donc la science réelle, positive, la présentation de l'activité pratique, du processus pratique de l'évolution des hommes* »<sup>41</sup>. L'ergologie est cette voie qui permet de sortir de la spéculation pour regarder la vie réelle et étudier la dimension de l'activité.

Mettre en rapport la dimension de l'activité avec celle des valeurs suppose une renormalisation véritable. Par véritable, nous entendons volontaire, consciente et authentique. Par ailleurs, nous avons, en parlant de la particularité des réalités africaines, mentionné la complexité des normes difficiles à comprendre car difficiles à isoler. En effet, toutes les dimensions de la vie étant imbriquées les unes aux autres, l'identification des normes antécédentes pour comprendre le prescrit se révèle elle-même difficile. Or, seule cette identification permettra de déceler et de mesurer l'écart entre ce qui est et ce qui est supposé être afin de comprendre la réalité africaine.

Toute transformation de la société passe d'abord par sa compréhension. La démarche ergologique, en ce sens, semble souvent entretenir des rapports étroits avec la démarche marxienne de transformation du monde. Dans les *Thèses sur Feuerbach*, Marx soumet la philosophie à la critique de sa passivité qui consiste à dire le monde, à l'interpréter de diverses manières sans jamais aboutir à l'action qui est une transformation de la société par les hommes eux-mêmes en tant que producteurs de sens et de leur vie. C'est cette option que prend l'ergologie en faisant dialoguer entre eux les divers acteurs sociaux avec leurs représentations, leurs valeurs contenues dans un lieu et un temps. « *La coïncidence de la transformation du milieu et de l'activité humaine ou de la transformation de l'homme par lui-même ne peut être saisie et comprise rationnellement que comme praxis révolutionnaire* »<sup>42</sup>.

L'ergologie qui est le discours sur l'activité est un discours que tiennent les acteurs eux-mêmes et non pas

<sup>39</sup> Marc Mvé Bekale, *Démocratie et mutations culturelles en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 65

<sup>40</sup> Ibidem p. 66

<sup>41</sup> Karl Marx, *L'idéologie allemande*, in *Œuvres, III, Philosophie*, trad. Maximilien Rubel, Paris, Gallimard, 1982, collection La Pléiade, p. 1057

<sup>42</sup> Karl Marx, 3<sup>ème</sup> Thèse sur Feuerbach, in *Œuvres, III, Philosophie*, op.cit., p. 1031

des spectateurs passifs. Lorsque je dois dire mon activité, celle qui est mienne, qui m'est propre, ce que je dois dire est la manière dont je m'objective dans cette activité, ce que je projette de moi dans mon activité, car pour qu'elle soit mon activité et non une activité, il faut qu'elle m'appartienne. Or pour qu'elle soit mienne, il faut nécessairement que je m'y engage, que j'y adhère, que je l'habite. « *L'individu engagé croit en la possibilité de transformer sa condition. Par-delà sa condition particulière, cette conviction s'étend à toute situation d'injustice ou de souffrance. En d'autres termes, l'engagement engendre un optimisme fondamental qui soutient toutes les actions du sujet* »<sup>43</sup>. C'est tout le sens de cette nécessaire appropriation qui se joue dans la question de l'engagement au travail en Afrique et dans la question de ? la bonne gouvernance en politique pour un développement réel. D'ailleurs, nous pouvons remarquer que des organisations comme la Banque Mondiale établissent un lien entre la qualité du système de gouvernance d'un pays et sa capacité à favoriser un développement stable. La bonne gouvernance, dans l'œuvre politique d'Aristote signifie la manière, juste et éthique par laquelle un gouverneur exerce son autorité politique, administrative, économique en vue de développer son État. C'est ultérieurement que le concept a été appliqué au monde du travail et des entreprises. Elle est aujourd'hui pensée comme une condition nécessaire des politiques de développement par la banque mondiale et repose sur quatre principes que sont la responsabilité, la transparence, l'état de droit, la participation, autant de principes absents des pratiques dites « à l'africaine ». Qui donc s'étonnera encore que le prix Mo Ibrahim n'ait encore été attribué cette année à aucun homme d'État en Afrique ? Comment donc passer d'une gouvernance « à l'africaine » dans la politique et le monde du travail à une gouvernance bonne ? Cette bonne gouvernance africaine sera alors la gouvernance qui n'aura pas été parachutée ex nihilo, mais qui sera sortie de nos muscles et de notre cerveau. La bonne gouvernance comme principe vital est ce cadre dans lequel les tentatives de renormalisation pourront alors s'inscrire afin que le discours sur l'activité conduise à ce discours synthétique, créateur d'un sens et d'un savoir nouveau compris et assumé en étant ergo-logos.

### ***Des pratiques à l'africaine aux savoirs africains : la parole comme logos de ré-appropriation***

Dans la mise en acte qui est usage de soi par soi, on se choisit. Ce choix que l'on fait dit ce que l'on veut être. Cette notion de se choisir prend le sens de l'engagement et de la création de soi par soi-même.

*« La vérité qui s'affirme implicitement dans la nécessité de l'interprétation doit être ouvertement reconnue et proclamée : le déterminant, l'absolu dans le domaine de la culture, c'est l'homme, c'est le créateur de toute tradition qui doit affirmer sa créativité inépuisable ; c'est lui qui doit exprimer ses besoins et ses aspirations ; c'est lui qui doit concevoir les solutions possibles à ses problèmes, décider, réaliser ce qu'il a décidé et jouir du fruit de ses efforts. C'est le créateur et non pas l'œuvre, si importante soit-elle, qui a valeur déterminante, sacrée »<sup>44</sup>.*

Pour que la renormalisation soit réelle et non pas apparente, ces savoirs et pratiques doivent être investis. Il ne sera alors plus question de démocratie « à la mode de », mais du sens qu'acquiert la démocratie pour un africain. Ce sens ne saurait entrer en contradiction avec la définition donnée, mais il s'agira de valeurs supplémentaires particulières qui donnent un visage réellement relativisé à la chose. Cette dimension de relativité ne saurait en aucun cas contredire la dimension universelle contenue dans la définition même de la chose car la différence qui est posée entre la démocratie et sa renormalisation ne sera plus une différence de nature, mais bien une différence de degré. Ainsi, l'oralité ayant une dimension plus grande que l'écrit dans les sociétés africaines, on pourrait penser une démocratie peut-être plus participative qui ranimerait en quelque sorte la démocratie grecque. Ainsi une démocratie en Afrique qui s'appuierait sur les principes d'égalité, de fraternité et d'humanisme identifiés par Nkrumah pour sortir la société de la contradiction, ne contredirait pas le sens de cette démocratie et aurait pour les africains un sens. Ce dont il est question est donc du dépassement de cette contradiction entre universalisme abstrait et relativisme fermé. C'est donc la recherche de cette norme en équilibre qui nous conduit à la lecture habermassienne dans son désir de substituer à l'impératif catégorique kantien qui pose l'absoluité des valeurs, le principe de discussion qui se crée dans l'interaction. Habermas, dans *L'éthique de la discussion*, montre que les normes susceptibles de rencontrer l'adhésion de tous lors d'une discussion pratique peuvent être dites normes valides. L'intérêt de cette éthique habermassienne est qu'elle se construit par une discussion, que nous identifions ici, en la palabre comme espace d'une liberté de parole dans laquelle la réciprocité de tous les participants conduit à un abandon des comportements

<sup>43</sup> Mahamadé Savadogo, « Reconnaissance et engagement » in *Cahier philosophique d'Afrique*, année 2012, n°10, p. 12

<sup>44</sup> Marcien Towa, Extrait d'une communication faite au premier colloque sur la littérature et la critique littéraire camerounaise sous le titre *Les conflits entre traditionalismes. Recherche d'une solution*, in *Les philosophes africains par les Textes*, Paris, Nathan, 1978, p. 108

égoïstes. La palabre se règle par un accord fait de synthèses. Mais cet accord qui dit le consensus n'est pas à comprendre comme absence de conflit car c'est dans ce conflit que se jouent les débats de normes permettant la négociation et la confrontation des opinions. C'est cette confrontation qui délimite un cadre pour la parole. Nous parlons sciemment de parole et non de communication, car la parole semble dans ces sociétés comporter une dimension éthique plus marquée que dans la communication. La parole est en effet ce qu'on donne de soi, et encore plus que le contrat, elle comporte la dimension de l'honneur. Pour que cette parole puisse avoir un rôle significatif, elle doit alors s'appréhender comme ouverture à l'autre et au possible, comme pro-jet de transformation de la société. « *La difficile construction d'une capacité prospective et d'une appropriation par les populations d'une vision de l'avenir qui fonde leur participation citoyenne à un projet, doit être entreprise, avec volonté et responsabilité* »<sup>45</sup>, dit Diagne. Ce qui nous semble alors important, est de montrer que la théorie morale dans laquelle s'inscrit le débat de normes exige comme condition absolue un cadre de démocratie réelle qui seule garantira la possibilité de la discussion. L'éthique n'est plus alors une éthique abstraite, spéculative, hors du monde, mais une éthique concrète qui est, en étant en acte. C'est cette éthique là qui doit être présente dans la démocratie mais aussi dans le management ou encore le travail.

*« Serait à dénoncer le divorce entre l'agir et le faire, plus exactement entre ceux qui agissent sans faire et ceux qui font sans agir. L'acte humain est indivisible ; c'est un non-sens de parler ici de la division des tâches. L'agir sans le faire ? [...] Les hommes moyens font, mais n'agissent pas ; ils n'ont pas de discours à eux ; dans cette lutte contre la nature, ils deviennent objet, outils ou matière première [...] Ils n'ont ni le temps ni les ressources de revenir à eux-mêmes, d'éprouver la satisfaction, de se construire en faisant, de faire des projets de liberté »<sup>46</sup>.*

Ce concept « à l'africaine » traduisant l'acculturation et la désadhérence, c'est le phénomène de l'inculturation qu'il faut désormais penser pour signifier cette adhérence et une renormalisation réelle. L'inculturation est l'acculturation contrôlée, c'est-à-dire celle qui met en lumière un choix responsable et conscient, voulu et non plus imposé témoignant du libre arbitre de l'homme d'accepter ou de refuser, d'adapter en fonction de son système de croyances et de valeurs. Si dans le phénomène d'acculturation la question de sens ne fait pas débat, l'inculturation au contraire « *présuppose énormément de créativité et d'originalité* »<sup>47</sup>.

Ainsi, nous ne sommes plus dans ce phénomène de mimétisme dans lequel se jouaient les dramatiques d'usage de soi, auxquelles fait référence Yves Schwartz, pour traduire la douleur qui se noue en l'homme dans la pénibilité de son activité.

*« L'activité humaine a sa source dans les besoins et les désirs. Le désir de l'homme le porte vers le monde, vers les objets dont il veut s'emparer pour en faire la substance de son être. Au fond c'est toujours lui-même qu'il désire et cherche en dernier ressort, car il ne désire les objets du monde qu'en vue de lui-même, en vue d'entretenir et développer son être »<sup>48</sup>.*

Ce qui est visible dans cette créativité est la production de l'homme par lui-même qui donnera un sens véritable aux indépendances qui signifient l'autonomie et la réconciliation de l'homme retrouvé avec lui-même.

Le concept « à l'africaine » est, en ce sens, un concept dangereux en ceci qu'il évite cette prise de conscience sur la situation actuelle de l'Afrique et pose les contours de pratiques qui se vident de leurs sens. Nous comprenons qu'une démocratie dont la concrétude actuelle se situe dans la bonne gouvernance permettra de délimiter le cadre possible de la discussion, de la palabre, conduisant à ce débat de normes qui n'existe pas. Il est donc urgent, disons-nous avec Eboussi-Boulaga d' « *instituer ou restituer le langage et la parole comme moyen de rechercher, de trouver et de communiquer le vrai, comme moyen de déléguer, de promettre, de s'engager* »<sup>49</sup>.

## Conclusion

*« La construction d'une route apparaît, de nos jours, comme un fait ordinaire, banal, sans grandes conséquences dans un monde dont l'essence est le pur produire et qui n'a le sentiment de sa propre réalité qu'en bouchant tous les horizons, tous les espaces. [...] Une route venant traverser la savane*

<sup>45</sup> Souleymane Bachir Diagne, *Reconstruire le sens. Textes et enjeux de prospectives*, Dakar, Codesria, 2000, p.15

<sup>46</sup> Fabien Eboussi-Boulaga, *La crise du Muntu*, op. cit., p. 209

<sup>47</sup> Achiel Peelman, *L'inculturation : l'Eglise et les cultures*, Ottawa, Novalis, 1988, p. 136

<sup>48</sup> Marcien Towa, *Identité et transcendance*, cité in *Les philosophes africains par les textes*, Paris, Nathan, 1978, p. 106

<sup>49</sup> Fabien Eboussi-Boulaga, *Les conférences nationales en Afrique noire. Une affaire à suivre*, Paris, Karthala, p. 129

ou la forêt, pour s'étendre au loin, vers des horizons insoupçonnés, ne révèle-t-elle pas qu'il est désormais possible aux hommes de vaincre une nature qui jusque là était objet de crainte ? [...] L'homme n'est-il pas plutôt maintenant invité à regarder au-dedans de lui-même, pour se découvrir en tant que la certitude d'être toute réalité, le sujet porteur de l'infini, mieux, l'infini lui-même en acte ? »<sup>50</sup>

Est-il possible pour l'homme africain aujourd'hui de se mettre en œuvre, et tel l'architecte de sa vie, de se créer, de se faire, de se développer sans cette tension dramatique et souvent inconsciente qui le tue ? Cette habitude à la misère comme condition de l'homme africain fait de lui, ce spectateur passif qui, fatigué de ne pas obtenir ce qu'il désire, fait taire la voix du désir en lui. Dans ce silence qui est passivité, indifférence, il tue en lui la possibilité de faire advenir une réalité autre. Tout est possible disent en écho Fanon et Dibi. La possibilité ainsi pensée s'inscrit dans l'action et prend alors la figure de l'engagement, car, penser l'action possible pour sortir de cette léthargie qui est indifférence et passivité face à ce qui vient, c'est penser l'occasion, c'est-à-dire le *kairos*, le moment opportun. Cette attention au moment opportun est attention à la réalité afin de bousculer au bon moment les occasions pour faire émerger les possibilités contenues dans le présent. En ce sens, l'homme africain qui portera son attention sur la situation présente afin de savoir quand et comment agir, définira son identité non plus en référence à une identité figée à déceler, mais comme un homme qui fait advenir et qui advient, et donc, en ce sens, un homme qui crée et ce faisant, se crée. C'est uniquement dans cette création qu'il pourra inscrire un contenu à des pratiques et savoirs conçus, repris et assumés, donc des savoirs ré-appropriés, des savoirs africains.

## Bibliographie

### Ouvrages

- ADEGBIDI Florent Valère, *Susciter l'engagement au travail en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1998.
- DIAGNE SOULEYMANE Bachir, *Reconstruire le sens. Textes et enjeux de prospectives*, Dakar, Codesria, 2000.
- DIBI Augustin, *L'Afrique et son autre : La différence libérée*, Abidjan, Strateca, 1994.
- DJAÏT Hichem, *La personnalité et le devenir arabo-islamique*, Paris, seuil, 1974.
- EBOUSSI-BOULAGA Fabien, *La crise du muntu*, Paris, Présence africaine, 1977.
1993. *Les conférences nationales en Afrique noire. Une affaire à suivre*, Paris, Karthala,
- FANON Frantz, *Les damnés de la terre*, Paris, Maspéro, 1961.
- GASSAMA Makhily « Le piège infernal », in *L'Afrique répond à Sarkozy, Contre le discours de Dakar*, Paris, Philippe Rey, 2008.
- GENET Jean, *Les nègres*, Paris, Gallimard, Folio-Théâtre, 2005.
- HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, trad. Mark Hunyadi, Paris, Flammarion, 2013.
- MARX Karl, 3<sup>ième</sup> *Thèse sur Feuerbach*, in *Œuvres, III, Philosophie*, trad. Maximilien Rubel, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », 1982.
- Idéologie allemande*, in *Œuvres, III, Philosophie*, trad. Maximilien Rubel, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », 1982.
- MUAMBA-MULUMBA Placide, « Culture d'entreprise : un concept fourre-tout » in *Organisations économiques et cultures africaines. De l'homo oeconomicus à l'homo situs*, sous la direction de Issiaka Prosper Lalèyè, Paris, L'Harmattan, 1996.
- MVE-BEKALE Marc, *Démocratie et mutations culturelles en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- NKRUMAH Kwamé, *Le Consciencisme*, trad. Starr et Mathieu Howlett, Paris, Présence Africaine, 1976.

<sup>50</sup> Augustin Dibi, *L'Afrique et son autre : La différence libérée*, Abidjan, Strateca, 1994, p. 15

PEELMAN Achiel, *L'inculturation : l'Eglise et les cultures*, Ottawa, Novalis, 1988.

SCHWARTZ Yves, *Reconnaisances du travail. Pour une approche ergologique*, Paris, P.U.F., 1997.

ŽIZEK Slavoj, *Le sujet qui fâche. Le centre absent de l'ontologie politique*, trad. Stathis kouvelakis, Paris, Flammarion, 2007.

### **Articles**

BEN-YAHMED Béchir, « Quinze ans, c'est assez ! » in numéro 2754 de *Jeune Afrique*, du 20 au 26 Octobre 2013, p. 3.

ECHTERNACHT Eliza, « Activité humaine et gestion de la santé au travail : Éléments de réflexion à partir de l'approche ergologique » in *Ergologia*, Aix-En-Provence, Mars 2010, n°3, pp.63-90.

NOUROUDINE Abdallah, « Comment connaître le travail quand le travail n'est plus le travail ? » in *Ergologia* 2010, n°3, Aix-en Provence, pp. 105-126.

SAVADOGO Mahamadé, « Reconnaissance et engagement » in *Cahier philosophique d'Afrique*, année 2012, n°10, pp.1-16.

## **Comparaison de pratiques en médecine du travail**



## La complexité des rapports soignants- soignés : Algérie

### *Mohamed Mebtoul*

En m'appuyant sur mes recherches socio-anthropologiques auprès des médecins et des patients, menées depuis une vingtaine d'années, je tenterai de montrer la complexité des rapports soignants-soignés, indissociables de la façon dont s'est opérée la structuration politique et sociale du champ médical algérien. La contextualisation en question est importante pour tenter d'accéder à une intelligibilité des formes sociales éclatées et fragiles observées dans les structures étatiques de soins. En analysant la profession médicale, à partir des significations que les médecins attribuent à leur activité quotidienne<sup>51</sup>, il est possible d'indiquer une triple rupture socioprofessionnelle : rupture entre leur imaginaire médical et la réalité socio-sanitaire (pénurie de moyens techniques et thérapeutiques, reproduction mécanique du savoir médical faiblement actualisé faisant référence à la routine, notamment chez les médecins généralistes) ; rupture entre leurs attentes socioprofessionnelles centrées sur la réussite sociale et professionnelle et le déclassement de leur statut ; et enfin, rupture entre les « bons » patients coopératifs et acculturés au savoir médical et les autres patients qui refuseraient de se conformer à la norme médicale par négligence, incompréhensions, etc.

Ces ruptures fortes mises en exergue par les médecins, ont abouti, pour reprendre le terme de Castel (2001) à une « désaffiliation » des spécialistes de l'hôpital, contraints de quitter un espace socio-sanitaire déliquescents marqué par la mise en œuvre d'une activité professionnelle discontinue et arythmique. « *On nous obligeait à partir* », revient souvent dans les propos de l'élite médicale. Concernant les médecins généralistes, dont il sera question dans notre intervention, ils mettent l'accent sur le déclassement social de leur statut et la routinisation de leur travail peu autonome, pris en otage par une logique administrative qui leur interdit de donner du sens à la santé publique, au sens d'ouverture du praticien généraliste vers la société. Ce type de fonctionnement du secteur étatique administré des soins a incontestablement favorisé l'émergence et le renforcement brutal et rapide du secteur privé lucratif des soins, particulièrement durant la décennie 90, donnant ainsi la possibilité à une partie de l'élite médicale reconvertie au « libéralisme » (segment professionnel de la chirurgie, de la gynécologie et de la cardiologie), d'accéder à la réussite sociale et professionnelle. Si on veut comprendre les multiples ambiguïtés de la relation soignants-soignés, en insistant notamment sur la figure résiduelle du médecin généraliste, j'esquisserai rapidement la façon dont s'est constituée la profession médicale dans la société algérienne.

### La constitution de la profession médicale

La profession médicale en Algérie s'est construite par la médiation du politique. Plus précisément, c'est avant tout le pouvoir politique, dans la décennie 70, qui donne son aval à la mise en œuvre des programmes sanitaires ambitieux devant permettre de réduire la mortalité infantile et maternelle, de généraliser la vaccination, d'instaurer la médecine « gratuite » et enfin de privilégier la massification de la profession des médecins. Le politique impose donc par le haut une forme sociale de médicalisation focalisée sur le dénombrement (visibilité du nombre de structures de soins) que sur le processus à l'œuvre dans les formations sanitaires<sup>52</sup>. La profession médicale s'est donc constituée à partir d'une dynamique sanitaire verticale déployée par le pouvoir politique détenteur de la rente pétrolière.

Si on veut aujourd'hui comprendre profondément les interactions médecins-malades, il nous semble important d'indiquer que les règles de fonctionnement du champ médical ont été produites en dehors de celui-ci, dans un espace politico-administratif. La profession médicale, va donc se déployer dans un espace bureaucratique difforme, fonctionnant par injonction (notes, circulaires, etc.) qui occulte toute régulation contractualisée des rapports entre le pouvoir et les médecins. Autrement dit, les praticiens du secteur étatique devenaient par la force des choses, des fonctionnaires dont le regard était moins focalisé sur la société que sur les différentes pratiques du pouvoir, étant identifié comme l'unique acteur pouvant être à l'origine des transformations par le haut du champ médical.

L'excès de régulation centralisée et uniforme du système de soin algérien va montrer toutes ses limites. Il est dans l'incapacité de se reproduire à l'identique à partir de l'année 86 en raison de la baisse du prix du pétrole, provoquant des inversions radicales et brutales : reconnaissance explicite des pouvoirs publics

<sup>51</sup> Mebtoul M., 1994, 1998, 2005, 2007

<sup>52</sup> Aïach, Delanoë, 1998

du secteur privé des soins, antérieurement discrédité, favorisant et encourageant l'émergence et le renforcement des cliniques privées, recul important des soins de santé primaire valorisés durant la décennie 70 et enfin la survalorisation sociale du spécialiste au détriment du médecin généraliste. Tracé à grand trait, ces éléments structurels ne sont pas sans effets sur la pratique médicale déployée dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) où exercent en majorité, les médecins généralistes.

### L'isolement socioprofessionnel du médecin généraliste

Les enquêtes qualitatives approfondies réalisées auprès des médecins généralistes, indiquent de façon récurrente leur isolement socioprofessionnel qui se traduit par des rapports de distanciation avec la hiérarchie administrative et les patients. A la figure emblématique du médecin-militant de la décennie 70, idéalisant la médecine moderne qui avait pour ambition de transformer la société, se substitue aujourd'hui celle du médecin-technicien qui se limite à des actes médicaux étiquetés comme routiniers et sans consistance à leurs yeux. En Egypte, Chiffolleau<sup>53</sup> montre bien cette rencontre manquée entre un modèle médical et une réalité sociale particulière qui met rarement les médecins généralistes en présence de la « belle maladie », selon l'expression de Claudine Herzlich<sup>54</sup>, ou des cas « intéressants » dans une logique strictement médicale déployée à l'hôpital.

Fathia est âgée de 33 ans. Elle est médecin généraliste depuis 4 ans dans une polyclinique située à Tlemcen. Elle disait : *« Ici la consultation, c'est plutôt la routine. C'est toujours la même chose. Ce sont les mêmes cas qu'on revoie. Pourtant, quand il y a un cas intéressant qu'il faut suivre (analyse, bilan, etc.), j'aime bien le revoir. A l'hôpital, ce qui était bien, on apprend. On voit de nouvelles choses. Ici à la polyclinique, on apprend rien »* (33 ans, sexe féminin, 4 ans d'expérience, médecin généraliste).

L'isolement socioprofessionnel évoqué par les médecins généralistes semble intimement lié à l'acquisition d'un statut social qui ne semble pas les satisfaire. Alors qu'ils attendaient prestige et reconnaissance sociale de leur statut de médecin généraliste, ils se rendent rapidement compte qu'ils subissent au contact de la réalité quotidienne, un processus de déclassement et de dévalorisation sociale. Ils se perçoivent à la marge du champ médical par rapport à leurs confrères de l'hôpital qui ont, selon eux « plus de chance » (présence de la hiérarchie médicale, confrontation des cas, disponibilité de l'information, etc.).

Ahmed est âgé de 30 ans. Il est médecin généraliste dans un centre de santé de Tlemcen. Il disait : *« Avec l'administration, ce sont des rapports d'indifférence. Les gens de la direction sont indifférents vis-à-vis de nous et par réciprocité, nous sommes aussi indifférents. Les gens ne sont pas à leur place. Tu mets quelqu'un de responsable qui n'est pas du milieu de la santé. Par exemple, tu lui demandes un sérum antitétanique. Il ne voit pas toujours l'importance. Ce n'est pas son domaine. Il ne s'y intéresse pas. Ces gens-là ont d'autres chats à fouetter. Notre responsable est aussi président de l'association des anciens moudjahidines. Il a des réunions. Il est donc occupé. Et en plus un responsable politique intouchable. Tu as peur pour ta place. Si par exemple, le directeur nous réunissait une fois par mois, on se comprendrait mieux. On situerait les responsabilités. Maintenant, on dit : « c'est eux » ; eux, disent, « c'est nous ». La médecine générale, c'est la clinique la plus simple, sommaire, banale. Le malade, tu ne le connais pas ! Tu ne lui parles pas ! Tu es dégoûté ! Parce que le médecin généraliste n'a plus vraiment les moyens d'être vraiment médecin. Il faut qu'il s'habille bien. Il ne faut pas que le malade te voit en train de faire la queue pour acquérir un service donné. C'est pourtant ce que nous faisons ».*

L'isolement socioprofessionnel des médecins généralistes nous semble d'autant plus accentué dans le champ médical algérien dominé de façon forte par les spécialistes. Un travail ethnographique réalisé à Oran en 2002, a consisté uniquement à prendre note de l'intitulé des plaques professionnelles placées à l'entrée des cabinets privés. Il ressort de nos observations, la sur-représentation de la notion de spécialité dans les plaques professionnelles. Tout en étant médecin généraliste, il n'hésitera pas à inscrire sur la plaque qu'il est spécialiste des maladies des enfants, ou des yeux, etc.

Le médecin généraliste se perçoit au plus bas de la hiérarchie médicale. Il ne lui semble donc pas très indiqué de se présenter avec le statut de médecine généraliste, pour tenter de capter les clients conduits aussi à multiplier les examens dits complémentaires, en l'absence d'une continuité thérapeutique basée sur la confiance et l'échange soutenu avec les médecins généralistes de santé publique. Ils sont non seulement concurrencés par les spécialistes mais aussi par les pharmaciens présents en nombre

---

<sup>53</sup> Chiffolleau 1997

<sup>54</sup> Herzlich 1984

important dans tous les quartiers. Ils n'hésitent pas à construire une interaction de proximité avec les malades (vente de médicaments à crédit, contacts téléphoniques, conseils et traitement sur telle ou telle pathologie, conventionnement avec la sécurité sociale, etc.). Autant d'éléments importants qui encouragent les malades à l'automédication qui peut être interprétée aussi comme une forme de défiance à l'égard du médecin qui est loin d'accéder, aujourd'hui au monopole des soins. Nos recherches permettent enfin d'indiquer les ambiguïtés de la relation thérapeutique.

### Les ambiguïtés de la relation thérapeutique

Certains médecins généralistes mettent l'accent sur la difficulté d'échanger avec des patients de conditions sociales et culturelles modestes. Ils avouent leur impuissance à trouver les mots pour pouvoir communiquer avec eux. Une médecin généraliste, 27 ans, quatre ans d'expérience dans un centre de santé d'Alger, disait : « *On a l'impression de parler dans le vide. On a l'impression qu'au niveau de la périphérie, le niveau social, c'est évident, est bas. Je me retrouve en face de gens simples. Il faudrait avoir un langage spécial pour eux* ».

De façon récurrente, les médecins généralistes des structures dites « périphériques », construisent leur regard sur les patients à partir de leur « monde à soi »<sup>55</sup>, privilégiant leur modèle explicatif de la maladie et donc leur propre « vérité » sur la maladie, occultant tout le savoir d'expérience des patients et leurs proches parents. Ils sont conduits à opérer une catégorisation sociale en référence au degré d'acculturation des différentes catégories de patients au savoir médical. Concernant les patients de conditions sociales et culturelles modestes, certains médecins généralistes mettent l'accent sur la rupture dans la prise de médicaments, notamment les diabétiques et les hypertendus et le peu de « respect » du régime alimentaire qui leur est proposé, dévoilant, selon eux, l'absence de confiance des malades à leur égard. A contrario, avec les patients cadres, plus acculturés au savoir médical, la relation thérapeutique recouvre une signification plus pertinente « parce qu'un langage commun existe pour permettre une action intelligible »<sup>56</sup>.

Zohara est âgée de 37 ans. Elle a 10 ans d'expérience dans une polyclinique de Tlemcen. Elle disait : « *Les patients algériens ne sont pas bien informés. C'est pour cela, qu'on ne peut pas prévenir. Le patient vient quand c'est trop tard ! Les gens sous-estiment et négligent la maladie chronique. Plus grave encore ! Il peut arrêter carrément le traitement médical et prendre un traitement à base de plantes. Il n'arrive pas à comprendre qu'il doit suivre son régime... Il y a aussi un manque de confiance à l'égard de son médecin. Mais parfois, on trouve des patients ouverts qui racontent leurs maladies. Ce sont des cadres qui sont sûrs d'eux, indépendants sur le plan matériel. Je préfère recevoir ces gens-là ! C'est plus facile de communiquer avec ces gens-là. On obtient de bons résultats. Ils suivent les prescriptions médicales* ».

Du côté des patients, le discours à l'égard de la pratique médicale déployée dans les structures de soins est tout aussi radical et critique. Ils mettent l'accent sur la médiocrité de l'accueil, l'absence de considération ou de dignité sanitaire de la personne malade anonyme, non détentrice de capital relationnel, pannes fréquentes des moyens techniques, travail aveugle et routinier du personnel de santé qui occulte toute l'écoute des propos du patient. Enfin, le patient anonyme semble frustré de ne pas recevoir toutes les clarifications nécessaires concernant sa pathologie. Des expressions récurrentes des patients nous semblent très significatives : « *L'accueil nous a rendu malade* », ou encore : « *Ils nous ont tué par leur silence* ».

Au cours d'une étude de terrain que nous venions de débiter, un de nos informateurs privilégiés nous a clairement affirmé : « *Pourquoi les personnes qui travaillent dans la santé, nous regardent d'en haut, comme si on était des mouches ? Pourquoi, ils ne nous considèrent pas ? Est-ce que parce que nous sommes des pauvres, ou parce que nous sommes illettrés, ou parce qu'on se laisse faire ? Essayez de répondre à ces questions dans votre étude* ». Or, l'une des attentes les plus fortes de la population est précisément la quête constante d'une interaction de proximité avec les professionnels de la santé

### Conclusion

Dans un système de soin dominé par une logique administrative qui se traduit par des injonctions

---

<sup>55</sup> Good, 1999

<sup>56</sup> Janzen, 1995

produites de façon centralisée (notes, circulaires, etc.), le médecin généraliste acquiert, par la force des choses, le statut de fonctionnaire-technicien à la quête d'un territoire propre et d'une autonomie, seules à même de lui permettre de construire une autre pratique médicale qui lui permettrait de prendre en considération la diversité et la complexité des situations socio-sanitaires. Mais nous sommes loin, aujourd'hui de la construction sociale d'une médecine de proximité avec les patients anonymes qui sont souvent de conditions sociales et culturelles modestes.

### Bibliographie

- AIACH P, DELANOË D, eds (1998), *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.
- CASTEL R., (1994), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- CHIFFOLEAU S., (1997), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- GOOD B. (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, Rationalité, Vécu*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- HERZLICH C. (1984), *Santé et Maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- JANZEN JHON M., (1995), *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala.
- METBOUL M., (1994), *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.
- (1998), « Pour un regard anthropologique sur la santé publique en Algérie », *Santé publique et Sciences Sociales*, 1, 9-24.
- (2005), *Médecins et Patients en Algérie*, Oran, Dar-El-Gharb.
- (2007), *Une sociologie des acteurs sociaux en Algérie : médecins, patients et ouvriers*, Oran, OPU.

## Présentation des pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux (FPS)

### Pratiques de prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux en Algérie *Idder Laib C.*

Nous abordons ici une variété de risques regroupés sous la rubrique «risques psychosociaux» (RPS), classés parmi les risques émergents par le BIT, mais aussi qualifiés de «Nouveaux » risques, ils rassemblent :

- le stress au travail (aigu et chronique),
- les violences externes (insultes, menaces, agressions physiques et psychologiques),
- les violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel),
- burn out,
- stress post-traumatique,
- Les addictions,
- Le mal-être.

Leur point commun est la souffrance au travail qu'ils engendrent chez les travailleurs qui y sont exposés ou qui les subissent. A ce jour, les concepts et les définitions ne sont pas stabilisés, c'est dire s'ils font débat sur les plans sociétal, politique et médiatique.

Les RPS sont souvent liés à des situations de travail délétères pour la santé des travailleurs et celle des entreprises. Ils accompagnent les changements dans le monde du travail et dans les organisations tels que :

- Les licenciements économiques collectifs et massifs ; la réduction des effectifs ; la précarité de l'emploi, les CDD ; les fermetures d'entreprises ; le redéploiement des ressources humaines ; le développement de la sous-traitance, l'externalisation ; l'explosion du travail informel ; l'arrivée de femmes et de jeunes au travail ; le chômage...

Ces réalités nouvelles dans le monde du travail en Algérie ont émergé durant la décennie 1990 avec les réformes du secteur économique de notre pays.

En résumé et selon BIT-OIT, les RPS ont accompagné dans tous les pays et dans tous les secteurs d'activité l'apparition<sup>57</sup> :

- de nouvelles conditions de travail : réorganisation du travail, compressions d'effectifs, sous-traitance, externalisation.
- des formes émergentes d'emploi : travail informel, les travailleurs migrants, les femmes, les jeunes, les travailleurs âgés.

#### La loi en Algérie

En Algérie, la loi 88/07 définit une obligation générale de préservation de la santé des travailleurs (art. 12). Cette obligation générale repose sur une approche globale de la prévention des risques professionnels. Dans notre pays, il n'existe pas de réglementation spécifique sur la prévention des RPS au travail, à l'exception du harcèlement sexuel abordé dans le code pénal. Toutefois, une jurisprudence est en train de se construire depuis la condamnation pour faits avérés de harcèlement sexuel au travail (procès très médiatisé en 2012-2013).

Mais l'absence de réglementation particulière relative à un risque spécifique n'induit pas un droit à l'inaction. Quels que soient les risques, les acteurs de la prévention peuvent s'appuyer sur les principes généraux de prévention pour leurs actions.

Les grandes orientations de la loi 88/07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail sont résumées dans l'Article 12, Chapitre III, qui définit la médecine du travail :

« La protection de la santé des travailleurs par la médecine du travail est partie intégrante de la politique nationale de santé. Dans le cadre des missions telles que définies par la législation en vigueur, la

---

<sup>57</sup> RPS selon BIT- OIT. Sources BIT, 2009.

médecine du travail dont la double mission est préventive essentiellement, et curative accessoirement, a pour but :

- De promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien être physique et mental des travailleurs dans toutes les professions, en vue d'élever le niveau des capacités de travail et de création.
- De prévenir et protéger les travailleurs des risques pouvant engendrer des accidents ou des maladies professionnelles et de tout dommage causé à leur santé.
- D'identifier et de surveiller, en vue de réduire ou d'éliminer, tous les facteurs qui, sur les lieux de travail, peuvent affecter la santé des travailleurs.
- De placer et maintenir les travailleurs dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques et, en règle générale, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.
- De réduire les cas d'invalidité et assurer une prolongation de la vie active des travailleurs.
- D'évaluer le niveau de santé des travailleurs en milieu du travail.
- D'organiser les soins d'urgence aux travailleurs, la prise en charge des traitements ambulatoires, le traitement des maladies professionnelles et à caractère professionnel.
- De contribuer à la sauvegarde de l'environnement par rapport à l'homme et à la nature.

De ces textes découle aussi l'organisation de la médecine du travail au sein du système national de santé. La prise en charge des prestations de médecine du travail s'effectue soit dans les services de médecine du travail dans les structures de santé (CHU, EHS, EHU, EPH, EPSP)<sup>58</sup>, soit par des services autonomes ou des services inter-entreprises, voire par les praticiens du secteur privé.

En application de la réglementation et de leur statut, ces services assurent :

- Des visites médicales réglementaires (Visites Systématiques ou Périodiques, Visites Particulières, Visites de Reprise, Visites Spontanées, Visites Embauche, Urgences).
- Des Consultations Spécialisées (CS).
- Des études et analyses des situations et conditions de travail.
- La formation et la recherche.

Quant à l'organisation de la prévention, plusieurs institutions se partagent la responsabilité : les ministères de la santé et du travail sous l'égide desquels activent différents organismes dédiés à la prévention (Comité national de médecine du travail, CNAS, Inspection du travail, Inspection médicale du travail, INPRP, OPREBATP, INT, INSP) ; les entreprises et les établissements qui ont l'obligation d'appliquer la loi et de mettre en œuvre toutes les actions nécessaires à la préservation de la santé mentale et physique des travailleurs (Service de prévention, CPHS).

## **En application de la loi**

Les services médicaux du travail sont amenés à appliquer la loi chacun en fonction de son terrain, de ses choix théoriques, de ses sources et de ses ressources. En fait, une appropriation qui permet le développement d'une clinique médicale du travail et d'une clinique du travail pour s'acquitter de leurs missions légales, c'est-à-dire d'analyser les situations de travail, d'étudier les conditions de travail, d'identifier les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de décider de l'aptitude médicale au travail. L'objectif principal de l'application de la loi est de faire de la prévention et de préserver la santé des travailleurs.

Parmi les activités de notre service, une consultation spécialisée (CS) reçoit les travailleurs en souffrance au travail. Nous développons cette consultation depuis plus de dix ans où l'on s'efforce de pratiquer une clinique médicale du travail orientée de façon à aider le patient à retrouver la capacité de penser son activité.

Le recrutement des patients de la CS est large et ouvert. Nous recevons les travailleurs adressés par un résident ou un assistant du service après VP, VS ou CS, ou adressés par un confrère quelle que soit la région d'origine ou le secteur d'activité de ce dernier ; enfin, nous recevons tout travailleur qui le demande.

---

<sup>58</sup> Un glossaire des différents sigles utilisés figure en annexe.

## Prise en charge des patients

Le premier contact, sans rendez-vous, se conclura en fonction de l'état du salarié, soit par une prise en charge immédiate du patient, soit par un rendez-vous de consultation. Cette première consultation, si elle a lieu lors du premier contact, est, parfois, une véritable urgence à gérer (souffrance aiguë, état de détresse, panique ou idée suicidaire...). Dans ce cas, on procédera à une éviction thérapeutique via un arrêt de travail, avec ou sans traitement médical. La suite se décidera au cas par cas (avis du psychiatre ou du psychologue avec ou sans prise en charge, contact avec la famille si nécessaire).

Selon le contexte, la conduite médico-légale à tenir peut nécessiter une déclaration en accident du travail (pic HTA, AIT...), ou en maladie à caractère professionnel (MCP).

Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour le suivi de ces patients, plusieurs années pour certains.

Le contact avec l'entreprise est envisagé pour l'analyse de la situation de travail, l'aménagement ou le changement de poste s'il est prescrit.

Selon les cas, des échanges avec le médecin conseil de la sécurité sociale peuvent être nécessaires, voire utiles (développer les arguments pour expliquer les liens entre l'état de santé du salarié et la situation de travail) pour la gestion du dossier CNAS.

Après avoir jugulé l'urgence, les consultations suivantes sont consacrées avec le patient à :

- recentrer le discours sur l'activité de travail,
- décrire dans le détail l'activité, l'organisation, la relation aux autres (collègues, hiérarchies, syndicats),
- mettre en relief les dysfonctionnements, les «maladies» du travail,
- entrevoir avec lui les solutions possibles,
- aider à transformer la souffrance au travail en riposte pour reprendre la main sur la situation de travail,
- donner du sens à ce qui lui arrive,
- décider de «l'aptitude» au travail.

En parallèle, des visites des lieux de travail, des entretiens avec les collègues et l'employeur sont programmés et menés pour mettre en place quand c'est possible un dispositif qui permettra une activité réflexive sur le travail, sur le métier.

Nous recevons en consultation :

- des hospitaliers victimes de violences physiques ou verbales, de burn out, d'épuisement professionnel, voire de dépression grave et de porteurs de pathologies connexes (dermatose récidivante, TMS, diabète, ulcère, HTA) ;
- des cadres de grandes entreprises ou de filiales de multinationales qui, à l'occasion de restructuration et/ou de la crise actuelle, sont «placardisés» et «harcelés» (conflits, isolement, nomination de doublons moins qualifiés, refus d'explication de la situation, éviction des réunions... violences psychologiques) ;
- des enseignants victimes d'épuisement professionnel, de dépression parfois profonde et grave ;
- des cadres moyens en entreprise ou dans le secteur des services, victimes de harcèlement moral, dépression et de pathologies connexes (dermatose récidivante, TMS, diabète, ulcère, HTA) ;
- des assistantes de direction, des paramédicaux et des femmes de ménage victimes de harcèlement sexuel et/ou de violences physiques et verbales.

## Une clinique médicale du travail renouvelée

Nous tentons de pratiquer une clinique médicale du travail différente, renouvelée qui s'appuie sur la méthodologie de la clinique de l'activité, faire de la prévention et aider à construire la santé avec ceux qui vivent les situations de travail délétères.

Il s'agit aussi pour nous d'identifier «la maladie du travail» pour «soigner le travail», c'est faire de la clinique du travail à partir du cabinet médical, c'est-à-dire à partir de la clinique médicale du travail.

Ce que nous développons depuis plus de 10 ans, c'est une consultation où l'on s'efforce de pratiquer une

clinique médicale du travail tournée vers une «clinique de l'activité» et orientée de façon à aider notre patient à retrouver la capacité de penser son travail, à le voir autrement. D'aider le salarié à établir un lien entre ce qui lui arrive et ce qu'il fait.

De guider et d'orienter l'activité réflexive vers l'activité de travail afin de tracer le chemin vers la reconnaissance dans ce que le travailleur fait, son métier.

De retrouver la capacité individuelle et collective d'agir sur sa situation, sa vie et son milieu, de donner du sens à son travail. Dit autrement, de retrouver son «pouvoir d'agir»<sup>59</sup>.

Quand on y arrive avec lui (elle), ce sont des perspectives d'action individuelle et souvent collective qui peuvent se construire.

De ce point de vue, on accepte de changer de paradigme. C'est-à-dire que l'on doit considérer que ce sont ceux qui vivent les situations de travail délétères pour leur santé qui se doivent de trouver des réponses aux conflits nécessairement présents au travail, mais nous devons les aider à le faire. Une co-construction en deçà de laquelle les préconisations du «vu de l'extérieur» auront des difficultés à «prendre racine» et dont l'appropriation par le travailleur est compromise.

Les cas suivis à la CS retrouvent souvent que c'est le travail ou, mieux, le fait «de ne pas pouvoir le faire correctement» et dans de bonnes conditions qui rend «malade»<sup>60</sup>.

Le changement de paradigme pour faire de la clinique médicale du travail autrement, introduit l'idée que les travailleurs doivent se réapproprier et/ou construire leur «pouvoir d'agir» sur les situations et le milieu de travail et du coup élargir leurs marges de manœuvres individuellement et collectivement<sup>61</sup>.

De se situer du côté de la *riposte*, «faire quelque chose» de la souffrance que le travail «malade» engendre, transformer la souffrance en action et non en maladie.

De situer la reconnaissance du côté du métier, translation qui évite la quête d'une reconnaissance interpersonnelle et aide à l'exigence du travail bien fait. Reprendre la main pour transformer l'organisation du travail.

De construire ou re-construire les collectifs de travail garants de la prise en charge des questions du travail et de la santé.

De mettre en place avec eux des dispositifs qui permettent de penser le travail, d'instaurer une activité réflexive sur l'activité, de donner du sens au travail.

En définitive, de re-penser notre rôle de médecin du travail en centrant nos actions sur les collectifs de travail et leurs conditions et en veillant à ce que l'organisation-désorganisation du travail ne broie pas les individus et les collectifs.

Il nous faut aussi rester vigilant pour que le soutien psychologique ne se transforme pas en «béquille», mais reste une aide ponctuelle à la disposition des travailleurs qui en ont besoin. Les travailleurs doivent (sauver) garder les mécanismes du pouvoir d'agir sur leur milieu de travail avant, pendant et après les situations difficiles. Commencer toujours par soigner le travail pour faire de la prévention.

Quelles que soient les sources, les références et les méthodes, on constate qu'il y a une augmentation proportionnellement croissante de pathologies liées à la diminution du contrôle des individus sur leur travail et que les contraintes au travail n'entraînent pas de détérioration patente de la santé mentale si les sujets sont motivés<sup>62</sup>. Autrement dit, plus un individu a de contrôle sur son travail, meilleure est sa santé. Ou, encore, plus il «accroît son rayon d'action et son pouvoir d'agir», plus il évitera «un développement empêché»<sup>63</sup> et préservera sa santé mentale et physique.

Pour donner un exemple, nous rapportons un cas de burn out chez un médecin spécialiste exerçant dans un hôpital algérois.

- Jeune médecin spécialiste, aime son métier, ambitieux pour lui et pour sa spécialité.
- Engagé dans un combat syndical pour la reconnaissance du statut des médecins spécialistes de santé publique à la suite duquel, soutenu par le syndicat, il accède au poste de chef de service.
- 10 ans d'activité intense où il développe l'activité du service.
- Les effectifs n'augmentent pas mais le service enregistre des départs et des arrivées.
- La composante mixte des personnels (hospitalo-universitaires et santé publique) crée des

<sup>59</sup> Clot Y. «Travail et pouvoir d'agir», collection «Le travail humain», Édition PUF 2008

<sup>60</sup> Clot Y. «Travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux», Édition : la Découverte, 2010.

<sup>61</sup> Clot Y. « Travail et pouvoir agir », opus cité

<sup>62</sup> Idider Laïb C., «Connaissance, reconnaissance du travail des cadres et stratégie d'action en phase de transition économique et sociale en Algérie.» Faculté de médecine d'Alger, Thèse 2005.

<sup>63</sup> Clot Y. « Travail et pouvoir agir », opus cité



tensions et des rivalités.

- L'activité continue à se faire, les forces en présence s'affrontent dans une ambiance de «petite guerre larvée».
- Au bout de 10 ans, surcharge de travail, non reconnaissance, pas de collectif, pas de soutien (ni du syndicat malgré ses plaintes, ni de l'employeur qui ménager les uns et les autres afin d'éviter le conflit ouvert).
- Seul, ce médecin tente de gérer la situation, comptant sur sa force de caractère, son ambition, sa légitimité.
- Mais les stratégies de défense qui ont permis de résister et de continuer dans une «normalité» apparente «à faire ce qu'il y avait à faire» montrent leurs limites, la «carapace» se fissure.
- Après plusieurs tentatives d'approche vers le médecin du travail, ce dernier l'invite chaque fois à venir à la consultation. Un jour, il arrive à la consultation. 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>,...
- Il commence par demander un conseil, puis formuler une plainte, enfin décrire des symptômes...
- Le jeune médecin dynamique, jovial, motivé voire lumineux et entreprenant s'est transformé en un personnage terne, les yeux cernés et enfoncés dans les orbites et tous les jours un peu moins apprêté que la veille.
- Le protocole décrit est déroulé de séance en séance.
- En résumé, burn out aggravé, sa résistance et son déni ont fait évoluer son état vers une dépression grave en quelques mois, ayant nécessité une hospitalisation de plusieurs semaines en psychiatrie, traitement médical et éviction thérapeutique.
- La reprise n'est toujours pas possible.
- Le travail sur le milieu de travail ne fait que commencer.
- Les autres membres du service, même s'ils reconnaissent les dysfonctionnements de l'organisation (surcharge de travail, sous effectifs, iniquité dans le partage des tâches, distance et froideur pour les malades et les collègues...), sont aussi dans des stratégies individuelles de défense.
- Phase actuelle complexe, la mise en place du dispositif qui doit permettre à ces travailleurs des échanges autour de l'activité afin qu'ils trouvent des issues à la situation de travail.

## D'autres initiatives

En plus de la CS du SUMT Rouiba, nous développons une collaboration entre le psychiatre et le médecin du travail pour la prise en charge des travailleurs. C'est à l'initiative de trois services : SUMT Rouiba, SMT de EPSP de Ouled Yaïch Blida, SU psychiatrie Maizi de hôpital Frantz Fanon Blida.

Nous avons débuté par la création d'une consultation conjointe regroupant psychiatre et médecin du travail. Cette consultation a débuté son activité depuis quelques mois, reçoit des travailleurs de différents milieux. Un bilan<sup>64</sup> en fournit les différentes caractéristiques :

des postes de travail dans des secteurs d'activité variés : Électrotechnicien ; Infirmier ; Gardien ; Chauffeur ; Réceptionniste ; Employé de banque ; Sage-femme ; Cadre financier ; Architecte... ;

des situations de travail délétères multiples: AT grave (bombe sur les lieux de travail, accident de la route), conflit avec la nouvelle hiérarchie directe, changement de direction, mutation sans motif et sans information préalable jugée abusive, violence externe, harcèlement moral, surcharge de travail, dégradation de la situation professionnelle car jugé incompetent par sa hiérarchie directe, non reconnaissance ;

des symptômes variés : insomnie, nervosité, agressivité, crise de panique, vertiges, palpitations, phobies, troubles obsessionnels, repli sur soi ;

des diagnostics retenus par le psychiatre qui couvrent une large palette de troubles : trouble anxio-dépressif, trouble phobique, état dépressif, trouble dépressif à la limite du délire de persécution, PTSD (syndrome de stress post traumatique), état dépressif débutant qui risque de s'aggraver, dépression sévère, syndrome anxio-dépressif doublé de troubles obsessionnels, syndrome dépressif d'épuisement, état dépressif grave.

Les décisions prises par le psychiatre et le médecin du travail : TRT médical ; aménagement de poste ; AT, éviction thérapeutique (qui parfois est refusée par le travailleur) ; reprise après AT ; pas de décision, ou difficile, ou différée ; arrêts de Travail thérapeutiques nécessaires, les travailleurs préfèrent

<sup>64</sup> Source bilan de la consultation psychiatre-médecin du travail, 2013

qu'ils soient délivrés et signés par le médecin du travail (éviter la stigmatisation en entreprise, mais la durée des AT crée des conflits avec la CNAS... ), parfois à la limite de la transgression ; TRT médical est systématique ; l'aménagement de poste nécessite des négociations qui n'aboutissent pas toujours.

## Perspectives

• Nous travaillons à la mise en place d'un réseau de professionnels pour la prise en charge de ce type de situations, de risques et de patients par :

- la mutualisation de nos moyens,
- l'organisation de nos échanges (expériences, connaissances...),
- la création de circuits de prise en charge des patients,
- la production de connaissances (recherche, débats),
- la formation médicale continue.

• Une première réunion a eu lieu à Tlemcen en mai 2013 et a abouti à la constitution d'un groupe projet. L'engagement de médecins du travail pour la mise en place d'un «Réseau RPS» qui va se charger de recenser les services où une consultation est dédiée à la souffrance au travail et de développer les dispositifs de prise en charge des patients et des situations.

Beaucoup de questions à prendre en charge, une des premières préoccupations est d'organiser la formation continue des médecins du travail (psychopathologie du travail, psychologie du travail,...) pour apprendre à :

- démêler le professionnel du personnel,
- développer l'écoute sans tout «psychologiser»,
- passer la main aux psychiatres, psychologues (quand? qui? comment ?),
- formuler la déclaration en MCP, sa rédaction (choix des mots),
- faire face aux incompréhensions des gestionnaires, parfois leur hostilité ou représailles,
- analyser les situations et identifier les facteurs de risques, aider les individus et les collectifs à élargir leur marge de manœuvre.

• La deuxième est d'impliquer des psychiatres qui intègrent la dimension travail dans l'approche de la santé mentale et de mobiliser des psychologues du travail pour être avec nous sur le terrain de l'analyse du travail. Ensuite, associer des ergonomes pour l'analyse des situations de travail.

Dans l'échange de nos expériences, construire des procédures pour gérer les refus de la prise en charge des arrêts de travail par la CNAS et trouver des solutions pour éviter les refus de la reconnaissance du caractère professionnel par la CNAS.

Enfin, offrir des lieux d'échanges sur les pratiques professionnelles.

## Conclusion

C'est dans l'échange de nos expériences d'analyse du travail et de clinique médicale du travail que nous pourrions trouver des solutions aux problèmes que les mutations du monde de travail nous posent.

Nous devons élargir nos marges de manœuvre pour parvenir à l'identification des situations à risque et à la prise en charge des travailleurs soumis à ces risques.

Nous devons construire des réseaux de professionnels pour la prise en charge de ce type de risques et de patients.

## Bibliographie

CLOT Y. «Travail et pouvoir d'agir», collection «Le travail humain», Edition PUF 2008

«Travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux», Edition : la Découverte, 2010.

IDDER LAIB C., «Connaissance, reconnaissance du travail des cadres et stratégie d'action en phase de transition économique et sociale en Algérie.» Faculté de médecine d'Alger, Thèse 2005.

Source bilan de la consultation psychiatre-médecin du travail, 2013.

## Glossaire

SUMT : service universitaire de médecine du travail  
EPH : établissement public hospitalier  
CHU : centre hospitalo-universitaire  
EHS : établissement hospitalier spécialisé  
EHU : établissement hospitalier universitaire  
EPSP : établissement public de santé de proximité  
CDD : contrat à durée déterminée  
BIT : bureau international du travail  
OIT : organisation internationale du travail  
CS : consultation spécialisée  
VS : visite spontanée  
VP : visite périodique ou systématique  
CNAS : caisse nationale des assurances sociales  
INPRP : institut national de prévention des risques professionnels  
OPREBATP : office de prévention dans le bâtiment et les travaux publics  
INT : institut national du travail  
INSP institut national de santé publique  
SU : service universitaire  
CPHS : commission paritaire d'hygiène et de sécurité  
HTA : hypertension artérielle  
AIT : accident ischémique transitoire  
MCP : maladie à caractère professionnel  
TMS : troubles musculo-squelettiques  
AT : arrêt de travail  
AT : accident du travail  
TRT : traitement

# Débats de méthodes et de valeurs dans l'évaluation des facteurs psychosociaux des risques au travail

*Liliana Cunha*

Les risques liés aux facteurs psychosociaux sont souvent le résultat de modes d'organisations du travail marqués du sceau de la mondialisation de l'économie : recherches de compétitivité et de flexibilité généralisées et leurs effets en terme de précarité de l'emploi et des conditions dans lesquelles il finit par être assuré<sup>65</sup>.

Mais assument-ils des formes différenciées selon les régions du monde, selon la façon dont elles s'inscrivent sur l'axe "développement" – "en voie de développement" ? Quelles sont les pratiques dominantes dans leur analyse ? Sont-elles en adhérence avec les spécificités locales ?

## I - Le modèle *demand-control* de Karasek (1979)

La procédure devenue habituelle dans l'analyse des risques liés aux facteurs psychosociaux consiste à mettre en place une première évaluation qui recourt à un ensemble de questionnaires, dont une part des items provient très fréquemment du modèle *demand-control* de Karasek (1979).

Il s'agit d'un modèle construit à partir des études menées au sein d'entreprises de pays "développés" – Etats-Unis et Suède – privilégiant un certain type de travailleurs occupant des postes de "col blanc", et essentiellement masculins « car d'autres recherches ont indiqué que le rapport entre travail et état mental est fréquemment plus complexe pour les femmes, en raison de la demande additionnelle du travail à la maison »<sup>66</sup>.

Ce modèle aborde le stress professionnel à travers le croisement de deux variables indépendantes (tableau 1): celle de la demande (des exigences du travail), dont les effets sur la santé dépendent du degré d'autonomie et celle de la latitude décisionnelle (prévue, pas effective).

Tableau 1 : *Le modèle demand-control de Karasek (1979)*

	<b>Demande</b>	<b>Elevée</b>	<b>Faible</b>
<b>Latitude décisionnelle</b>			
<b>Elevée</b>		<i>Eustress</i>	"Tension"
<b>Faible</b>		"Tension" - <i>Job-strain, distress</i>	—

Il y a « tension » quand les deux variables sont divergentes (faible demande et forte latitude ou forte demande et faible latitude).

Selon cette perspective la satisfaction au travail advient des défis que soulèvent et stimulent une forte demande et un bon usage des ressources dont on dispose.

À partir de ce modèle, de nouvelles formulations ont été développées, notamment la distinction entre un stress positif ou *eustress* (quand la personne perçoit la situation comme menaçante, mais dispose de

<sup>65</sup> Thébaud-Mony & Robatel, 2009

<sup>66</sup> Karasek, 1979, p.289 cit in Lacomblez & Vézina, 2008, p.114, traduction libre.

ressources pour y faire face) et un stress négatif ou *distress* (quand la personne ne dispose pas des ressources pour y faire face).

Toutefois, des interpellations de ce modèle ont été faites. Ainsi, dans le cadre d'une recherche conduite par une chercheuse portugaise (Torres<sup>67</sup>), il a été mis en évidence qu'une forte demande et une forte latitude peuvent être associées, de façon significative, à un constat de *distress*.

### Que permet donc ce modèle en termes d'intervention ?

Sachant que :

il est concrétisé dans une série d'items standardisés – qui ne considèrent pas la spécificité des conditions du travail et neutralisent ainsi le contexte et l'histoire. Les mêmes échelles sont ainsi utilisées pour différentes situations de travail, sans tenir compte de leurs particularités ;

les réponses traduisent davantage des "attitudes conceptuelles" que des "attitudes opératoires"<sup>68</sup> : les premières traduisant une vision générale du monde (des savoirs "usinés en désadhérence"), « des informations concernant la façon dont les travailleurs se situent globalement, à une certaine époque et dans certains pays, face à ce que le monde du travail exige d'eux »<sup>69</sup>; les deuxièmes renvoyant à ce qui caractérise effectivement le vécu face à des situations du travail concrètes.

### Des savoirs construits « en désadhérence » locale / axiologique?

Il s'agit de la sorte d'une analyse qui laisse peu de marge pour que les personnes puissent exprimer les conflits induits par l'organisation du travail dans laquelle elles sont insérées et qu'elles puissent débattre des délais, des temps alloués, qui permettraient de faire un travail de qualité.

L'intervention induite par ce modèle est en fait centrée sur la question de la latitude de décision, sans vraiment considérer les raisons d'une surcharge de travail – ni d'en débattre. On peut parler d'une « **désadhérence locale / axiologique** » en raison du statut résiduel attribué par ce modèle aux expériences de travail concrètes (et à ce qu'elles portent en "réserves d'alternatives") : les risques à analyser sont déjà anticipés et fortement segmentés (les facteurs psychosociaux de risque sont isolés par rapport à d'autres risques, sans tenir compte que les interactions avec d'autres facteurs sont toujours présentes et traversent l'activité de travail).

### Les risques liés aux facteurs psychosociaux: entre la logique d'évaluation et la logique d'action

Par ailleurs, la large dissémination du modèle de Karasek ne semble pas avoir eu d'effets significatifs sur le plan de l'intervention et les analyses sont rarement suivies de mesures susceptibles d'améliorer les situations.

On peut parler aussi d'une « **désadhérence temporelle** », en tenant compte que le temps de la mise en place d'une évaluation retarde l'action : « en voulant quantifier, ils finissent par satisfaire davantage les représentants des directions et décevoir les salariés. Car cette démarche n'est pas toujours suivie d'action: elle est chronophage, et, dans tous les cas, elle la diffère »<sup>70</sup>.

De plus, soulignons que la logique d'une évaluation est fortement distincte de celle de l'action : on parle de moyens/d'instruments différents dans une ou autre situation ; les protagonistes ne sont pas fréquemment les mêmes ; comme différents les argumentations qui les soutiennent.

Il est cependant de pratique courante, dans ce domaine, de réaliser de grands questionnaires, sur des échantillons significatifs, qui ne donnent pas nécessairement lieu à des interventions. Dans ce cas, l'évaluation des facteurs de risques est assumée comme une fin en soi et non pas comme un moyen au

<sup>67</sup> Torres, 2006

<sup>68</sup> Faverge, 1967

<sup>69</sup> Lacomblez & Vézina, 2008, p.116, traduction libre

<sup>70</sup> Lacomblez, 2012

service de l'intervention. Mais, même si l'intervention est prévue, après avoir effectué un diagnostic, la préparation de l'intervention/des interventions prend beaucoup de temps et n'est pas nécessairement facilitée par la longue phase de diagnostic<sup>71</sup>.

## 2 - Des coûts incontournables sur la santé

Les dilemmes éthiques, « les conflits psychiques au travail, sont l'intériorisation de débats sociaux qui n'ont pas lieu »<sup>72</sup>. Et on sait que, à travers l'activité de travail, chacun/chacune prend finalement souvent position face à des débats de société, comme l'approche ergologique le souligne.

Mais, le coût de ce qui devient invisible, par l'absence de ces débats, se révèle malgré tout dans les évolutions de la santé des protagonistes du travail. Le « corps-soi » constitue le lieu de confluence des conflits qui traversent les choix d'usage de soi et des liens entre le "psychosocial" et le physiologique :

- avec des effets en termes de TMS, notamment : on sait que la souffrance psychique peut contribuer à l'apparition des TMS, il s'agit de pathologies liées à un silence psychique, qui fragilise le corps<sup>73</sup> ;
- et des effets sur la mémoire, sur la capacité de description, fine et concrète, de la complexité de l'activité : l'exposition à des situations de « stress chronique conduit à une augmentation de la sécrétion de cortisol dont l'action prolongée sur l'hippocampe perturbe la capacité à recontextualiser le problème »<sup>74</sup>.

## 3 - La construction de pratiques alternatives pour l'intervention

En octobre 2004, l'accord-cadre sur le stress lié au travail signé par la confédération européenne des syndicats et les organisations patronales européennes a été considéré comme un premier pas pour une autre reconnaissance du stress au travail et de ses effets. Mais va-t-il inciter les entreprises à agir, à intervenir au delà d'un recours à de grandes enquêtes par questionnaire ?

On reprend la question soulevée par Yves Schwartz dans le texte des troisièmes journées E.T.D. : « que serait l'ambition d'un "développement" si on ne contrôle pas les risques pour la santé induits par les options qui président actuellement aux façons d'organiser le travail »<sup>75</sup> ?

Quelles alternatives, alors ?

Il n'est pas rare que des approches prescrivent un ensemble de "bonnes pratiques", en tant que références permettant d'orienter une prévention des "risques psychosociaux". Celles-ci sont néanmoins prédéfinies, conçues comme quasi-indépendantes des particularités des situations de travail<sup>76</sup>.

La problématique des "risques psychosociaux" n'est évidemment pas propre aux pays "développés" et transparaît sans doute dans toutes les régions du monde plus ou moins séduites par un modèle de développement "capitaliste"<sup>77</sup>. Mais on ne peut négliger que les risques professionnels assument des expressions différentes, tributaires des spécificités *locales*.

Il s'agit en conséquence de concevoir des approches méthodologiques *en adhérence*, locale et temporelle, cherchant avant tout à restaurer les capacités d'expression et de débat des travailleurs, concernant les difficultés du travail, sous différentes formes (GRT, CHSCT, ...) . À savoir : créer des conditions propices à l'élaboration d'une expression de l'expérience du travail, au développement d'une réflexion sur les enjeux de l'activité<sup>78</sup> - en consacrant, au sein des collectifs de travail, des espaces et du temps pour la confrontation de points de vue et d'expériences, concernant les différents risques du travail et leurs régulations (en ne les segmentant pas), afin de pouvoir repenser l'organisation du travail.

<sup>71</sup> Ibidem

<sup>72</sup> Daniellou, Davezies, Desriaux & Théry, 2009

<sup>73</sup> Davezies, 2013

<sup>74</sup> Davezies, 2012, p.11

<sup>75</sup> Schwartz, Actes 3<sup>e</sup> journées ETD, *sous presse*

<sup>76</sup> Ibidem

<sup>77</sup> Di Ruzza & Lacomblez, Actes 3<sup>e</sup> journées ETD, *sous presse*

<sup>78</sup> Davezies, 2012

## Bibliographie

- DANIELLOU, F., DAVEZIES, P., DESRIAUX, F., & THÉRY, L. (2009). Risques psychosociaux : débattre enfin du travail. Document électronique consulté dans: [http://www.alternatives-economiques.fr/risques-psychosociaux--debattre-enf\\_fr\\_art\\_633\\_46917.html](http://www.alternatives-economiques.fr/risques-psychosociaux--debattre-enf_fr_art_633_46917.html)
- DAVEZIES, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités d'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 14-2. URL : <http://pistes.revues.org/2566>
- (2013). Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 15-2. URL : <http://pistes.revues.org/3376>
- DI RUZZA, R., & LACOMBLEZ, M. (s/d). Nota introdutória. In R. Di Ruzza, M. Lacomblez & M. Santos, *Ergologia, Trabalho e Desenvolvimentos*. (sous presse).
- FAVERGE, J.M. (1967). *Psychosociologie des accidents du travail*. Paris: PUF
- LACOMBLEZ, M. (2012). Enjeux pour la santé. *XIIIe journées internationales de sociologie du travail (JIST), sur Mesures et démesures du travail*. 25 a 27 janvier 2012.
- LACOMBLEZ, M., & VÉZINA, N. (2008). Karasek. *Laboreal*, 4, (2), 114-117. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php/id=48u56oTV658223452898;994242>
- SCHWARTZ, Y. (s/d). Prefácio. In R. Di Ruzza, M. Lacomblez & M. Santos, *Ergologia, Trabalho e Desenvolvimentos*. (sous press).
- THÉBAUD-MONY, A., & ROBATEL, N. (2009). Stress et risques psychosociaux au travail. *Problèmes Politiques et Sociaux*, 965. La documentation Française.
- TORRES, I. (2006). Mudanças organizacionais, saúde e bem-estar na banca portuguesa. Idade e sentidos do trabalho numa nova relação salarial (resumo). *Laboreal*, 2, (2), 62-65.

# La prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux : l'activité humaine fondement de l'analyse

*Eliza Echternacht*

## 1 - Les risques liés aux facteurs psychosociaux – notions

Les facteurs de risques psychosociaux au travail (FRPT) ont fait l'objet de nombreux rapports ou études. D'un bref examen du thème, abordé par les organisations internationales de la santé et la sécurité au travail, nous trouvons l'historique suivante :

### **BIT – Bureau International du Travail**

Il y a 30 ans, le Bureau International du Travail (BIT) soulignait la complexité des facteurs psychosociaux au travail et les difficultés pour leur compréhension et leur identification. En 1984, une réunion à Genève a discuté des moyens d'identifier et de surveiller les facteurs psychosociaux au travail, donnant lieu à un document publié en 1986<sup>79</sup>. Ce fut l'un des premiers événements de nature internationale à reconnaître et à approfondir la compréhension du sujet.

Dans ce document, ces facteurs de risques sont définis en tant qu'interactions entre/et au sein de l'environnement professionnel, du contenu du travail, des conditions organisationnelles et des capacités du travailleur, des besoins, de la culture, des considérations extra-professionnelles pouvant, via la perception et l'expérience, impacter la santé, la productivité et la satisfaction au travail.

En 2010 le BIT développe une approche spécifique pour la divulgation de ce thème, stipulant que les facteurs de risques psychosociaux sont un problème d'ordre mondial, qui affecte tous les pays, toutes les professions et tous les travailleurs. La causalité invoquée pour ce phénomène met en évidence la flexibilité, la précarité et l'insécurité de l'emploi, l'intensification du travail, les problèmes relationnels au travail tels que l'humiliation (bullying) et le harcèlement psychologique (mobbing).

### **NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health**

En 1985, le *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), organisait une conférence avec l'*Association of Schools of Public Health* (ASPH), d'où émergeait le document *Proposed National Strategies for the Prevention of Leading Work – Related Diseases and Injuries*, publié en 1988, indiquant que les problèmes psychologiques ont une causalité variée et complexe, y compris pour les facteurs liés au travail et à la vie personnelle, d'où les difficultés d'établir un lien de causalité entre la maladie et le travail.

En 1988, le NIOSH mettait en évidence comme des facteurs de risque importants : le contenu du travail, particulièrement la fragmentation, les cycles courts des tâches, la vulnérabilité des travailleurs ayant un faible niveau d'éducation, un faible revenu, moins de compétences et des professions de moindre prestige social.

Le *Occupational Research Agenda* (NORA) a été élaboré par le NIOSH afin de guider la recherche sur la santé et la sécurité au travail. En 1996, NORA a reconnu l'organisation du travail comme l'une des 21 priorités d'étude des prochaines décennies et a souligné la nécessité de la traiter comme un sujet multidisciplinaire. C'est une étape importante dans le domaine de la santé et la sécurité au travail (SST), car elle attirait l'attention non seulement sur l'environnement du travail physique, mais aussi sur les aspects organisationnels du processus de travail.

En raison de la pertinence des changements des organisations du travail dans l'émergence des FRPT, en 2002 cette agence a élaboré un document consacré à ce sujet<sup>80</sup>. Selon ce document, il est évident que l'organisation du travail affecte la santé et le bien-être des travailleurs et ses conséquences ne se limitent pas au stress ; la gestion du travail peut influencer directement sur les niveaux d'exposition aux risques physiques, chimiques et biologiques. C'est pourquoi il souligne la nécessité de surveiller les changements

---

<sup>79</sup> International Labour Organisation. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56) disponible à l'adresse [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf)

<sup>80</sup> The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People. 2002. Disponible à l'adresse: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116/>>.



organisationnels et de décrire les facteurs qui contribuent au risque de la maladie dans divers secteurs professionnels.

Cette agence précise que bien que le terme *organisation du travail* soit de plus en plus utilisé dans les discussions sur la santé et la sécurité des travailleurs, cette expression n'a pas été formellement définie et la littérature sur ce sujet est encore rare dans le domaine de la SST.

Définir l'organisation du travail en tant que pratiques organisationnelles qui influencent la conception et le contenu du travail est une définition incomplète pour l'organisation des États-Unis, car d'autres facteurs seraient également liés à la notion, tels que les politiques économiques et l'introduction de nouvelles technologies. Ainsi, trois domaines sont impliqués dans ce concept : des facteurs externes (la mondialisation économique, la réglementation, les facteurs socio-démographiques, ...); le contexte organisationnel (les pratiques des gestionnaires, les méthodes de production, les réductions du personnel, ...); le contexte de travail (le climat et la culture organisationnel, le contenu du travail, les relations interpersonnelles, ...).

## EU – OSHA

En 2003 l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) a publié un rapport qui aborde ces facteurs de risque en Europe, leur définition et leur prévention.<sup>81</sup>

En 2007<sup>82</sup> l'observatoire des risques de l'Agence européenne pour la SST, selon les prévisions des experts sur les risques psychosociaux liés à la santé et la sécurité au travail, identifie 42 facteurs de risques psychosociaux, dont les émergents : les risques liés aux nouvelles formes des contrats de travail et à l'insécurité de l'emploi, au vieillissement de la main-d'œuvre, à l'intensification du travail, aux importantes contraintes émotionnelles de certaines activités, au mauvais équilibre entre la vie privée et l'activité professionnelle, à l'absence de possibilité de développement de carrière, à la fragilité des relations interpersonnelles, à la précarité de l'environnement physique et des équipements et à l'augmentation des heures travaillées.

En Juin 2009, l'EU-OSHA réalisait une étude dans 31 pays<sup>83</sup>, dans le but de comparer les informations pertinentes entre les nations dans le domaine de la SST, de mettre en œuvre de nouvelles politiques. La recherche visait à interroger les employés sur la gestion des risques en milieu de travail, en particulier sur les risques psychosociaux (OSHA, 2012). Les facteurs de risques psychosociaux principaux mentionnés dans cette recherche étaient les mêmes que ceux trouvés dans les rapports précédents.

Cependant, la revue de littérature révèle deux variables importantes : la taille des entreprises (les plus petites présenteraient moins de risques) et le contexte du pays (culture, économie, etc.). En outre, les entreprises qui contrôlent d'autres risques (biologiques, physiques, chimiques, ergonomiques) ainsi que les accidents auraient tendance à une meilleure gestion des FRPT.

En 2012, l'OSHA a lancé un processus de préparation d'un rapport contenant les priorités de SST dans toute l'Europe pour la période 2013-2020 (OSHA, 2014). Les principaux thèmes du rapport publié en Janvier 2014 sont : les changements démographiques ; la mondialisation et les changements dans le monde du travail ; la sécurité des nouvelles technologies ; l'exposition à des agents chimiques et biologiques. Les risques psychosociaux sont sur la liste des priorités à traiter en raison de la nécessité de comprendre le lien entre ceux-ci, la morbidité et la mortalité et celle de la recherche de stratégies de prévention efficaces.

Les années 2014 et 2015 ont été des années élues à l'approfondissement des études sur le stress au travail et les FRPT. La campagne *Health Workplaces Campaign 2014-15, Health Workplaces Manage Stress*, a été lancée le 7 avril, 2014 à Bruxelles, avec le slogan : *Health Workplaces. Good For You. Good For Business*<sup>84</sup>.

Nous soulignons que, malgré l'importance de toutes les initiatives présentées ici, leur peu d'impact ont déçu les experts en raison de l'écart entre la politique et la pratique requise pour la transformation des conditions qui génèrent les risques psychosociaux.

---

<sup>81</sup> Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnelle, EU-OSHA. Disponible à l'adresse: <http://osha.europa.eu/fr/publications/reports/309>

<sup>82</sup> EU-OSHA, Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks related to Occupational Safety and Health, 2007. Disponible à l'adresse <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>

<sup>83</sup> European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) [https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1\\_osh\\_management](https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management)

<sup>84</sup> [https://osha.europa.eu/en/campaigns/index\\_html](https://osha.europa.eu/en/campaigns/index_html)

## **2 – Défis pour élargir le champ des possibilités de diagnostic et de prévention: les éléments consensuels**

Nous mettons en évidence ici certains éléments communs entre les différentes approches présentées ci-dessus.

### **- Difficultés dans la modélisation du problème**

Puisqu'il s'agit de phénomènes complexes, les impacts de la transformation des conditions concrètes de vie et de travail sur la santé des populations laborieuses sont encore peu compris. Cependant, certaines tendances s'esquissent, tout en configurant de nouvelles demandes autour de la connaissance et des savoirs nécessaires à l'instrumentation des actions préventives.

Les répercussions des investissements des organisations internationales dans l'approfondissement de la capacité de diagnostic et des moyens d'intervenir montrent que le sujet a créé des débats, des controverses et des convergences qui conduisent à l'émergence d'une nouvelle façon de concevoir la santé et le travail.

Malgré les efforts déployés, nous nous rendons compte que la dimension subjective, l'interface entre le psychisme individuel et les collectifs au travail et l'aspect multi-factoriel en font un problème difficile à définir, à identifier et à prévenir par les modèles hégémoniques de la recherche relative aux relations entre la santé et le travail. Nous avons identifié ici une multiplication des points de vue et des approches, manque de clarté des concepts et de leurs modes d'analyse, au delà d'une certaine incapacité à établir des relations entre les causes et les effets.

La notion de risques psychosociaux englobe une grande variété de facteurs, où la distinction entre les déterminants et les conséquences est faible. Cela comprend à la fois la multiplicité des risques cités et les relations entre eux, en particulier concernant la relation entre le stress et l'organisation du travail.

Cependant, une conclusion semble faire ici consensus : la complexité des liens qui unissent ces divers facteurs et l'inefficacité de la mise en place d'explications basées sur des modèles de causalité linéaire.

### **□ Interdisciplinarité**

Les exigences de l'intégration des connaissances dérivées de diverses disciplines, visant à accroître la compréhension du problème, sont largement citées. Nous soulignons en particulier le dialogue entre les champs de la médecine, de la psychologie, de la sociologie, de l'ergonomie, de l'anthropologie, produisant des connaissances intégrées qui peuvent aider à comprendre les tensions croissantes entre la liberté individuelle et l'activité humaine au travail. L'absence de l'ingénierie de production entre les disciplines citées attire notre attention car il s'agit d'un champ disciplinaire essentiel pour préciser les concepts fondamentaux dans la compréhension du problème, tels que l'organisation du travail et de la production.

Un autre élément cité est la constatation de l'importance des expériences de terrain des acteurs sur le lieu du travail et de la mobilisation des savoirs-faire impliqués.

### **• Interaction entre l'environnement et l'individu**

La prise en compte de la complexité de l'interaction entre l'individu et son milieu au travail pose des problèmes difficiles. Identifier les FRPS demande d'affronter un terrain difficile à atteindre, celui de l'intimité psychique individuelle par rapport aux contraintes sociales provenant des modes actuels de production et d'organisation du travail.

La notion de risque psychosocial exige que son approche prenne en compte, d'une part, les conditions de travail ou les caractéristiques de la situation de travail de la personne concernée qui constituent particulièrement une situation de risque ; d'autre part, la particularité de la condition subjective en distinguant la relation de celle-ci avec ceux-là et les facteurs de risque existants. Autrement dit, les dangers sont constitués dans la mesure où le psychisme individuel (le domaine privé) réagit à certaines caractéristiques des situations de travail (le domaine social). Les réactions du sujet, qui sont produites dans cette interaction entre le domaine privé et le domaine social, objectivent les risques et les conséquences dommageables sur lui.

Le risque psychosocial est donc un phénomène différemment observable selon que l'on se place du côté de l'individu ou du côté des conditions de travail ou des aspects organisationnels du travail. Il est alors nécessaire d'associer les deux domaines, privé et social, pour être en mesure d'atteindre le sens de cette interaction.

- **Les limites des modèles d'analyse**

Agir préventivement sur les rapports santé-travail présuppose des conceptions préalables sur la santé et le travail. En tant qu'élaborations théoriques et instrumentales, les maladies professionnelles dérivent des configurations des rapports entre l'homme et le travail.

Les modèles hégémoniques actuels, qui ont comme base l'héritage de l'Histoire Naturelle de la Maladie, présupposent la multicausalité à travers l'établissement d'un réseau de rapports de cause entre les facteurs de risque inhérents et les maladies, reconnus comme des ensembles de symptômes et dysfonctionnements physiologiques. D'autre part, l'action de travailler est conçue comme l'exécution de tâches dans un milieu qui contient plusieurs facteurs de risque, ce qui présuppose un rapport d'hétéro-détermination du milieu sur le corps humain<sup>85</sup>.

En ce qui concerne les difficultés méthodologiques mentionnées ci-dessus, la contradiction principale trouvée se réfère précisément à ce caractère hétéro-déterminant du milieu sur l'humain, inhérent aux modèles analytiques qui sous-tendent l'approche de ces risques dans les références présentées ici. Ce caractère empêche la compréhension de l'un des fondements de la définition même de ces facteurs, à savoir, la nécessité d'une interaction entre l'individu et le milieu. Cela suppose que les individus ne subissent pas l'action des facteurs de risque présents indépendamment de leur structure relationnelle avec le milieu.

Nous soutenons, ici, avec Duraffourg<sup>86</sup>, que les limites de ces modèles ont un rapport avec l'absence d'une élaboration conceptuelle de l'activité humaine du travail qui justifie la compréhension des rapports santé-travail, nécessaire à l'efficacité des pratiques :

« *Le modèle du rapport santé-travail auquel se rapportent concrètement les pratiques de prévention a comme fondement des connaissances fragmentées tant dans le domaine de la santé que dans le domaine du travail. Les conceptions de santé et travail auxquelles ce modèle se rapporte ne permettent pas de réfléchir dans leurs rapports. Il ne se base ni dans la santé, ni dans le travail, mais dans la dégradation de la santé, d'une part, et dans les facteurs de risque au travail, d'autre part.* »

### 3 - L'activité humaine de travail au cœur de l'analyse des FPS: le point de vue ergologique

- **L'interaction entre le vivre humain et son milieu**

La spécificité biologique de l'interaction entre le corps humain et de son milieu nous oblige à dépasser la représentation d'un ensemble de réponses réflexes d'un corps inséré à un ensemble de mécanismes physico-chimiques, un corps soumis au milieu.

En ce qui concerne l'être humain, il ne suffit pas que le milieu communique des impulsions, il faut que ces impulsions soient perçues, ce qui demande une attitude liée à l'expérience de l'être. « *La forme et les fonctions du corps humain ne sont pas l'expression des conditions faites à la vie par le milieu, mais expression des modes de vivre dans le milieu socialement adoptés.* »<sup>87</sup> C'est ce qui fait de ce milieu le fruit d'une élaboration de sens attribués au milieu par l'homme lui-même.

La notion d'activité, centrale dans l'approche ergologique<sup>88</sup> désigne cette transformation de la vie en l'homme. Chez l'homme, les normes physiologiques et les normes sociales sont en débat et l'activité humaine est le terrain où ce débat a lieu.

Le corps humain, en tant que *matrice de l'activité humaine*<sup>89</sup>, est traversé par ce débat et se constitue à partir de celui-ci, en réaffirmant la vie comme puissance de singularisation et production de normes.

<sup>85</sup> Echternacht E. (1998). As Lesões por Esforços Repetitivos no contexto da reestruturação produtiva brasileira, Tese de Doutorado, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro.

<sup>86</sup> Duraffourg J. (2008). Santé au travail, Santé du travail, Ergologia, 0, 155-176.

<sup>87</sup> Canguilhem G. 1966, *Le normal et le pathologique*, p 203, Paris, PUF.

<sup>88</sup> Schwartz Y. 2000, *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophie*, Toulouse, Octarès  
2007 "Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité" dans *Activités* vol 4, n.2, p 122-133  
[www.activites.org](http://www.activites.org).

L'activité humaine fait intégrer la dimension du corps physiologique et la dimension relationnelle de la corporalité humaine. Cette affirmation nous amène à lancer un regard sur l'activité humaine où nous ne pouvons perdre de vue l'activité concrète, l'expérience du corps physiologique et le fait que celui-ci ne peut être compris indépendamment de sa structure relationnelle avec le milieu. Ici, le sens d'appartenance au milieu, basé sur un système de valeurs complexe, est fondateur de la dimension spécifiquement humaine du vivre.

Le point de vue de l'activité humaine constitue le cœur de l'approche ergologique. Les analyses du travail qui la prennent comme base évoquent nécessairement les rapports entre les valeurs, les savoirs et la mise en œuvre des compétences, configurées dans la spécificité des situations concrètes de travail, ce qui exige l'émergence de l'expérience de ceux qui travaillent. Ce positionnement a des conséquences sur la production des savoirs sur le travail humain, notamment dans le domaine des rapports santé-travail.

Du point de vue ergologique, l'expérience humaine au travail est constituée par une gestion permanente de soi-même, condition pour la mise en œuvre des compétences dans les situations de production. Ceci présuppose que l'action de travailler ne se limite pas à un recours déterminé à des hommes et des femmes par les gestionnaires des systèmes de production, mais il s'agit aussi d'une expérience de soi-même, un rapport avec l'histoire.

- **La gestion humaine des risques et les défis pour dépasser une objectivation externe des risques**

La gestion des risques au travail n'est pas seulement une fonction spécialisée de la gestion formelle des systèmes productifs, elle est aussi une gestion humaine des risques, appartenant au champ de la gestion réelle de la production. La gestion humaine des risques au travail est un objectif inhérent à la construction de compétences dans le travail et fonction de l'activité humaine.

La gestion spécialisée des risques au travail (les risques psychosociaux inclus ici), requiert la compréhension de *la singularité de la configuration des risques* dans les situations productives, donc de la spécificité des relations entre des sujets et des systèmes productifs divers.

De telles configurations singulières se construisent au travers de l'activité de travail et de la gestion humaine des risques et correspondent à diverses *modalités de hiérarchisation des risques*. Cette hiérarchisation est soutenue par *l'agir en compétence*, considérant ici la centralité des *valeurs non-dimensionnées* dans la genèse des compétences humaines.

Plusieurs situations de travail, révélées lors des recherches réalisées à partir de l'approche ergologique, évoquent l'engendrement de *valeurs non-dimensionnées* dans les décisions prises dans l'activité de travail et dans la dynamique collective de travail, au sein des aspects singuliers des activités et de leurs milieux techniques et sociaux.

C'est ce que nous révèle les situations suivantes :

Dans le contexte d'une coopérative de ramasseurs de déchets recyclables d'une région métropolitaine au Brésil, dont la plupart des membres ont été SDF, nous nous rendons compte de l'héritage des valeurs et des savoirs des SDF – *ma mère m'a appris à ramasser les ordures dans la rue et à en vivre* - ainsi que l'acquisition d'une citoyenneté par la transformation effective des situations de vie et de travail au travers l'appartenance à un travail coopératif. Cependant, la précarité des moyens de travail est, d'un regard exogène, impressionnante. Ici, une ramasseuse de déchets, toujours souriante et fière de son travail, nous raconte qu'au milieu de l'intense circulation et dans les rues abruptes de la ville, elle transporte à la force de son propre corps une espèce de charrette en bois chargée d'une tonne, comme le font les animaux de trait. Aucune plainte de douleurs musculaires, bien que celles-ci se fassent sentir. Quand on lui demande de décrire cet agir, elle répond en souriant : « *c'est comme conduire une voiture* ».

Dans un autre exemple, dans le contexte d'un centre de soins spécialisés en santé mentale, appartenant au système de santé publique au Brésil, où les compétences du personnel sont une référence dans le système, la précarité des conditions de travail est également présente. Un psychologue, interrogé sur les facteurs de surcharge présents dans son travail, répond : « *Le problème n'est pas la surcharge, cela fait partie de notre travail, je suis habitué, mais je ne supporte pas la précarité, cela m'indigne, celle-ci me fait souffrir* ».

Un même facteur de risque, la précarité des conditions de travail, peut être vécu différemment, selon les histoires individuelles et les histoires des situations de travail. Dans la singularité des expériences productives, la double référence de la matérialité corporelle humaine rencontre, dans *l'agir compétent*, la

---

<sup>89</sup> Schwartz, 2000, cité, p 664.

précarité des conditions matérielles du travail, mais aussi les valeurs qui engendrent sa relation avec sa propre histoire et l'histoire des situations qui génèrent des modes singuliers de hiérarchisation des risques. Lesquels modes ne peuvent être compris par une objectivation externe du risque, externe à l'expérience humaine du risque, au terrain de l'agir humain.

La prise en charge des risques liés aux facteurs psychosociaux exige la compréhension des situations réelles de risques, fondée sur l'action individuelle et collective dans une situation de travail. Cela demande l'accès à des histoires de situations de travail et à la complexité du travail réel dans leurs interactions toujours uniques entre l'activité humaine et les moyens sociaux et techniques.

Il s'agit d'une reconfiguration des connaissances nécessaires à la transformation des situations de risque, dont les références fondamentales se trouvent dans le terrain de l'activité humaine de travail.

# Présentation des Groupes – Rencontre – Travail (GRT)

## L'Ergologie au CHU de Marseille ou l'analyse du Travail « *in vivo* »

*Marie-Hélène Dassa*

Depuis 4 ans, la Coordination Centrale des Soins a encouragé la création de Groupes de Rencontres du Travail (GRT) au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. Sous cet étrange acronyme se cache un dispositif novateur, qui propose de faire émerger ce qui s'opère au quotidien, souvent en sourdine et de manière invisible, dans la vie au travail. Issu de l'ergologie, ce dispositif permet, sur la base de témoignages en séance et d'observations de terrain, d'amener des agents à réfléchir sur leur propre activité, afin d'identifier les savoirs issus de l'expérience qu'ils ont pu acquérir, les valeurs qui les sous-tendent, et les améliorations à envisager en conséquence. Le GRT permet de mettre en place un dispositif d'analyse et de co-construction avec l'ensemble des acteurs intervenant sur une thématique déterminée, les résultats de celui-ci ayant vocation à être communiqués.

### La démarche ergologique au CHU de Marseille

La démarche ergologique invite les participants du GRT à prendre en compte d'autres points de vue que le leur. Elle permet ainsi la mise en œuvre d'un processus de connaissance en formalisant des manières de faire qui associent diverses formes de savoirs. Certains gagnent en effet à être partagés, surtout s'ils sont méconnus ou risquent d'être perdus. Vient ensuite la question de leur adaptation permanente à un monde du travail en constante mutation, qui voit aussi ses contraintes évoluer : ce qui était possible hier ne l'est parfois plus aujourd'hui. Certaines réserves d'alternatives ont fondu comme neige au soleil, et les collectifs ont perdu de leur force quand ils n'ont pas tout simplement disparu, au profit d'une addition d'individus en concurrence les uns avec les autres.

### Qu'est-ce qui se passe dans un GRT ?

Ce dispositif permet sur la base de témoignages en séance et d'observations de terrain la mise en œuvre d'un processus de connaissance en formalisant des manières de faire qui associent diverses formes de savoirs. Ce travail co-construit durant les séances sur une thématique déterminée a vocation à être communiqué. En général, on a tendance à attribuer à chacun des intentions et des buts spécifiques, en se basant sur notre propre système cognitif. Bien au-delà de ces projections marquées au coin de notre subjectivité, la mise en débat met en scène un ballet qui fait apparaître peu à peu les contours d'une chorégraphie commune, d'un rythme partagé, et c'est cela qui constitue le prélude à la co-construction d'un bien commun et d'un vivre ensemble.

Dans ce travail d'identification de l'invisible mouvement qui est au cœur de l'activité, chacun découvre la réalité du travail, la sienne et celle des autres. Pour pouvoir comprendre la complexité, il faut d'abord pouvoir l'évoquer, puis la mettre en débat au sein du groupe, l'exposer aux différents points de vue. Cette attitude permet d'ouvrir de nouvelles voies d'actions, et d'en retrouver de perdues. Le récit métaphorique de l'activité, dans sa rencontre avec les concepts ergologiques, produit quelque chose de nouveau. En même temps, il faut comprendre qu'il est toujours risqué de s'ouvrir sur sa propre activité, de la mettre en mots dans un milieu réglé par des relations hiérarchiques, et une subordination juridique. Aussi est-il nécessaire pour faire du GRT un lieu propice, d'établir un contrat clair, et de garantir un climat favorable, pour que cela puisse avoir lieu. Un synergologue<sup>90</sup> observerait que les mains se joignent en berceau pour parler du GRT, car cet espace est comme un nid, capable d'accueillir et de protéger tout à la fois le récit de l'activité, les débats qu'il suscite, et le savoir qu'il fait émerger.

Le travail ne s'apprend pas dans les livres. Ce sont les protagonistes de l'activité qui peuvent en transmettre l'essentiel. Le cœur du véritable savoir, c'est-à-dire celui qui est incorporé, qui est l'expression vivante des valeurs, ne se transmet que dans la proximité d'une relation durable autour d'une œuvre commune.

---

<sup>90</sup> La synergologie est une discipline du champ de la communication basée sur une méthode de lecture spécialisée dans le décryptage des mouvements corporels inconscients.

### **Les apports originaux des Groupes de Rencontres du Travail (GRT) au CHU de Marseille**

En 2009, la formation des infirmiers a rejoint le système LMD, ce qui a entraîné une profonde modification de son contenu et surtout du mode d'enseignement. Ce bouleversement structurel, qui entraînait aussi des interrogations sur l'articulation entre le nouveau type d'apports théoriques et le tutorat de terrain, a conduit à l'organisation du premier Groupe de Rencontres du Travail (« GRT Compétences ») au CHU de Marseille. Celui-ci allait être suivi par beaucoup d'autres.

Il s'agissait en l'occurrence d'accompagner les enseignants et les professionnels de terrain dans un échange mutuel de savoirs d'expérience, afin de parvenir à la co-construction d'une interprétation et d'une application partagées du nouveau référentiel de formation. Le secteur retenu était la psychiatrie, qui a donc été la première discipline à utiliser les GRT. Cette première expérience a tout naturellement ouvert sur la nature des savoirs d'expérience en psychiatrie et les modalités de leur transmission aux nouvelles générations d'infirmiers. Ceci a tout naturellement donné lieu à un nouveau GRT centré sur cette question.

Par la suite le rapport de Singly sur la mission des cadres, l'Accord Interprofessionnel sur la Prévention des Risques Psycho-Sociaux et plusieurs demandes émanant de différents secteurs de l'hôpital ont peu à peu contribué à l'élargissement de cette démarche.

Les GRT ont ainsi produit plusieurs outils, dont notamment une formation à la pédagogie de la transmission de savoirs d'expérience spécifiques centrée sur la question des valeurs et des postures professionnelles.

Un dispositif innovant de gestion soignante de la violence à l'hôpital (la «Caravane de l'AP») est lui aussi issu d'un GRT portant l'identification de savoirs d'expériences spécifiques à la psychiatrie et sur l'élaboration d'une méthode de transmission de ces savoirs tenant compte des modifications de contexte institutionnel et législatif. En effet, de par son habitude du travail en équipe, de la gestion de la violence et de la transmission des savoirs d'expérience que requiert celle-ci, la psychiatrie dispose d'une expertise particulière qu'elle peut mettre à la disposition des autres spécialités. Ces savoirs d'expérience clinique, qui lui sont familiers mais non spécifiques, permettent une fois transmis d'améliorer non seulement la qualité de vie au travail, mais aussi celle des soins dans de nombreux autres secteurs de l'hôpital.

Plusieurs GRT ont été conduits en unités de soins, sur demande de la Coordinatrice Centrale des Soins, du Médecin du travail ou de l'encadrement, parfois suite à la demande d'agents en difficultés. Ces GRT ont permis de faciliter l'activité de travail, de résoudre des problématiques d'équipe ou de modifications de contexte, grâce à la co-construction puis à la mise en œuvre d'outils permettant d'améliorer le fonctionnement en réseau et le partage de savoirs. Ainsi la mise en évidence issue des GRT des modifications structurelles de l'exercice de la fonction de cadre dans l'organisation en pôle ainsi que des dysfonctionnements dans les collectifs de travail a conduit à des réorganisations dans certains secteurs, à des démarches de renforcement du collectif de cadres ainsi qu'à une actualisation du profil de poste.

Une formation est en cours afin de permettre l'acquisition de la démarche ergologique et de contribuer ainsi à identifier les valeurs sous-jacentes dans les arbitrages, à améliorer le discernement des postures professionnelles ainsi que le bien-être au travail et la cohésion d'équipe. Cela occasionne en même temps le développement d'un réseau permettant le partage des savoirs d'expérience et l'entraide.

### **La prévention primaire des Risques Psycho-Sociaux (RPS) et la démarche ergologique**

En partenariat avec la Médecine du travail et les Cellules d'écoute, la démarche ergologique et ses GRT ont été intégrés dans le projet social de l'AP-HM comme l'une des méthodes de prévention des Risques Psycho-sociaux. L'amélioration des conditions de travail constitue la première priorité face aux situations difficiles, voire dramatiques, auxquelles les agents hospitaliers sont aujourd'hui confrontés. Dans ce contexte difficile, plusieurs outils ont été mobilisés pour la prévention des RPS. La démarche ergologique, notamment avec ses Groupes de Rencontres du Travail, est l'un de ces outils retenus par le projet social de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, en partenariat avec la médecine du travail, le CHSCT et les autres acteurs de la prévention des RPS.

En effet, l'amélioration de la santé au travail ne dépend pas seulement de la psychologie des individus. Elle repose aussi sur un socle de valeurs partagées, qui sont soutenues par les collectifs et l'organisation. Le conflit de valeurs (manque de reconnaissance, sentiment d'injustice), la rigidité du prescrit institutionnel et l'intensification du travail sont les causes de mal être au travail le plus souvent citées, dans la littérature, sur l'épuisement professionnel et les comportements hostiles au travail.

## Conclusion

Pris dans les remous d'un système économique qui bouscule ses valeurs fondatrices, l'hôpital a plus que jamais besoin de retrouver ce qui fait sa grandeur, en même temps que son efficacité. Il regorge de personnes de talents, capables d'inventivité au quotidien, et c'est cette capacité d'adaptation constante adossée aux savoirs d'expérience qui permet réellement de faire « tourner la boutique ». Les protocoles ne suffisent pas pour répondre à tous les aléas du réel dans un univers de travail complexe qui doit faire face à des problématiques fondamentales telles que la maladie, la souffrance et la mort. Bien entendu toute activité humaine doit être cadrée par un ensemble de normes et soutenue par des savoirs académiques qui théorisent les domaines la concernant. Mais il n'en existe aucun qui puisse permettre de l'anticiper, car elle est avant tout une expression de la vie et la vie ne peut se résumer à un calcul économique. Il est fondamental que l'hôpital retrouve un climat de travail plus propice à l'exercice de son activité. Et la mise en synergie optimale de tous ses acteurs ne peut s'opérer que sur une vision partagée réconciliant le sens et l'expérience.

L'ergologie active une démarche qui permet de faire émerger des savoirs enfouis dans les corps, en partie inconscients, et à les mettre en dialogue avec les concepts tels qu'on les a enseignés dans le cadre des savoirs formels. L'expérience des GRT au CHU de Marseille a permis de rétablir des fertilisations croisées qui sont autant de sources nouvelles de savoirs et d'amélioration des organisations de travail. Elle contribue ainsi à rétablir un climat de travail apaisé, en réintroduisant l'esprit d'un compagnonnage tourné vers la recherche du bien commun et de l'enrichissement mutuel.



# **Le travail au service des urgences du CHU Tlemcen : Analyse de l'activité par l'approche ergonomique et ergologique.**

***Abdesslam Taleb***

On entend par « urgence » le besoin exprimé d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide, non programmée, entraînant une consultation ou une hospitalisation dans un établissement de soins. Ce besoin exprimé par le patient et/ou sa famille reste une notion subjective et différemment appréciée d'un sujet à un autre.

En Algérie, les consultations et les hospitalisations aux urgences représentent une part importante des activités de soin du secteur public.

Dans notre pays, la santé publique est en crise : les services des urgences des hôpitaux publics sont en difficulté. L'enquête nationale sur la situation des urgences médico-chirurgicales témoigne de dysfonctionnements à plusieurs niveaux, notamment organisationnels<sup>91</sup>. Des propositions et des plans d'action ont été établis à plusieurs reprises, mais malheureusement sans action vraiment efficace sur le terrain et sans résultats palpables.

Le service des urgences médico-chirurgicales du CHU de Tlemcen a connu une activité croissante importante durant les deux dernières décennies. Selon le bilan du bureau des admissions de l'année 2010, le nombre de malades ayant consulté les urgences, a atteint 500 000. Ce chiffre ne cesse d'augmenter et les situations de travail aux urgences est devenue une préoccupation majeure<sup>92</sup>.

## **I- La demande initiale ou plutôt la « non demande »**

En fait il n'y pas de demande formalisée mais plutôt des préoccupations. Il y a un vrai problème au niveau du service des urgences du CHU Tlemcen. Tout le monde s'en plaint mais rien n'est vraiment explicite encore moins exposé de façon claire, même si souvent sont évoqués les pénuries de consommables, le déficit en personnel, l'excès d'absences pour cause de maladie, l'insécurité, les conditions d'hygiène, les dysfonctionnements organisationnels...

Les préoccupations sont multiples et les interrogations très diversifiées restent en suspens : est ce qu'il y a des difficultés à organiser le travail aux urgences ? Y a-t-il des difficultés à prendre en charge des malades et à faire face à leur afflux de plus en plus important ? Y a-t-il des difficultés à trouver des compétences aux urgences ? Y a-t-il des problèmes de santé chez certains personnels du service des urgences ? La structure du service des urgences telle qu'elle existe aujourd'hui, est-elle adaptée aux exigences des usagers ? Y a-t-il un problème culturel chez les usagers ou autrement dit est-ce que la culture des urgences médico-chirurgicales fait défaut ? Dans quelles mesures l'ensemble des facteurs que nous venons d'évoquer seraient-ils à l'origine ou pourraient-ils expliquer les difficultés vécues par le personnel des urgences ?

Pour tenter de répondre, nous évoquons séparément chaque problème rencontré pour essayer d'en observer le lien possible avec les difficultés relatés par le personnel du service des urgences.

### **Problèmes de santé chez le personnel des urgences**

Les médecins du travail du CHU constatent, comparativement avec les autres services, une augmentation de la fréquence des visites médicales spontanées du personnel du service des urgences du CHU Tlemcen .

### **Problèmes liés aux conditions de travail aux urgences**

Le personnel dénonce souvent les conditions de travail comme facteurs de risques qui portent atteinte à leur état de santé. A cet effet, il énumère plusieurs aspects qu'il met en relation avec la surcharge de travail et les multiples contraintes qui en découlent : telle que la désorganisation du travail, la prise en

<sup>91</sup> Abrouk. S, Enquête nationale sur les urgences médico-chirurgicales, INSP, Alger, 2006.

<sup>92</sup> Bilan des activités hospitalières 2011. Direction des activités médicales et paramédicale / sous-direction de la gestion administrative du malade du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen.

charge de malades à pathologies lourdes et les difficultés liées à leur hospitalisation, la prise en charge des urgences vitales, la réalisation des soins d'urgence, les déplacements fréquents, les gardes fréquentes et surchargées, le contact difficile avec les parents proches et/ou les accompagnateurs des malades, le sentiment fréquent de peur et d'insécurité, la fréquence élevée des conflits, la violence au travail et enfin le sentiment de menace pour sa santé.

### **Problèmes de prise en charge des malades :**

Le nombre de consultations aux urgences médico-chirurgicales augmente sensiblement. Quotidiennement, un nombre important de patients afflue vers ces structures. Les urgences ne désempassent pas. Elles font face à une activité importante dont la cause relève à la fois des changements de comportement des usagers et d'une évolution des soins en milieu urbain. Les hospitalisations notamment dans l'unité médicale du service des urgences constituent un autre problème difficile à résoudre aux urgences. Il nous faut noter que le nombre d'hospitalisations aux urgences augmente significativement d'année en année.

Par ailleurs, les taux de mortalité des malades hospitalisés aux urgences, s'accroît également d'année en année.

## **II Analyse de la demande**

L'analyse de la demande est partie intégrante de l'analyse de la situation de travail. Cette première phase est centrée sur l'activité des soignants en situation de travail. La démarche ergonomique est une construction qui, partant de la demande, s'élabore, prend forme, au cours du déroulement de l'intervention<sup>93</sup>. Il s'agit donc d'analyser cette demande et de la reformuler. On a cherché à comprendre le contexte général du système de santé, le fonctionnement global du service des urgences. On a cherché à caractériser le personnel soignant des urgences en terme de catégories professionnelles, de structures d'âge et d'ancienneté professionnelle, à établir quelques indicateurs relatifs à la santé et à l'efficacité en vue d'établir les hypothèses de niveau 1<sup>94</sup>. Cette caractérisation nous a permis de cibler la ou les situations à analyser.

### **L'observation globale du fonctionnement du service des urgences**

En synthèse, l'observation globale du fonctionnement du service des urgences a permis de relever plusieurs aspects :

- Un nombre important de consultations avec comme conséquences un engorgement du service, un allongement du temps d'attente des patients et souvent une insatisfaction des professionnels de la santé et des usagers.
- Un nombre important de consultations (ne relevant pas de l'urgence) gênant la prise en charge des véritables urgences, mission première à assurer dans ce service.
- un problème de l'accueil et d'orientation des malades
- La participation systématique des parents accompagnateurs à la prise en charge de leurs malades.
- Des problèmes de structure et d'architecture du bâtiment des urgences.
- Une surcharge de travail pour le personnel soignant par des malades indûment hospitalisés dans ce service à cause des difficultés de leur ventilation vers les services internes.
- Les problèmes sus cités sont plus prononcés au niveau des urgences médicales car la prise en charge des malades concernés exigerait plus de coordination entre soignants.

### **Reformulation de la demande**

Tenant compte des observations faites, des attentes de la hiérarchie et de son point de vue, la qualité de soins est retenue comme demande à analyser par approche ergonomique. L'objet de celle-ci est le malade et le champ d'action est limité à l'unité des urgences médicales.

<sup>93</sup> Guérin. F, Laville. A, Daniellou. F, Duraffourg J et A. Kerguelen. Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonome. © ANACT, 2007.

<sup>94</sup> Hypothèses qui conduisent à choisir la ou les situations de travail qu'il faut analyser en détail pour dégager des éléments de réponse aux questions soulevées.

### III - Procédé de prise en charge au service des urgences

Le procédé global de la prise en charge du patient est représenté par la figure suivante<sup>95</sup> :

#### Schéma de prise en charge du patient aux urgences médico-chirurgicales

Les patients relevant de l'urgence immédiate sont orientés directement vers la salle de déchoquage par le personnel d'accueil. Le médecin généraliste et le médecin réanimateur sont interpellés en cas d'urgence médicale et le chirurgien en cas d'urgence chirurgicale.

En cas d'urgence intermédiaire ou différée, le malade est orienté systématiquement vers les box de consultation et c'est au médecin de décider soit de traiter le malade sur place, soit de l'orienter vers la salle des soins soit encore de prescrire des investigations et/ou un traitement.

### IV - Les observations globales du service des urgences : vers une formulation d'hypothèses

Pour saisir réellement comment se déroule l'activité au service des urgences et ce que font réellement les acteurs de soins, nous avons réalisé des observations globales. Sur la base des données recueillies, des entretiens et des observations globales faites, la qualité des soins aux urgences du CHU Tlemcen pourrait s'expliquer par les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : un flou au niveau des prescriptions du travail du personnel, générant des problèmes organisationnels massifs.
- Hypothèse 2 : le manque de compétences opérationnelles et d'opérationnalité entre les différents acteurs de la chaîne de prise en charge du patient.
- Hypothèse 3 : substitution de la ressource familiale.
- Hypothèse 4 : des problèmes d'adaptation de l'environnement structurel et matériel.

### V - Vers la validation du diagnostic

Le protocole de diagnostic est basé essentiellement sur les entretiens auprès des différents acteurs des urgences et les observations systématiques. Ces observations ont concerné le parcours des patients porteurs d'une urgence vitale constituant la situation.

#### a) Les points de vue

##### *- Point de vue des malades et de leurs proches parents*

Les points soulevés par les patients ou leurs proches parents sont ceux liés à la qualité d'accueil et du tri aux urgences ; à la qualité des soins ; à la disponibilité de moyens matériels, de ressources médicamenteuses et d'analyses sanguines ; des défaillances de la communication et des informations émanant du personnel des urgences.

##### *- Point de vue des professionnels de la santé*

De nombreux conflits peuvent se produire avec les proches parents. Le personnel rattache ces conflits aux causes sociétales et culturelles, à diverses croyances, à l'analphabétisme, aux problèmes de communication, au manque de compréhension, au faible niveau socio-économique, au stress des urgences, aux délais d'attente...

##### *- Les situations qui semblent favoriser les conflits*

La mauvaise organisation de l'accueil des malades, les longues attentes des malades et de leurs proches à

<sup>95</sup> Instruction n° 26/MSP/DDS du 05 Février 1989: organisation et fonctionnement de la garde et du service des urgences.

tous les niveaux de la chaîne de prise en charge aux urgences, les conflits liés aux circonstances d'hospitalisation et aux problèmes d'espace aux urgences, la communication et les dysfonctionnements au niveau du système de sécurité

## **b) Les observations systématiques**

Les observations systématiques ont été menées sur une durée de dix jours pendant six heures de temps en continue par jour. Quinze patients ont été observés sur une durée de soixante heures.

Nous avons restitué les observations faites auprès du personnel des urgences et le diagnostic a été validé. Une réunion du comité de pilotage a été organisée et a permis de valider une fois de plus le diagnostic et de discuter des solutions possibles et de leur faisabilité.

## **VI - Orientations de solutions et proposition d'un accompagnement**

Les grandes pistes d'actions opérationnelles proposées sont les suivantes :

- Organisation des groupes de rencontre de travail (GRT) pour débattre de l'organisation du travail aux urgences avec le personnel concerné, et en même temps avoir un regard sur les débats de normes et un point de vue sur tout ce qui est en jeu dans les arbitrages que ce personnel se pose au quotidien.
- Renforcer les capacités techniques et managériales du service des urgences.
- Mise en place d'un système d'informations.
- La mise en place d'une unité de tri et d'accueil avec affectation d'un personnel qualifié.
- La mise en place d'un dispositif de sécurité technique et humain qualifié.
- Restructurer les équipes du personnel soignant et faire en sorte que l'on puisse favoriser le transfert de connaissances, l'échange d'expériences et de compétences d'un soignant à un autre.
- La formation.
- Le développement du plateau médico-technique aux urgences.

## **VII - Organisation des groupes de rencontre de travail (GRT)**

L'étude préalable prolongée par des débats collectifs sur l'activité et ses dramatiques permettra de mieux éclairer sur des propositions d'amélioration et de transformation des conditions de travail.

### **Méthodes de recherche ergologique**

Le diagnostic global du fonctionnement des urgences est basé sur :

- l'approche ergonomique.
- l'organisation du GRT (dramatiques d'usage de soi, débats de normes, débats de valeurs..).

### **Les questions posées par le GRT**

- Débattre de l'organisation du travail au service des urgences, de l'activité collective du personnel.
- Comprendre l'activité des médecins, des paramédicaux et discuter des contraintes de chacun de ces catégories.
- Améliorer la prise en charge des pathologies problématiques nécessitant hospitalisation au service des urgences

### **Les enjeux**

- L'organisation du travail aux urgences de Tlemcen.
- L'activité collective des médecins et des paramédicaux.
- L'activité sous-jacente et les difficultés récurrentes liées aux hospitalisations des malades à pathologies problématiques (accidents vasculaires cérébraux..).

## Calendrier du GRT

Les GRT ont été organisés sur une période de six mois, à raison d'un GRT par mois, le lieu de déroulement est à la bibliothèque centrale du CHU Tlemcen.

## Composition du groupe

Nous avons veillé à constituer un groupe assidu qui s'engage à suspendre la relation hiérarchique durant les échanges. Ce groupe est composé du médecin chef de service, les médecins généralistes et spécialistes affectés au service des urgences, le réanimateur, les infirmiers, les aides-soignants et deux médecins de travail animateurs du GRT, veillant à l'écoute et à la production collective.

## Préparation des animateurs du GRT

Les animateurs ont demandé au groupe à ce que chacun accepte d'abord de ne pas prétendre savoir à l'avance, afin de rester à l'écoute de l'activité de l'autre, et accepte ensuite de construire un savoir, tirer de ces échanges des enseignements généraux, transférables pour finalement déboucher sur du concret, sur une réalisation commune, afin d'avancer sur les questions posées au départ.

## Quelques préalables

Rappeler les objectifs et les conditions du GRT notamment celui d'interroger les points importants du travail au niveau du service des urgences.

Les animateurs ont présenté les résultats de l'étude ergonomique et quelques concepts de base de l'ergonomie et de l'ergologie pour structurer les échanges, par exemple :

quelle est la différence qui existe entre la notion de travail, tâches et activité<sup>96</sup> de travail ? C'est quoi le travail prescrit, le travail réel et l'écart prescrit-réel ? La notion de norme ? La démarche ergonomique ? Les formes de savoirs ? La démarche ergologique, les débats de normes... ?

## Quelques conclusions

Chez l'ensemble du personnel participant au GRT, la tonalité générale des discours fait état de difficultés, de malaises voire même de souffrances au travail. Nous avons dénoté des sentiments de dévalorisation et de démotivation, sentiments de travail empêché, absence d'autonomie, sous-utilisation des compétences, trop grande exigence vis-à-vis de certaines catégories de soignants (les aides-soignants (ATS) et les jeunes médecins généralistes), refus de l'usage de soi par soi, déconsidération du travail, subjectivation forcée... les écarts entre le prescrit et le réel sont souvent exprimés par les participants du GRT.

Nous avons relevé, à travers les discours, des glissements de fonction à tous les niveaux, ce qu'on a désigné par « *délégation des tâches au carré* » : des aides-soignants qui se substituent aux infirmiers spécialisés ; des médecins généralistes qui se substituent aux médecins spécialistes, des techniciens de radiologie qui se substituent aux médecins radiologues, des parents proches des malades qui se substituent aux aides-soignants...

Par ailleurs, nous avons relevé plusieurs facteurs qui peuvent favoriser les risques psychosociaux et l'épuisement professionnel notamment la gestion perpétuelle de l'afflux de patients et de leurs proches parents, l'intensification du travail sans renforcement d'effectif, les sentiments récurrents de travail bâclé, les conflits de valeurs, l'activité liée aux hospitalisations, inadéquation des structures des urgences ...

Enfin la qualité de soins est compromise notamment pour les malades relevant de l'urgence vitale et nécessitant hospitalisation (cas des accidents vasculaires cérébraux, des comas diabétiques, des hémorragies digestives, de l'insuffisance rénale compliquée...) ayant pour conséquences des pertes de

---

<sup>96</sup> Le concept de l'activité qui est à prendre dans le sens d'activité intérieure : ce qui se passe dans la tête et le corps de la personne au moment où elle travaille.

chance vitales pour eux.

## BIBLIOGRAPHIE

ABROUK S., *Enquête nationale sur les urgences médico-chirurgicales*, INSP 2006.

GUÉRIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAFFOURG J. et KERGUELEN A., *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonome*. ANACT, Lyon, 2007.

SCHWARTZ Yves et DURRIVE Louis :

« Vocabulaire ergologique », in [http://www.ergologie.com/textes et documents/histoire et vocabulaire/vocabulaire ergologique](http://www.ergologie.com/textes_et_documents/histoire_et_vocabulaire/vocabulaire_ergologique)", 2001.

*Travail et ergologie entretien sur l'activité humaine*. Edition Octarès, Toulouse, 2003.

# Commentaires sur la présentation des Groupes de Rencontres du Travail (GRT)

*Renato Di Ruzza*

La présentation des expériences de constitution et de fonctionnement de GRT en France (Marseille) et en Algérie (Tlemcen et Annaba) dans les structures hospitalières nous conduit inévitablement à réfléchir plus généralement sur ce que sont les GRT et nous permet de progresser dans la définition des conditions de leur efficacité. Trois ensembles de questions me semblent devoir être soulevés afin d'engager une discussion.

Le premier renvoie à la nécessité de la pluridisciplinarité dans la constitution des GRT. A mon avis, il y a encore une ambiguïté sur ce sujet : faut-il obligatoirement la présence de spécialistes « académiques » des activités sous examen, qui apportent ainsi les résultats des recherches effectuées ailleurs et les méthodes propres à chacune de leur disciplines (par exemple, pour le cas d'espèce du travail hospitalier, quelle doit être la place des ergonomes ou des sociologues ayant une expérience d'études dans ce secteur), ou peut-on se contenter de considérer que la « pluri-professionnalité » (médecins, infirmiers, spécialisés dans des domaines différents) suffit pour assurer la présence de plusieurs disciplines ? Les réponses à ces questions sont diverses et ont toutes leurs justifications et leur efficacité. Mais mon sentiment personnel est dicté par le fait que d'une certaine manière, les GRT sont (ou devraient être) la mise en œuvre concrète du Dispositif dynamique à trois pôles qui est au cœur de la démarche ergologique. Quelle que soit l'activité de travail qui est sous examen, doivent naturellement figurer au pôle des savoirs « investis » ou « en adhérence » les protagonistes de cette activité. Le pôle des savoirs « institués » ou « en désadhérence » ne saurait être incarné par les précédents (même si bien sûr, ces protagonistes sont aussi porteurs de savoirs relevant de ce pôle) : doivent y figurer des personnes dont la fonction sociale est de produire des savoirs sur l'activité en question, qui sont le plus souvent des savoirs disciplinaires (ergonomes, sociologues, psychologues, économistes, etc.). En tout état de cause, l'animateur du GRT (qui est le garant de l'intervention du troisième pôle, celui des valeurs) ne saurait à lui seul se substituer à elles.

Le deuxième ensemble de questions porte sur les objectifs des GRT. Comme cela a été dit dans les présentations, il n'y a pas de « demande formalisée » de constitution d'un GRT, mais des « plaintes », des « dysfonctionnements », des « situations de crise », qui peuvent éventuellement conduire à penser que le GRT devrait aider à dénouer ces difficultés. Il y a donc toujours, dans les objectifs d'un GRT, un mixte de trois finalités :

une finalité de connaissances des situations de travail, tenant compte de ce que les travailleurs eux-mêmes en disent (avec tous les problèmes tenant à la mise en mots de l'activité) ;  
une finalité de « conscientisation » pour les travailleurs de ce qu'est exactement leur activité de travail  
et une finalité de transformation des situations de travail, à partir des « réserves d'alternatives » qui se nichent dans l'activité elle-même.

Toute la question tient à la pondération qu'il convient d'accorder à ces trois finalités. Bien que la troisième soit inéliminable et prioritaire, puisque c'est par elle que les situations de crise peuvent être résolues, les expériences de GRT qui nous ont été décrites montrent me semble-t-il que c'est l'aspect « connaissance » qui prédomine : on connaît en effet beaucoup mieux les situations de travail dans ce cadre que par d'autres moyens d'investigation, car il associe fondamentalement ceux qui les vivent. De la sorte, il y a probablement une « prise de conscience », mais l'aspect « transformateur » a tendance à s'estomper. Je crois qu'il serait utile de réfléchir à cette question, qui tient pour une grande part à mon avis à la différence de temporalités entre la vie d'un GRT et les exigences de transformations positives.

Il est possible enfin de caractériser le troisième ensemble de questions par ce qu'on pourrait appeler le « pragmatisme des GRT ». Chaque GTR en effet résulte d'une conjonction particulière de situations singulières dans l'« ici et maintenant ». Autrement dit, constituer et faire fonctionner un GRT dans un lieu précis et au moment adéquat conduit inévitablement à « faire avec ce que l'on a ». Les expériences qui nous ont été rapportées montrent que ce pragmatisme est présent au moins à trois niveaux :

- au niveau de la composition des GRT : le choix des protagonistes de l'activité est tantôt déterminé par le « volontariat », tantôt réfléchi par l'animateur (lorsque les patients sont

associés, ou lorsque des catégories socioprofessionnelles ou des professions précises sont requises), mais les raisons théoriques de la composition et du périmètre du GRT plus ou moins choisie ne sont que très rarement explicitées ;

- au niveau de la temporalité des GRT : il est naturellement inconcevable qu'il y ait une « durée optimale » prédéfinie pour leur fonctionnement ; mais là encore, les expériences rapportées (et j'ajoute celles qui les ont précédées) montrent de fortes disparités, les durées de fonctionnement pouvant aller de quelques jours à plusieurs mois ; là encore, il me semble que la détermination de ces durées tient plus à la conjoncture concrète du contexte propre à un GRT qu'à une réflexion théorique précise ;

- enfin au niveau des motivations des participants : au-delà de sa composition, les participants à un GRT doivent avoir clairement conscience de l'originalité de ce type de réunion ou de rencontre ; un GRT n'a pas de finalité syndicale, et ne vise donc pas à établir une sorte de « cahier de revendications » ; il n'est pas un groupe traversé par des rapports hiérarchiques ; il n'est enfin pas un espace de formation, même si les échanges qui s'y produisent sont des « dialogues socratiques à double sens » ; et en même temps, on le voit bien dans les expériences rapportées, la vie d'un GRT est ainsi faite que chaque participant en tire des arguments de nature syndicale, que la hiérarchie n'est pas absente, et que l'aspect « formation » de certains par d'autres l'emporte parfois sur le dialogue égalitaire.



## **Pratiques en développement de la santé**

# **Problèmes et enjeux actuels du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires : étude comparative Algérie, Brésil, France**

*Magda Duarte dos Anjos Scherer, Edna Maria Goulart Joazeiro, Muna Odeh*

## **Coopérations antérieures des équipes partenaires**

Ce projet s'inscrit dans la continuité d'un partenariat entre des équipes de recherche brésiliennes et l'Institut d'Ergologie de l'Université Aix-Marseille (France) qui a débuté en 2005 avec les séjours de Magda Scherer Duarte dos Anjos et Edna Maria Goulart Joazeiro pour des stages de doctorats à Aix en Provence, sous la direction de Rémy Jean et d'Yves Schwartz.

Depuis cette date, ce partenariat s'est développé à travers un ensemble d'opérations (missions d'enseignement et/ou de recherche au Brésil et en France, organisation et participation à des événements dans les deux pays, publications conjointes, traductions d'articles) auxquelles ont contribué la plupart des chercheurs participant au présent projet.

Ce partenariat s'est élargi à partir de 2011 avec l'Université Aboubekr Belkaid Tlemcen (Algérie) à travers, notamment, deux séminaires sur l'analyse de l'activité de travail organisés à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Strasbourg auxquels participaient la professeure Magda Scherer, le Professeur Abdesselam Taleb de l'Université de Tlemcen et le professeur Yves Schwartz de l'Université Aix-Marseille.

En avril 2012, un séminaire international «Potentialités et Innovations dans les processus de travail en santé» s'est tenu à l'Université de Brasilia sous la coordination du Groupe de recherche sur la santé Travail / CNPq / UNB, réunissant des chercheurs de huit pays dont les partenaires du présent projet. Les contributions à ce séminaire ont été publiées dans la revue brésilienne *Actes de la santé publique Tempus* (Ano VI, n°2).

L'élaboration du projet de recherche présenté ici a été initiée à cette occasion en avril 2012 et s'est poursuivie en septembre 2012 lors du 1er Congrès de la Société Internationale d'Ergologie (SIE) à Strasbourg (France). Ce projet fait ainsi partie du plan de travail de la SIE et du réseau international «Ergologie, Travail et Développement» qui tient ses 4èmes Journées d'échanges ici à Tlemcen (Algérie), sur le thème «Savoirs et Développement : Santé au Travail et Travail Médical».

## **PROBLEMATIQUE ET ORIENTATION DU PROJET**

La rareté des études sur le travail collectif au sein des hôpitaux universitaires et l'intérêt épistémologique de comprendre le travail des professionnels de santé dans ces institutions sont à l'origine de ce projet. Dans le contexte actuel de débat et d'interrogation sur la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des populations, il apparaît important de s'intéresser au travail des professionnels de ce secteur, à son contenu, à son organisation et aux conditions de sa réalisation au regard de cette exigence.

Les hôpitaux universitaires sont à cet égard des lieux stratégiques, car ils sont institutionnellement configurés pour remplir simultanément une mission de soin, de formation et de recherche, ce qui leur confère des caractéristiques singulières. Dans la mise en œuvre de ces missions, ces établissements sont confrontés à des défis particulièrement aigus en matière d'organisation et de gestion des processus de travail, mais aussi en matière de formation et de qualité de la vie au travail.

Une réflexion sur cette problématique dans des contextes différents peut contribuer à identifier des problèmes communs et à produire des connaissances utiles pour y apporter des réponses adéquates. Dans cette perspective, cette recherche vise à identifier, analyser et comparer les problèmes et les enjeux actuels du travail des personnels de santé dans des hôpitaux universitaires de trois pays - le Brésil, la France et l'Algérie -, en cherchant à repérer les similitudes et les différences, dans une préoccupation d'amélioration conjointe de l'efficacité du service rendu et de la qualité de la vie au travail.

De manières différentes, ces pays sont confrontés aujourd'hui à des problèmes posés par une transition démographique, épidémiologique et technologique qui devraient permettre de mieux satisfaire les besoins de santé des populations mais dans lesquels les systèmes de santé publique sont soumis à des tensions importantes entre ces besoins de santé, les modes de gouvernance, les financements, ainsi que les contenus et les organisations du travail hospitalier. Le changement même des formes d'atteintes à la santé conduit au développement de nouvelles pratiques de soins, qui exigent un plus grand nombre

d'hospitalisations prolongées, une utilisation accrue de médicaments coûteux et des soins palliatifs, tout en posant de nouvelles questions à la recherche, qui nécessitent également des changements dans la formation des professionnels de la santé.

En dépit de la tendance historique de la plupart des pays à considérer la santé comme un droit social, ainsi que le besoin général d'étendre la couverture des systèmes de santé publique, on peut constater qu'il y a une difficulté certaine à consolider des systèmes de santé qui soient véritablement publics, égalitaires et justes. Le défi de concrétiser la défense de la vie dans les systèmes de santé invite à enquêter sur la façon dont ce droit s'est déployé dans différents contextes socio-historiques, avec ses limites et ses avancées dans la mise en œuvre des soins de santé.

Dans cette étude, nous chercherons à appréhender le modèle de mise en œuvre de ces soins dans les hôpitaux publics universitaires et dans le cadre des systèmes de santé de chaque pays, en nous focalisant principalement sur la réalité du travail que les différents professionnels de santé y effectuent, sur la base de l'approche ergologique et de l'analyse pluridisciplinaire des situations de travail.

Ce cadre théorique et méthodologique, dont Yves Schwartz a été l'initiateur<sup>97</sup>, est partagé par les chercheurs des quatre universités participant à ce projet, ce qui permet d'en assurer la cohérence et qui renforce, à notre sens, son intérêt scientifique. Le projet se propose d'utiliser la *démarche ergologique* et ses outils d'analyse pour comprendre le travail réel de différentes professions, mais aussi de mettre cette démarche à l'épreuve dans des contextes historiques et sociaux différents.

L'Institut d'Ergologie a développé tout au long de son histoire des coopérations multiples avec les protagonistes du travail dans le secteur de la santé. Au Brésil, les équipes parties prenantes du projet ont développé depuis plusieurs années des recherches en utilisant ce cadre qui vise à mobiliser et à articuler les connaissances issues de différentes disciplines qui peuvent contribuer à l'analyse des situations de travail. Des membres de l'équipe de recherche algérienne, comprenant notamment des médecins, ont récemment achevé une formation en "Ergologie et Ergonomie" en vue, précisément, de mieux comprendre les enjeux du travail dans ce secteur.

L'objectif du projet qui nous rassemble est d'apporter des éléments de connaissance sur les activités et les processus de travail dans les hôpitaux universitaires qui permettront de proposer des améliorations concernant l'organisation du travail des professionnels de santé et la gestion de ces institutions.

## Objectifs de la recherche

### Objectif général

Analyser et comparer les problèmes et les enjeux actuels du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires de trois pays – Brésil, France et Algérie, en identifiant les similitudes et les différences.

### Objectifs spécifiques

- Situer les hôpitaux universitaires dans le contexte historico-social et l'évolution du système de santé des pays où les investigations seront réalisées ;
- caractériser la situation de chaque hôpital en termes de structure, d'organisation et de personnel ;
- identifier les problèmes et les enjeux actuels du travail dans les hôpitaux universitaires du point de vue des professionnels de santé et du point de vue de la gouvernance des établissements ;
- prendre la mesure des écarts entre le travail prescrit et le travail effectivement réalisé dans les établissements des trois pays ;
- réaliser une analyse comparative des résultats obtenus dans le but de comprendre les similitudes et les différences.

## Terrains

Cette recherche sera réalisée dans cinq hôpitaux universitaires de trois pays. Au Brésil, elle se réalisera dans l'Hôpital de l'Université de Brasília - HUB, situé dans la région Centre-Ouest, et dans l'Hôpital de l'Université Fédérale de Santa Catarina – HU/UFSC, situé dans la région Sud. En Algérie, elle portera sur

<sup>97</sup> Schwartz Y., 1988, 1994, 1998, 2000

l'Hôpital Universitaire de Tlemcen – CHU Tlemcen et aussi dans l'Hôpital Universitaire de Annabah, et en France dans des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Marseille – AP-HM.

## Méthodologie

Cette recherche a pour références théorico-méthodologiques l'ergologie, l'ergonomie et les théories sur le processus de travail dans le secteur de la santé. Nous tenterons, sur la base de ces références, de contribuer à une meilleure connaissance des processus de travail considérés. Il s'agira notamment de rendre visible et de systématiser les savoirs issus de l'expérience des professionnels de la santé, en les confrontant avec les savoirs académiques, afin de comprendre les pratiques de soins et de formation dans les hôpitaux étudiés et d'identifier les problèmes et les enjeux qui les impactent. A l'instar de ce que suggère Minayo<sup>98</sup>, l'investissement dans la santé publique devrait en effet être orienté « par des enquêtes et des propositions d'amélioration des pratiques, fondées sur des modes de socialisation des connaissances et une ouverture aux savoirs issus de l'expérience [...] ».

La recherche aura un caractère de recherche-action, au sens où « il fait partie des objectifs de réfléchir à partir de l'action des personnes ou des groupes impliqués dans l'enquête »<sup>99</sup>.

### Notre méthodologie générale comportera les étapes suivantes :

- Recueil et traitement des données macro-systémiques ;
- Mise en œuvre de Dispositifs Dynamiques à Trois Pôles (DD3P) et/ou de GRT (Groupes de Rencontres du Travail) et/ou de « grupo focal » ;
- Réalisation d'analyses de situations de travail concrètes (Analyse ergonomique du travail AET) ;
- Confrontation/triangulation des résultats obtenus dans ces différents registres ;
- Comparaison entre les trois pays et synthèse dans des tableaux croisés<sup>100</sup>.

Dans la phase initiale, certains concepts clés seront approfondis par les équipes des trois pays afin de préciser et de consolider l'orientation théorico-méthodologique du groupe : analyse comparative, innovation, travail collectif, équipe soignante, travail dans les hôpitaux universitaires, gestion du travail, charge de travail, intensité du travail, coût humain du travail et qualité de la vie au travail.

### Approche macro-systémique

Un large éventail de possibilités existe pour la construction d'un outil pour l'étude comparative des systèmes de soins de santé. Le défi vient du fait que les instruments doivent être suffisamment uniformes pour permettre des comparaisons et montrer les tendances, mais aussi suffisamment flexibles pour tenir compte des politiques spécifiques et des différences importantes entre les systèmes.

La tendance actuelle est de construire des matrices qui intègrent les dimensions analytiques suivantes : contexte économique, politique et socio-culturel, déterminants de la santé, situation épidémiologique, caractéristiques et performance du système.

### Dispositif dynamique à 3 pôles (DD3P) et Groupes de Rencontre du Travail (GRT)

L'ergologie considère le travail comme une activité humaine qui procède d'une rencontre, déterminée et déterminante, entre les sujets du travail et l'ensemble des éléments constitutifs d'une situation de travail (objets du travail, finalité et objectifs du travail, moyens de travail, normes, règles, prescriptions diverses, etc...). Il est toujours à la fois « usage de soi par soi » (auto-détermination) et « usage de soi par d'autres » (hétéro-détermination), de manière éminemment variable selon les situations. L'activité de travail est ainsi tributaire de cette double détermination, plus ou moins contradictoire et plus ou moins difficile à vivre selon la nature de cette activité, les rapports sociaux dans lesquels elle s'inscrit et les circonstances historiques concrètes où elle se déploie. Pour l'ergologie, une hétéro-détermination totale

---

<sup>98</sup> Minayo 2012, p. 11

<sup>99</sup> Vasconcelos, 1998

<sup>100</sup> Yin, 2010

des activités de travail serait à la fois impossible et invivable<sup>101</sup>. Impossible car l'homme ne peut être programmé comme une machine. Invivable car ce serait la négation même du vivant humain comme force irréductiblement et continûment transformatrice de sa propre existence. Les études fondées sur l'approche ergologique ont montré que, au delà de ces variables macro-systémiques, les activités de travail étaient tributaires de la subjectivité des travailleurs, de leurs valeurs et de leurs besoins, qui s'expriment dans des « dramatiques d'usage de soi par soi et par les autres » toujours singulières et conduisent les travailleurs à de multiples « renormalisations » des prescriptions venant des organisateurs du travail<sup>102</sup>.

Pour appréhender ces activités dans la totalité de leurs déterminants, l'approche ergologique propose la mise en place de dispositifs dialogiques dits - « dispositifs dynamiques à 3 pôles » – qui permettent aux protagonistes du travail d'échanger et de confronter leurs savoirs et leurs expériences – entre eux ou avec d'autres - dans une perspective commune et sur la base d'objectifs partagés. Le premier pôle est celui des savoirs constitués ou savoirs académiques, le deuxième pôle est celui de l'expérience du travail et des savoirs spécifiques qui s'y sont construits, le troisième pôle est celui des attentes et du projet partagé par les participants au dispositif.

Le Groupe de Rencontre du Travail est une modalité particulière de dispositif dynamique à 3 pôles destiné à produire dans la durée des connaissances et des propositions de « transformation » du travail dans un milieu donné. Il est coordonné par un ou deux animateurs formés à l'approche ergologique.

La recherche projetée utilisera ces outils dans la phase d'étude et d'analyse des situations de travail.

## Analyse Ergonomique du Travail

L'analyse ergonomique du travail (AET) fait référence à la méthode d'investigation de l'école franco-belge de l'ergonomie qui combine l'utilisation de différents instruments et procédures de recherche pour le diagnostic de situations de travail critiques et la formulation de recommandations visant à transformer les contextes de travail pour concilier le bien-être des travailleurs, la satisfaction des utilisateurs/consommateurs et l'efficacité organisationnelle. Du point de vue épistémologique, l'AET repose sur deux hypothèses de base. D'une part, la compréhension que la nature de l'objet de recherche (interaction homme/milieu de travail) détermine la méthode et, par conséquent, les instruments et procédures utilisés dans AET. En ce sens, l'utilisation de l'AET n'a pas vocation à valider des modèles théoriques pré-établis, mais permet de diagnostiquer la genèse ou le risque d'occurrence de situations critiques dans le contexte de travail. D'autre part, l'AET repose sur une logique d'analyse du type inférentielle inductive, c'est à dire qu'elle a pour point de départ un problème posé par les protagonistes du travail dans un domaine d'intervention ou recherche déterminé<sup>103</sup>.

Du point de vue instrumental, les ressources utilisées sont diverses, mais l'analyse doit tendre à se focaliser sur l'activité du sujet dans des situations réelles de travail au moyen notamment de l'observation directe (libre, systématique ou participante) qui est une exigence incontournable de l'AET.

La panoplie des outils qui peuvent être utilisés dans l'AET permet d'atteindre plusieurs objectifs différents : a) l'analyse documentaire permet d'appréhender le contexte organisationnel dans lequel s'inscrit le problème à étudier, en mettant l'accent sur le travail prescrit (attendu), b) l'entretien en général de type semi-directif cherche à mettre en évidence les représentations des sujets, en particulier la façon dont ils évaluent la situation-problème, c) l'observation libre ou ouverte permet d'établir les premiers contacts avec les personnes concernées par l'étude et de reconnaître le terrain, d) l'observation systématique présuppose la définition des variables à tracer et vise à valider ou à invalider les hypothèses construites préalablement. L'AET utilise en outre divers outils de mesure des éléments physiques de l'environnement de travail.

Ces outils seront également utilisés dans la phase d'étude et d'analyse des situations de travail.

---

<sup>101</sup> Schwartz Y., 2000)

<sup>102</sup> Schwartz Y., 2004

<sup>103</sup> Faverge 1955 ; Wisner 1987 ; Laville 1977 ; Daniellou 1996 ; Guerin 2001 ; Vidal, 2002 ; Szelwar, Abrahao, Silvino, Sarmet, Pine 2009).

Le choix des services où seront réalisées les opérations de recherche et des professionnels qui seront sollicités pour y participer sera effectué dans la première phase de la recherche. Ces choix procéderont d'un échantillonnage raisonné, visant à constituer un ensemble représentatif de la population étudiée, selon des critères définis et explicités par les équipes de chaque pays<sup>104</sup>.

### **Chronogramme de la recherche**

La recherche sera structurée en trois grandes phases entre 2013 et 2017 :

- Phase 1 – Caractérisation du contexte
- Phase 2 – Étude des situations de travail
- Phase 3 – Analyse et étude comparative

### **Déontologie**

La collecte de données respectera tous les principes déontologiques recommandés internationalement, relatifs à la recherche concernant des êtres humains. Le consentement des institutions et des personnes concernées sera sollicité. La liberté de participer ou non à la recherche, l'anonymat et la confidentialité dans l'utilisation des informations obtenues ainsi que le respect de la vie privée seront garantis.

Le projet de recherche sera soumis, au Brésil, à l'approbation du Comité d'Éthique en Recherche, conformément à la Résolution 196/96.

L'équipe de recherche prend l'engagement de rendre public les résultats de la recherche par des moyens reconnus par la communauté scientifique.

### **Validation avec les participants à la recherche**

La validation des résultats avec les personnes impliquées dans la recherche sera réalisée tout au long de celle-ci. *« Outre qu'elle est éthiquement souhaitable, la vérification des données avec les membres du groupe eux-mêmes, légitime et ajoute de la crédibilité à la recherche. En sollicitant les opinions des membres du groupe, on peut obtenir des données et des conclusions qui excèdent celles issues des observations de terrain »*<sup>105</sup>. Angrossino<sup>106</sup> souligne que cet aspect de la recherche est fondamental : *« Réaliser une vérification constante de la validité, à travers un aller-retour entre les perspectives scientifiques et éthiques ou encore entre ce qui est perçu par la communauté et ce qui est appliqué par le chercheur »*.

### **Contributions attendues au plan scientifique ou technologique**

- Cartographie des problèmes et des enjeux actuels du travail dans les hôpitaux universitaires dans les trois pays ;
- publication d'articles scientifiques ;
- présentation lors d'événements scientifiques ;
- renforcement et amélioration de l'intégration enseignement-service dans les régions où la recherche sera réalisée ;
- fiche technique / glossaire concepts dans chaque contexte : santé / travail / système de santé / professions / équipe / soin / modèle de prise en charge médicale / formation
- projets d'initiation scientifique ;
- mémoires de Masters ;
- thèses de doctorat ;
- doctorats sandwich ;
- post-doctorats ;
- échanges d'étudiants ;
- publication d'ouvrages en portugais et en français.

---

<sup>104</sup> Bowling, 2003 ; Trivinos, 2001

<sup>105</sup> Kozinets, 1998

<sup>106</sup> Angrossino, 2008

## Contributions attendues concernant les organisations faisant l'objet de la recherche

- Donner une meilleure visibilité aux problèmes et aux enjeux actuels du travail dans les hôpitaux étudiés ;
- identifier les pratiques, les stratégies et les innovations mises en œuvre par les professionnels pour assurer l'efficacité du service ;
- identifier les pratiques, les stratégies et les innovations mises en œuvre par les professionnels pour protéger, maintenir ou améliorer leur santé au travail ;
- permettre une meilleure prise en compte de ces éléments dans l'organisation et la gestion des hôpitaux universitaires.

## Chercheurs et professionnels participant à la recherche

**Chercheuse Responsable** – Coordinatrice générale du projet :  
Magda Duarte dos Anjos Scherer – Université de Brasília - UnB

### Équipe brésilienne : Université de Brasília :

ANDREIA DE OLIVEIRA / ANDREY LOIOLA / ANTONIO JOSÉ COSTA CARDOSO / EDNA MARIA GOULART JOAZEIRO / EMANUELLY PAULINO SOARES / MARIA DA GLÓRIA LIMA / MÁRIO CÉSAR FERREIRA / MUNA MUHAMMAD ODEH

### Université Fédérale de Santa Catarina :

ANA MARIA CARLOS MARTINS / DENISE PIRES / FRANCINE LIMA GELBCKE / JULIETA ORO / ELEONOR MINHO CONILL

### Équipe française : Université Aix-Marseille :

LAURENCE BELLIES / MARIE-HELENE GALINDO / REMY JEAN / YVES SCHWARTZ / DOMINIQUE EFROS

### Équipe algérienne : Université de Tlemcen et Université d'Annabah

ABDESSELAM TALEB / BOUHACINA LINDA / S. GUEROUÍ

## Bibliographie

- ABRAHAO J. I.; SZNELWAR L. I.; SILVINO A. M. D.; SARMET M. M. & PINHO D. L. M. *Introdução à Ergonomia: Da prática à teoria*. 1. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2009.
- DANIELLOU, F. « Questions épistémologiques soulevées par l'Ergonomie de conception », in Daniellou, F (Dir.) *L'Ergonomie en quête de ses principes: débats épistémologiques*. Toulouse: Octares, 1996, p. 183-200.
- FAVERGE, J. M., « L'analyse du Travail » in : Reuchlin, M. *Traité de psychologie appliquée*. Paris: PUF, 1972, 7, 60.
- GUERIN F; LAVILLE A.; DANIELLOU F; DURAFFOURG J.; KERQUELEN A., *Comprender o trabalho para transformá-lo. A prática da Ergonomia*, São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2001.
- LAVILLE A. *Ergonomia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- MINAYO M. C. S., «Global & local, meritocrático & social: o papel da ciência e da tecnologia em saúde coletiva no Brasil», *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6 (2): 11-26.
- SCHWARTZ Y., *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*, Toulouse, Octares, 2000.
- « Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias » in Figueredo Marcelo, et al (Orgs.). *Labirintos do*

*Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.* Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TRIVINOS A. N. S., *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas, 2001.

VIDAL M. C. R., *Ergonomia na empresa: útil, prática e aplicada.* Rio de Janeiro: Editora Virtual Científica, 2002.

YIN R., *Estudo de caso: planejamento e métodos.* Porto alegre: Bookman, 2010.

WISNER A., *Por dentro do trabalho. Ergonomia: Método e técnica.* São Paulo: FTD; Oboré, 1987.



# La parole du fou : réflexions méthodologiques à partir du terrain de la psychiatrie au Niger

*Aït Mehdi Gina*

## Introduction : l'anthropologie appliquée à la parole du fou ?

Jean et John L. Comaroff, dans un article intitulé « Le fou et le migrant » écrivent : «Paradoxalement, c'est un fou qui nous a le plus appris sur les faits de conscience dans l'Afrique du Sud rurale. La leçon était d'autant plus remarquable qu'elle venait d'une rencontre silencieuse, faite en 1973 dans un hôpital psychiatrique. Connu pour son ingénieux costume qu'il n'enlevait jamais, l'homme était littéralement prophète en habits de polyéthylène. [...] En travers de sa poitrine était tendue une large ceinture de tissu aux brillantes rayures sur laquelle étaient cousues trois lettres : SAR. [...] Les lettres SAR correspondent à *South African Ratways*, les chemins de fer sud-africains dont une voie borde l'hôpital. [...] C'était un message qui parlait directement à ses compagnons d'internement et aussi au personnel paramédical de race noire. Car dans ce monde de prolétaires-paysans, le chemin de fer tissait un lien tangible entre la vie rurale et la vie urbaine, nouant ensemble les mondes discordants de la campagne et de la ville »<sup>107</sup>. Jan Vansina<sup>108</sup> formula à l'encontre de ces auteurs une critique liée à la surinterprétation des données ethnographiques. Les intentions prophétiques de ce fou sont en effet énoncées, à partir d'un seul regard, comme une *vérité*. Il est ainsi légitime de se demander si les lettres cousues sur sa ceinture (SAR) signifient bien pour cet homme la même explication que celle qui est avancée dans le prélude d'une analyse sur le *travail dans la conscience historique d'un peuple sud-africain*.

La figure du fou, par les représentations qu'elle véhicule, semble particulièrement propice à ce type de dérives interprétatives.

Dans cet article, je me propose ainsi de réfléchir aux méthodologies d'enquête appliquées au terrain de la psychiatrie au Niger<sup>109</sup> et plus particulièrement de *l'expérience sociale* de la maladie mentale<sup>110</sup>. Une question en suspens fonde la trame de mes réflexions sur ce sujet : comment le chercheur fait-il face, dans les situations d'enquête et le traitement des données, à la question du crédit qu'il donne à *la parole du fou* ? Je soutiendrai la thèse que l'anthropologie dispose d'outils méthodologiques aptes à dépasser de telles difficultés. En ce sens, je ne pense pas nécessaire d'adapter des méthodes d'enquête (tout du moins pas radicalement) à cette population. Il s'agit plutôt d'utiliser des outils considérés comme classiques de l'anthropologie en modelant/négociant, comme dans tout terrain ethnographique, sa position d'enquêteur au contexte d'étude. Aussi, d'un point de vue interprétativiste, toute parole d'acteur (dans certaines situations, un silence), ne doit pas être prise comme fait objectif mais comme représentation socialement construite et ancrée dans les contextes d'expérience des enquêtés, nécessitant des efforts de déconstruction de la part du chercheur. La prise en compte de la parole du fou constitue ainsi à mon sens

---

<sup>107</sup> Comaroff, J. et J.L., 1992. « Le fou et le migrant. Travail et peine dans la conscience historique d'un peuple sud-africain », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 94, p 41.

<sup>108</sup> Mary, A, 2000. « Conversion et conversation. Les paradoxes de l'entreprise missionnaire », *Cahiers d'Études Africaines*, n° 160.

<sup>109</sup> L'histoire des processus d'institutionnalisation de la prise en charge de la santé mentale au Niger révèle une marginalité structurelle constante dans la sphère publique (Ousouf, P, 1981. Rapport de service. Niger: Hôpital National de Niamey). Pour autant, les structures de soins ont connu à leur échelle des transformations majeures. Sous domination coloniale, quelques boxes étaient destinés aux *fous dangereux* dans les principaux dispensaires de la ville. Puis, des unités de soins ont vu le jour après l'Indépendance (1960), suivies de politiques de décentralisation de plus grande envergure (à partir de 2007). Sous l'impulsion de psychiatres formés à l'étranger, ces institutions se sont transformées sur le modèle d'une pratique biomédicale normalisée, s'éloignant ainsi progressivement de la sanction sociale par le seul usage de l'enfermement.

<sup>110</sup> L'étude de l'expérience sociale de la souffrance psychique suppose de circonscrire notre objet aux individus qui ont déjà eu recours au Pavillon E afin d'appréhender notamment les impacts du secteur privé sur la structuration des modes d'être. Ainsi, les conditions différenciées d'hospitalisation selon les acteurs entrent en jeu dans cette analyse. Celles-ci, sensiblement divergentes d'un patient à un autre, sont liées au capital économique et culturel des familles. Des mécanismes de catégorisation sociale des malades, légitimés par le savoir médical (notamment par les catégorisations psychiatriques), impliquent alors nécessairement des conséquences sur le vécu des patients. J'observe également des processus de renforcement du rejet entre la sphère publique et la sphère familiale. Les différentes sphères sociales côtoyées par le malade- familiale, professionnelle, magico-religieuse- seront donc partie intégrante de l'analyse de ces expériences.

une des ressources empiriques à intégrer à l'analyse de *l'expérience sociale* de la maladie mentale dans ce contexte socio-culturel nigérien.

Ainsi, dans une première partie, je présenterai brièvement un état des lieux des travaux en sciences sociales sur la parole des malades atteints de troubles mentaux. Puis, j'exposerai, à travers la description d'une étude de cas et de diverses situations d'enquête, les méthodes que j'ai utilisées au cours de mon terrain de recherche pour dépasser les difficultés rencontrées. Je conclurai enfin ces propos sur des considérations éthiques relatives à l'étude des patients de la psychiatrie.

## La parole du fou en sciences sociales

Dès les prémisses de mes recherches empiriques, je me suis interrogée sur la valeur à apporter au discours des malades atteints de troubles mentaux, qu'ils soient relevés dans un échange formel ou informel (entretiens exploratoires ou semi-directifs) ou observés lors de diverses situations d'enquête. Aussi, comprendre les controverses en sciences sociales à propos de la parole du malade mental suppose de faire un rapide détour sur la notion de personne. Comme le spécifie Livia Velpry dans son ouvrage *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale* : « pour certains auteurs, la maladie mentale semble, par nature, mettre en question l'existence même d'une personne, ce qui devrait rendre non pertinent le problème de l'accès à son expérience »<sup>111</sup>.

Ainsi, les sciences sociales appliquées à l'étude de la maladie mentale ont adopté une position de méfiance et de réserve vis-à-vis de la parole du fou<sup>112</sup>, laquelle a longtemps constitué une donnée d'enquête marginale voire inexistante dans les travaux sur la santé mentale. L'essence même de cette parole, considérée comme incohérente et/ou suspecte, vient ainsi questionner son recueil et son traitement. Les légitimités de l'anthropologie et de la sociologie à étudier le discours des bénéficiaires de soins furent ainsi supplantées par celles de la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse. Ce découpage disciplinaire n'est pas sans rappeler les travaux de Foucault<sup>113</sup> et des soubassements philosophiques très largement partagés qui fondent l'identité d'une personne sur le principe de la rationalité (être capable de réflexivité et d'actions orientées en finalité). Le langage constitue alors « la condition nécessaire de la détention d'une conscience réflexive »<sup>114</sup>. Les disciplines appliquées à l'étude du psychisme apparaissent ainsi armées à parler « vrai » à propos de la parole malade dans ce qu'elle est supposée révéler de la pathologie. Le contenu de la parole est appréhendé comme un accès possible aux symptômes contribuant alors à élaborer un diagnostic (une définition de la maladie mentale) qui est une étape nécessaire à la prise en charge du patient par une institution de soins à travers l'application d'une médication et/ou thérapeutique spécifique.

Cependant, dès les années 70/80, certains chercheurs en sciences sociales modifient leur regard sur ce type de données. Ce récent intérêt, soutenu par un mouvement plus large de centralisation de l'attention sur le patient et l'expérience de la maladie dans le champ de la santé mentale et de l'anthropologie/sociologie médicale<sup>115</sup>, a ainsi contribué à ouvrir de nouvelles perspectives de recherche. Ces prises de position récentes, dont je vais exposer les principales tendances<sup>116</sup>, permettent ainsi de nuancer et de critiquer certains travaux, comme ceux de Roe et Ben-Yishai<sup>117</sup>. Ces auteurs supposent en effet que la maladie mentale affecte les capacités de réflexivité du sujet « en menaçant les aspects les

---

<sup>111</sup> Velpry, L., 2008. *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin, p 220.

<sup>112</sup> Ibid.

<sup>113</sup> Foucault, M., 1961. *Folie et Déraillement. Histoire de la folie à l'âge Classique*. Paris : Librairie Plon.

<sup>114</sup> Lenclud, G., 2009. « Être une personne », *Terrain*, n° 52, Maison des Sciences de l'Homme, p 9.

<sup>115</sup> Amstrong, D., 1984. "The patient's View", *Social Science and the Medicine*, 18 (9), 737-744.

<sup>116</sup> Velpry L., 2004. « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. Expérience de la maladie et des prises en charge, et des modes de vies », *Santé mentale, Ville et Violences*, ERES.

<sup>117</sup> Roe, D. et A. Ben-Yishai, 1999. "Exploring the Relationship Between The person And The Disorder Among individuals Hospitalized For Psychosis", *Psychiatry*, 62 (Winter), 370-380.

plus intimes du monde intérieur (pensées, perceptions, raisonnement, sentiments) ». Le sujet mis en péril par la psychose « soumet la personne et l'absorbe »<sup>118</sup>. Cette thèse présuppose ainsi toute parole comme non-interprétable puisque les fondements de ce qui constitue une personne sont remises en cause par la maladie.

Ainsi, deux courants principaux en sciences sociales, et qui s'intéressent à l'expérience vécue du malade à travers la parole du fou, ont émergé. Le premier, au croisement de la sociologie médicale et d'un mouvement institutionnel contemporain, vise à prendre en compte le point de vue du patient sur l'application de dispositifs thérapeutiques auxquels il est soumis. Les discours recueillis auprès des malades sont interprétés par les chercheurs à travers un grille de lecture analytique censée permettre l'accès aux ressentis des patients. Le cadre même d'interprétation qui renvoie à des notions produites par le chercheur soulève des doutes quant à la fiabilité des résultats obtenus<sup>119</sup>. En effet, le vécu des malades, tel qu'il est retraduit, n'est-il pas biaisé dans la mesure où les schèmes de ressentis qui sont censés traduire le point de vue du patient sont elles-mêmes produites par le chercheur?

Un deuxième courant, dit compréhensif, est développé par les anthropologues. Kleinman a ainsi largement contribué à nourrir ce nouveau champ de recherche orienté sur l'étude des prédispositions culturelles de la maladie mentale. Dans cette lignée, l'expérience vécue est appréhendée à travers le point de vue subjectif de la personne<sup>120</sup> ou une approche davantage orientée sur le malade et son environnement<sup>121</sup>. Ces analyses questionnent la particularité de l'expérience de la maladie mentale notamment à travers le récit du patient : Que signifie souffrir d'une psychose ? Comment les acteurs perçoivent leur environnement et se le réapproprient ? La parole, de ce point de vue, permet d'accéder à l'expérience de la maladie et se détache d'une anthropologie critique à travers laquelle le discours du patient vient alimenter une analyse du pouvoir institutionnel. En effet, ces travaux réaffirment, par rapport à l'anthropologie médicale clinique, l'importance de la prise en compte des enjeux sociaux-politiques qui structurent un contexte social spécifique.

Cette revue de la littérature est très certainement incomplète et gagnerait à être enrichie. Elle permet cependant d'évoquer le positionnement des auteurs en sciences sociales sur la parole du fou. Les méthodes d'enquête élaborées à ce sujet renvoient principalement à des outils exploratoires qui nécessitent d'associer le contenu de la parole avec le moment où il est produit (hospitalisation, crise, etc.). Je relève ainsi l'importance d'une mise en relation entre le discours et l'environnement social comme une approche fondamentale de *l'expérience sociale* du malade.

### **Des méthodes d'enquête dites « classiques » à l'étude de la parole du fou?**

Afin de présenter les outils méthodologiques que j'ai utilisés au cours de mon enquête de terrain au sujet de la parole des malades, je m'appuierai sur l'étude de cas d'un patient (M.) dont j'ai fait la connaissance lors de mon premier séjour de recherche (de juillet 2011 à janvier 2012).

**M.** est un jeune homme âgé de 18 ans. Il vit chez sa grande sœur dans le même quartier où j'avais élu domicile lors de mon premier séjour. Il offrait alors de petits services aux habitants du lieu. L'amie qui me logeait l'employait parfois à balayer la cour ou l'aidait à laver le linge moyennant quelques FCFA. Celle-ci, connaissant les raisons pour lesquelles j'effectuais un séjour à Niamey, m'informa rapidement de la condition de M. : « il est fou ». Je sus alors, en m'entretenant avec lui qu'il avait effectué des séjours

<sup>118</sup> Velpry, L., 2008. opus cité

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Estroff, S., 1998. Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond.

<sup>121</sup> Corin, E., 1998. « The thickness of being : intentional worlds, strategies of identity and experience among schizophrenics, *Psychiatry*, 61, 133-146.

Lovell, A., 1997. « "The city is my mother": Narrative of schizophrenia and Homelessness », *American Anthropology*, 99: 2, pp. 355-368.

Martin, E., 2011. Voyage en terres bipolaires. Manie et dépression dans la culture américaine. Paris: Editions Rue d'ULM.

d'hospitalisation au Pavillon E<sup>122</sup>. Les discours des habitants du quartier sur le cas de M. convergent, selon les situations, à le qualifier de « fou » et de « drogué ».

### *Décrire des scènes d'interactions situées*

Nombreux sont ceux qui, au cours de ma recherche, m'ont interrogée sur mes relations avec les malades et sur la nature de nos échanges. Je me suis posée les mêmes questions lorsque j'ai débuté mon terrain d'enquête à l'Hôpital National de Niamey. Le pavillon E fonctionne en effet comme une cellule de crise. Une psychiatrie d'urgence médicamenteuse se pratique au quotidien. Une grande majorité des patients accompagnés de leur famille et/ou des forces de l'ordre arrivent dans un état de souffrance avancée. Ils sont souvent maintenus et contenus par l'entourage avant d'être soumis rapidement à l'injection rituelle de neuroleptique (Modecat)<sup>123</sup>. L'une des missions du service de soins est donc de calmer des comportements transgressifs (actes de violence, troubles à l'ordre public, paroles outrageuses, etc.) qui ne peuvent être maîtrisés par l'entourage.

Aussi, ces situations d'entrée dans l'institution rendent difficiles toutes tentatives d'interaction verbale avec le patient. Une première constatation consiste alors à souligner l'importance de l'observation située pour comprendre l'expérience sociale des malades dans l'institution. Il s'agit dans ce cas de figure de noter avec minutie les acteurs en présence et les types d'interactions (verbales ou non verbales) observés lors de scènes d'entrée dans le Pavillon E. Les observations d'interactions situées ont été ainsi systématisées à diverses scènes de l'hôpital. Ce type de scènes institutionnelles fait l'objet d'une attention particulière dans le travail que Goffman mène sur une institution totale<sup>124</sup>. La parole des patients est alors relevée dans les scènes d'interactions : « le malade : « *Salut, Vieux!* »; l'agent de police : « *Je t'ai vu la nuit dernière (au bal des malades) si t'avais dansé un peu plus longtemps, tu les mettais toutes sur les rotules!* »; le malade : « *Allez, ça va, vieux!* ». Ici pour démontrer les propos « douteux » de la part du personnel dont les malades sont souvent la cible <sup>125</sup>.

Voici un extrait de journal de terrain d'une scène d'entrée à laquelle j'assistais en tant qu'*observatrice engagée*. J'accompagnais la sœur à l'Hôpital National de Niamey lors d'une rechute de son frère.

10/08/2012- 20H30

*Je vois le service et l'hôpital d'un autre œil. De l'extérieur en tant qu'accompagnatrice, et ce, avant même de l'appréhender de l'intérieur (je n'avais pas encore obtenu les autorisations officielles du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour effectuer une enquête à l'Hôpital National de Niamey). (...) Nous rentrons dans l'hôpital sans passer par l'aiguillage (service d'accueil destiné à orienter les patients dans les différents services de l'Hôpital). Nous allons directement au service de psychiatrie. M. a maintenant besoin du soutien physique de sa sœur pour marcher. Nous arrivons au Pavillon E. Nous entrons dans un local ouvert face à la porte de l'entrée principale (salle de soins). En arrivant, tout le monde semble reconnaître M. : le personnel et les malades. Une infirmière vêtue d'une blouse blanche reçoit avec froideur la sœur de M. Elle nous salue du bout des lèvres. Lui s'assied sur une chaise, il est penché vers l'avant : « vous n'avez pas l'ordonnance de la dernière fois ! Ni la feuille de soins ! ». La sœur de M. ne répond pas. L'infirmière de garde, assise à un bureau, fouille alors dans une caisse en carton pour en sortir des produits injectables. Elle prend une seringue qu'elle décachette de son étui plastique et introduit deux doses injectables. Elle se lève, se dirige vers M., le fait lever, puis le pique une première fois sur le haut de la fesse droite. Une autre infirmière arrive, elle montre de la sympathie à l'égard de M. : « M. ! Comment ça va ? ». Elle s'en va. Puis, d'autres personnes de passage le saluent également ou prononcent son nom. M. reste sur la chaise, la bouche ouverte. Il ne répond pas aux sollicitations extérieures. Je regarde la scène de loin. La seconde infirmière revient. Elle dit qu'elle connaît le médicament dont il a besoin. Elle prépare une seconde*

<sup>122</sup> Le Pavillon E, appelé également *cabanon* dans le langage profane, fait figure de référence. Le statut institutionnel de cette unité thérapeutique, son rôle dans l'orientation des politiques de santé mentale et sa place dans l'imaginaire populaire d'un lieu destiné à la claustration des fous, ont constitué des indicateurs déterminants dans le choix de mes investigations *in situ*. Les deux premières étapes de la recherche empirique se basent ainsi sur une ethnographie de ce service de soins.

<sup>123</sup> Le Modecate est un neuroleptique retard couramment utilisé au Pavillon E.

<sup>124</sup> Goffman, E., 1968. *Asiles*. Paris : Minuit.

<sup>125</sup> *Ibid* p 346

piqûre et lui injecte. Elle dit que M. fait une rechute parce qu'il n'a pas pris ses médicaments et qu'il n'est pas venu faire son injection mensuelle. Les deux infirmières le bousculent alors physiquement et lui posent plusieurs questions : « M.! Tu n'es pas venu faire ton injection ? », « Ça va ? », « Ça va ? ». Il répond : « Je ne sais pas, je suis de l'autre côté ».

### **Confiance enquêteur-enquêté et immersion de longue durée**

Une immersion de plusieurs mois sur le terrain d'enquête- *dans* et *hors* des murs de l'institution- a également permis de dépasser les difficultés liées à l'accès à la parole du malade. Comme je l'ai montré, les phases de délires ou de mutismes sont décrites et remises dans leur contexte d'observation. En suivant le parcours de certains malades comme M., il a été possible, à d'autres phases, de procéder à des entretiens ouverts ou semi-directifs. En effet, les récits « délirants » ou « étranges » comme les comportements de replis ne sont généralement pas un état constant d'être<sup>126</sup>. Ils interviennent seulement à certains moments du parcours du malade donc de l'enquête de terrain. Aussi, les rechutes de M., caractérisées par une absence d'expression orale ou un flot ininterrompu- dont les thématiques centrales sont l'argent, la suspicion à l'égard de sa sœur, son désir de voyager - ont fait l'objet, comme nous l'avons montré, d'observations situées : interactions de M. avec son entourage familial, les habitants du quartier, les soignants, les autres malades, etc.

Aussi, la nécessité de se lier sur la longue durée avec les patients est une condition primordiale de l'accès à la parole (observations et entretiens dirigés) et implique aussi, dans ce cas de figure, de sortir de l'institution. En effet, l'une des difficultés majeures que j'ai pu rencontrer sur le terrain concerne l'accès à la parole des malades dans l'institution, non seulement à l'entrée comme je l'ai précédemment souligné mais aussi au cours de la période d'hospitalisation (en moyenne 11 jours). Lorsque je me rendais dans les chambres pour m'entretenir avec le patient et sa famille, la parole malade était souvent contrée/interrompue par les formules suivantes : « *il ne faut pas l'écouter* », « *il raconte n'importe quoi* » ou par des hochements de tête et des soupirs. Ces données permettent d'alimenter une réflexion sur le malade et sa famille mais ont présupposé d'emblée d'investir des relations de plus longue durée. Faire émerger un récit a ainsi supposé de se lier à des malades et des familles pour, *in fine*, dépasser la méfiance des interlocuteurs qui peut préexister à toute situation d'enquête. M. m'avoua par exemple que ses premières difficultés à échanger étaient consécutives de ses appréhensions vis à vis de mon statut : « *je pensais que tu étais de la police* ». Cette assignation n'est pas sans rappeler sa réputation de fumeur de marijuana et les accusations dont il fait l'objet dans son quartier et au Pavillon E. Certains membres du personnel soignant m'ont très fréquemment raconté les suspicions autour de M. à propos de trafics de drogues et de médicaments au sein de l'unité qui se sont concluent parfois par des sanctions de la part de médecins psychiatres formalisées notamment par une exclusion du service au cours d'une période d'hospitalisation.

### **L'étrangeté des récits ?**

De même, les récits de M. (entretiens semi-directifs sur son parcours de soins et plus largement son parcours vie), parfois ponctués d'ellipses ou de passages inopinés d'un sujet à un autre, n'ont pas constitués en soi une entrave à l'interprétation liée à l'expérience sociale de la maladie. Comme le souligne Velpry<sup>127</sup>, ce type de difficultés apparaissent également dans des entretiens dits classiques. Ces récits ont ainsi toujours fait l'objet d'une re-contextualisation et ont été couplés d'entretiens informels où le sujet abordait progressivement des thématiques qui se sont avérées récurrentes- l'exclusion/le stigmate de la folie (« *aujourd'hui ça ne va pas, je suis partie au grand marché et un tablier (commerçant) m'a traité de fou*»), les conflits familiaux (« *avant que tu ne viennes, si je viens manger, elle (sa sœur) cache ça. Si elle a fini de préparer elle ne m'enlève pas pour moi. Maintenant elle me donne* »), les effets des médicaments (« *j'ai besoin de piqûres encore avec l'artane*<sup>128</sup>. *Les piqûres ça me donne de la force avec*

<sup>126</sup> Velpry, L., 2008. opus cité

<sup>127</sup> Ibid.

<sup>128</sup> Médicament-correcteur des effets secondaires des neuroleptiques

*l'artane*»), les relations d'amitiés entretenues à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. De même, le suivi de ses activités au quotidien, dans les différentes sphères sociales fréquentées venaient compléter ces échanges. Aussi, l'intérêt de ces récits ne me semble pas résider dans la cohérence des propos tenus par le sujet mais dans la structuration même du discours resitué dans un contexte situationnel et inclus dans un environnement social plus large. Par exemple, lors d'un entretien en tête à tête, M. raconte sa première hospitalisation comme suit : « *on m'a fait une piqûre et je suis devenu normal* ». La dimension normative impliquée par les relations sociales qu'il entretient avec son environnement sont ici clairement visibles.

### ***Douter des informations recueillies?***

Faut-il douter du récit? Comme je l'ai montré, les entretiens avec les malades peuvent constituer une source d'informations sur leur histoire. Sans considération de la chronologie des événements passés. Ces récits mettent en exergue les faits marquants pour lesquels ne se posent pas la question de la « vérité ». Voici un extrait d'entretien avec M. où il est question de son parcours de vie : « *Avant la maladie je travaille. Puis, je suis en train de danser (il rit - il évoque à ce moment la venue de la maladie -), j'étais chez ma sœur quand je suis tombé malade, on m'a amené à l'hôpital. Je ne mangeais même pas. Je suis resté à l'hôpital. C'est le froid qui m'a fait revenir (évoque les fugues du Pavillon E). Je dors chez M. (boutiquier du quartier)*».

Mais il s'agit aussi de reconstituer les faits tels qu'ils se sont déroulés dans le temps afin d'étudier notamment la trajectoire de soins du malade. Aussi, le récit, comme tout autre récit d'acteurs, doit à mon sens faire l'objet de diverses vérifications à travers sa mise en parallèle avec d'autres récits d'acteurs (principalement l'entourage mais aussi les soignants)<sup>129</sup>. L'étude de cas de Mohammed est également représentative des dispositions mises en œuvre au cours de mon enquête de terrain. L'accès autorisé par le personnel hospitalier aux dossiers médicaux des patients m'a permis de reconstituer son parcours de soins au sein de l'institution. Ces périodes d'hospitalisation ont été également commentées par le personnel soignant: médecins, infirmières, gardiens, vigiles, etc. Ces entretiens étaient alors l'occasion d'aborder leurs relations différenciées à M. (la manière dont il est perçu, dont ont été appréhendée(s) les diverses sanctions ou prise(s) en charge à son égard) ainsi que le contenu comparé des diverses hospitalisations (notamment l'implication de sa famille). D'autre part, l'immersion prolongée, auprès de M. et de sa sœur, a permis de reconstruire l'ensemble de son réseau social (membres de sa famille, commerçants et habitants du quartier, amis, etc.). Les entretiens formels et informels avec ces différents acteurs ont alors permis de reconstruire, au plus près, le parcours de vie de M. en systématisant les mises en comparaison des dates et des événements décrits nourrissant ainsi les récits du malade.

La démarche inductive préconisée témoigne d'un apport significatif de la parole du sujet atteint de troubles mentaux dans l'étude de l'expérience sociale de la maladie mentale, non seulement à travers l'observation de co-présences et d'interactions situées mais aussi de récits qui donnent sens aux événements, quotidiens et passés, par la construction et re-construction d'une trajectoire sociale. Comme je l'ai souligné à travers différents exemples issus de mon terrain d'enquête, ces discours doivent à mon sens faire l'objet d'une mise en contexte plus générale que celle d'un service de soins au risque de réduire l'expérience sociale du malade à l'institution publique<sup>130</sup>. Cette tonalité est d'autant plus pertinente dans ce contexte. Les malades et leur famille évoluent dans la recherche de soins, à travers différentes thérapeutiques constitutives du marché de la santé en contexte urbain<sup>131</sup>. Cette visée se base sur deux présupposés: celles que les dynamiques organisationnelles observées au Pavillon E dépendent de cet environnement social mais aussi que les conditions sociales de l'expérience de la souffrance psychique soient alors plus clairement révélées puisque la quête *pour guérir* constitue une des dimensions importantes de l'expérience du malade et de sa famille.

---

<sup>129</sup> Olivier De Sardan, J.P., 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruyland.

<sup>130</sup> Velpry, L., 2008. opus cité

<sup>131</sup> Fassin, D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: Presses Universitaires de France.

## En guise de conclusion : l'éthique du chercheur au prisme du handicap

Ainsi, j'ai tenté de démontrer que les outils dits classiques de recueil de données que j'ai utilisés permettent de dépasser les difficultés d'enquête liées à la parole du malade. La production de méthodes adaptatives à cette population aurait à mon sens contribué à renforcer les stigmates auxquels ces acteurs sont déjà confrontés quotidiennement. J'entends plutôt parler ici d'une posture d'enquête *modélée* au terrain qui est investi.

*In fine*, l'enjeu réside il me semble dans l'attitude que le chercheur adopte face à des acteurs dont l'identité même de personne est remise en question. Je pense qu'il est nécessaire de les considérer comme telle en présupposant une réciprocité d'échanges (que j'ai d'ailleurs démontré à travers l'étude de cas de M.). Ce travail de terrain témoigne des possibles en termes de communications. A ce propos, Lenclud, dans un article intitulé « Être une personne »<sup>132</sup>, avance le principe de réciprocité comme postulat de base à toute relation d'enquête : « Qu'est-ce qu'un rapport personnel? C'est le rapport entre deux êtres qui réciproquent. Chacun retourne à l'autre la perspective prise à son égard, laquelle n'implique aucunement qu'ils nourrissent les mêmes pensées ou les mêmes sentiments »<sup>133</sup>. Il a bien fallu, selon lui, que les anthropologues traitent les enquêtés en personnes pour qu'elles le deviennent et d'autre part, que les enquêtés réciproquent en considérant également ces étrangers comme des personnes. Ce principe d'interaction basé sur l'idée d'une réciprocité de perception (la raison) est fondamental, puisque, même si G. Lenclud présuppose que la réciprocité est fondée sur la rationalité supposée des acteurs en présence- ce qui ne résout pas l'irrationalité prétendue des fous- il suppose cependant que la relation est une prédisposition nécessaire à l'acception d'un être comme une personne dès lors que ce principe est partagé par les co-présents. « Quelle étrange enquête », nous dit-il que « celle conduite auprès d'hommes estimés irrationnels, non-réflexifs et donc non-interprétables ! »<sup>134</sup>.

Dans mes travaux, j'ai pris le parti d'interagir avec des personnes en posant l'hypothèse que ces acteurs ont de bonnes raisons de dire ce qu'ils disent et de faire ce qu'ils font<sup>135</sup>. En ce sens, j'accorde une attention particulière à l'*agency* de ces acteurs au sein du contexte dans lequel ils évoluent. J'évoquerai ainsi pour terminer des scènes journalières observées au Pavillon E de malades dits « chroniques » (considérés comme les plus atteints par la maladie et cumulant aussi le stigmate de l'abandon familial). Ces derniers, permanents dans les lieux, reçoivent des soins (une injection mensuelle) et sont reclus dans les chambres les plus rudimentaires du service. J'ai pu mener des entretiens ouverts avec certains d'entre eux, d'autres, dont le comportement était mutique ou plus absent ne pouvaient visiblement répondre à mes sollicitations. Je me suis alors intéressée progressivement à ce qu'ils faisaient de ce quotidien. J'ai pu observer des formes d'entraide propres à cette catégorie de malades (certains d'entre eux sont prédisposés à certaines tâches comme apporter la nourriture servie par l'hôpital aux autres malades chroniques, laver les tasses, etc.), des stratégies de captation de biens matériels auxquels certains s'emploient une partie de la journée et des formes de professionnalisation au sein de l'unité thérapeutique (petits services aux soignants, aide à l'entretien physique d'autres malades, etc.). Ainsi, les matériaux recueillis à partir d'observations situées sont surprenants. Ils constituent une base très riche à l'analyse de l'expérience de la maladie mentale et permettent de dépasser ainsi les préjugés (scientifiques) liés à cette population.

## Bibliographie

AMSTRONG, D., 1984. "The patient's View", *Social Science and the Medecine*, 18 (9), 737-744.

COMAROFF, J. et J.L., 1992. « Le fou et le migrant. Travail et peine dans la conscience historique d'un

<sup>132</sup> LENCLUD, G., 2009. « Être une personne », *Terrain*, n° 52, Maison des Sciences de l'Homme.

<sup>133</sup> Ibid, p 17

<sup>134</sup> Ibid

<sup>135</sup> LENCLUD, G., 1990. « Vues de l'esprit, art de l'autre. Ethnologie et les croyances en pays de savoir », *Terrain*, 14.

- peuple sud-africain », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 94, p 41.A.
- CORIN, E., 1998. « The thickness of being : intentional worlds, strategies of identity and experience among schizophrenics, *Psychiatry*, 61, 133-146.
- ESTROFF, S., 1998. *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond.
- FOUCAULT, M., 1961. *Folie et Déraison. Histoire de la folie à l'âge Classique*. Paris : Librairie Plon.
- GOFFMAN, E., 1968. *Asiles*. Paris : Minuit.
- LENCLUD, G., 1990. « Vues de l'esprit, art de l'autre. L'ethnologie et les croyances en pays de savoir », *Terrain*, 14
- LENCLUD, G., 2009. « Etre une personne », *Terrain*, n° 52, Maison des Sciences de l'Homme, p 9.
- LOVELL, A., 1997. « "The city is my mother": Narrative of schizophrenia and Homelessness », *American Anthropology*, 99: 2, pp. 355-368.
- MARTIN, E., 2011. *Voyage en terres bipolaires. Manie et dépression dans la culture américaine*. Paris: Editions Rue d'ULM.
- MARY, A., 2000. « Conversion et conversation. Les paradoxes de l'entreprise missionnaire », *Cahiers d'Études Africaines*, n° 160
- OLIVIER DE SARDAN, J.P., 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant.
- ROE, D. et A. BEN-YISHAI, 1999. "Exploring the Relationship Between The person And The Disorder Among individuals Hospitalized For Psychosis", *Psychiatry*, 62 (Winter), 370-380.
- VELPRY, L., 2004. « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. Expérience de la maladie et des prises en charge, et des modes de vies », *Santé mentale, Ville et Violences*, ERES.
- VELPRY, L., 2008. *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin, p 220.



## Penser les réponses de santé à partir du territoire

*Yves Pillant.*

### Centralisme et territoires

Il y a longtemps que l'administration centrale sait que développer des réponses pertinentes avec pour hypothèse qu'elles fonctionneraient de façon efficace sur l'ensemble du territoire est une illusion. Aussi, dès 1970, la loi hospitalière a donné lieu à la production d'une « carte sanitaire ». « *La carte sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :*

1° *Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;*

2° *Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des institutions comportant ou non des possibilités d'hospitalisation nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ».*

Dans la continuité de l'organisation napoléonienne (17 février 1800), un pouvoir décide une déconcentration de ses prérogatives sur des espaces qu'il définit. Cette logique descendante fait des espaces aux limites fixées et figées (commune, canton, département) le terrain où s'applique ses décisions. Cette structuration par le haut tant de l'espace géographique que d'une politique de santé permet de produire une carte sanitaire qui planifie l'offre et en répartit les moyens.

Mais « la carte n'est pas le territoire »<sup>136</sup>, le territoire vécu, habité, pratiqué par le vivant. Le vivant interagit avec son espace, transforme les obstacles en opportunités, le modifie selon des besoins tandis que l'espace impose ses réalités physiques et l'influence dans sa quotidienneté<sup>137</sup>. La territorialité est la qualité d'un espace géographique entendu comme « l'ensemble des relations qu'une société entretient non seulement avec elle-même, mais encore avec l'extériorité<sup>138</sup> et l'altérité<sup>139</sup>, à l'aide de médiateurs<sup>140</sup> pour satisfaire ses besoins, dans la perspective d'acquérir la plus grande autonomie possible compte tenu des ressources du système »<sup>141</sup>. Les réalités physiques, anthropologiques, sociologiques, économiques d'un territoire animent des régulations entre les vivants qui l'habitent, ceux-ci produisant en miroir des procédures régulant ces agencements systémiques. Cet effet de boucle rend le territoire capable d'auto-organisation, lieu de « valeurs du lieu »<sup>142</sup>, porteur de pratiques émergentes, terreau de transformations endogènes et producteur des limites. Bref l'espace nous préexiste, le territoire se produit.

La conception d'une modernisation de l'Etat envisagée par Michel Rocard dans les années 1990 prend en compte cette dimension du territoire productrice de singularités et de territoire, celui-ci ajustant ses limites au fil des réponses aux besoins sans cesse en évolution. La loi « Hôpital, patient, santé, territoire »<sup>143</sup> de juillet 2009 (HPST) est dans cette perspective d'une combinaison plus forte et dynamique entre une logique descendante et une logique émergente. Toutefois les acteurs de cette réforme, souvent très formatés par l'approche jacobine, ont des difficultés à s'appropriier l'intégralité de cette perspective. D'où ce constat de maints spécialistes : « aujourd'hui, le territoire est une notion connue, mais il n'est pas certain que son sens, et plus encore son utilité, soient clairement perçus. »<sup>144</sup> L'objectif de cette communication est de préciser les dimensions que recoupe une approche qui choisit le

<sup>136</sup> Aphorisme attribué à Alfred Korzybski (1879 - 1950)

<sup>137</sup> La quotidienneté « est le lieu dans lequel nous nous approprions les choses mais le lieu aussi, dans lequel nous sommes appropriés par les choses » (Raffestin, 1982).

<sup>138</sup> L'environnement physique.

<sup>139</sup> L'environnement social.

<sup>140</sup> La perception, comme toute élaboration, renvoie à une invisibilité des codes de référence.

<sup>141</sup> Raffestin C., 1997

<sup>142</sup> «Un système familial [est] un ensemble de familles échangeant des conjoints sur un territoire : son inscription dans l'espace est aussi important que son rapport au temps. Les règles qui guident son fonctionnement – égalité, inégalité ou liberté testamentaire des règles d'héritage, préférence pour ou refus d'une cohabitation des générations adultes – expriment les **valeurs du lieu**, non celles de telle ou telle famille. » Todd Emmanuel et Le Bras Hervé, *Le mystère français*, Seuil, 2013. p.43-44

<sup>143</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>144</sup> Article « *Territoire et santé* ». Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas de Calais. 2010. p. 1

territoire comme entrée<sup>145</sup> pour penser l'offre de santé.

### La logique descendante et distributive

Cette logique est une volonté politique indispensable pour une analyse objective des besoins et une répartition juste des moyens. Toute la vertu de l'approche républicaine française est contenue dans ce souci d'une juste équité des moyens sur l'ensemble du territoire français.

Mais cette orientation est souvent pensée dans une approche qui instrumentalise le territoire : une action publique pensée homogène se territorialise faisant du territoire un simple champ applicatif. Par exemple dans une formule du type : « se servir du territoire comme d'un outil pour organiser une répartition équitable des ressources et intervenir sur les inégalités géographiques. »<sup>146</sup> L'application de la géométrie orthogonale à la géographie française relevait déjà de cette logique.<sup>147</sup>

Mais cette vision technocratique, géométriquement simpliste - du sommet vers une base divisée en parcelles égales -, est en réalité bien plus dialectisée qu'il n'y paraît. Tout d'abord l'analyse des besoins ne peut se passer d'une proximité dynamique avec la population car il ne s'agit pas seulement d'une expertise statistique et neutre ; les modes de vie, les représentations activées, les peurs et croyances implicites et le flux des personnes lié à la migration naturelle sont autant d'aspects qui exigent une approche anthropologique qui sollicite une expression des habitants eux-mêmes. Le savoir d'expert (en épidémiologie par exemple) ne peut ici que se rendre hybride avec une expression profane<sup>148</sup> des habitants.

De plus l'analyse porte sur une circulation entre espaces géographiques qui oblige à différencier zones d'observation (observation des besoins, des comportements, des disparités) et zones d'action (organisation opérationnelle des réponses de santé), la zone d'observation recoupant plusieurs zones d'action. Le choix de l'échelle est une constante préoccupation de l'action publique pour repérer des espaces différents où s'invente une articulation pertinente entre espaces d'observation, espace d'action et lieux d'élaboration de la décision politique. Bref quelles que soient les velléités organisationnelles d'un pouvoir centralisé, l'appréhension des systèmes de santé convoquent à une double conversion :

- savoir prendre en compte des aspects hétérogènes et donc abandonner une conception stable et monocoherente des diagnostics et réponses à promouvoir ;
- secondement, assumer une complexification de l'approche unilatérale et descendante même lorsque celle-ci se pense uniquement en termes de territorialisation de l'action publique.

### La logique émergente et contributive

Un territoire ne peut être considéré comme le simple objet sur lequel s'applique ce qui se décide sans lui. Aussi la logique émergente considère le territoire et ses membres comme les premiers acteurs contributifs de la politique de santé. La puissance publique le sait mais elle aura tendance à parler de logique ascendante comme si elle pouvait encore exercer un pouvoir à cet endroit. Le terme ascendant<sup>149</sup> traduit une activité volontaire. Or ce qui émerge ne dépend d'aucun acteur ; quelque chose se produit ou ne se produit pas. Non pas que l'action humaine n'ait pas à voir avec l'efficacité attendue mais cette action n'est pas décidable au sens qu'elle relèverait d'une volonté explicite d'acteurs. La mobilisation d'habitants pour organiser une réponse ponctuelle, l'organisation de familles pour se soutenir face à des difficultés partagées, l'initiative d'une association pour faire de la prévention, autant d'actions non planifiables puisqu'elles relèvent de ce que les réalités provoquent comme auto-organisation d'acteurs capables de réactions novatrices et adaptées à leur environnement. La non décidabilité des initiatives d'habitants d'un territoire instille trop d'incertitude dans un système qui aspire à la maîtrise. On saisit ici combien, pour une administration publique, afficher sa volonté de partir du territoire pour organiser

<sup>145</sup> Dans l'ensemble de cette communication la notion d'entrée renvoie à une fonction logique où un choix est posé pour initier un raisonnement.

<sup>146</sup> Article « *Territoire et santé* ». Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas de Calais. 2010. p. 4

<sup>147</sup> Voir Annexe 1.

<sup>148</sup> Sur ce croisement des savoirs, voir Callon Michel et autres. *Agir dans un monde incertain*. Seuil 2001

<sup>149</sup> « *Bottom-up* »

l'offre de soins réclame d'accepter d'introduire du paradoxe dans sa démarche.

Seul un travail d'ingénierie nouveau doit ici trouver les moyens de repérer les ressources des différents secteurs, de valoriser les acteurs de la société civile du territoire, d'identifier les dynamiques d'acteurs et si possible de les soutenir pour qu'un maximum d'actions oriente les initiatives privées et publiques dans une synergie efficiente. L'ingénierie ne peut, elle non plus, se placer dans la maîtrise et l'assurance de la production. Elle n'anime pas une coordination hiérarchique mais a une fonction interstitielle qui favorise les conditions de cette émergence. Dans cette approche, les personnes qui vivent une situation sont considérées comme les connaisseurs de la situation. Et plus l'appropriation de ce qui les concerne se fait et plus le processus de changement est à l'œuvre (ce qu'Aristote ou Castoriadis nomment praxis). Seule cette praxis invite les acteurs non spécialisés à une dynamique contributive.

Ce choix éthique prend le contrepied des pratiques bureaucratiques que l'on peut résumer ainsi : « Les décideurs préfèrent (...) mettre en œuvre des dispositifs pour les populations et non avec elles parce que malgré tout ce qui est dit, les populations défavorisées sont profondément considérées par les autres comme incapables de participer à la solution des problèmes dont elles sont victimes »<sup>150</sup>. L'ingénierie sociale, au-delà des méthodes qu'elle invente, sait que « faire société ne peut se réduire à penser d'en haut la satisfaction des besoins et le traitement des problèmes (...), sans que soit reconnue la capacité de tout individu à être acteur des projets qui le concernent ni sans que soit reconnue l'interaction population / environnement »<sup>151</sup>.

Pour l'administration, c'est une approche nouvelle que d'apprendre à combiner la logique descendante et applicative avec la contribution des forces et actions émergentes propres au territoire. Cette combinaison prend forme dans un **projet de territoire** et sollicite d'importantes compétences en ingénierie sociale.

### Le parcours du patient en projet

C'est dans cette approche par projet que le patient est totalement envisagé comme pleinement acteur de son soin dans le rapport à sa vie, exprimant ses attentes, s'envisageant lui-même dans un projet de vie qui accorde à la santé la place qu'il lui donne. Le patient n'est pas l'objet d'une place mais toujours le producteur d'un parcours.

La diminution de la durée des séjours à l'hôpital et le développement des logiques ambulatoires<sup>152</sup> recourent la demande des patients de rester à leur domicile, parfois entourés des leurs<sup>153</sup>. Ceci demande une offre de soins qui se déplace auprès du malade (« équipes mobiles » de l'hôpital incluses), offre dont la continuité doit être assurée comme dans le cadre d'un établissement<sup>154</sup> ; à une mobilité qui allait du domicile vers l'établissement spécialisé succède un mouvement inverse qui mobilise des compétences au plus près de la situation du patient.

Les compétences diverses que l'établissement réunissait (médecin, infirmière, kiné, cadre de vie, restauration, etc.) sont alors dispersées dans l'environnement du patient. Diversité de services et dispersion géographique sont les deux dimensions qu'il faut parvenir à coordonner au domicile de la personne. Ceci réclame d'abord tant des professionnels de santé que des habitants d'avoir la connaissance des ressources présentes autour du domicile : hospitalisation à domicile, service de soins infirmiers à domicile, aide ménagère, portage de repas, service d'accompagnement à la vie sociale, etc.

Bien sûr l'analyse des ressources doit prendre tout autant en compte l'entourage du patient et ses aidants naturels. En effet ces aidants ont un rôle essentiel dans les dispositifs ouverts ici envisagés. Ils assurent certaines tâches (prise médicamenteuse par exemple) et contribuent pleinement à la continuité des soins. L'entourage acquiert ainsi des compétences qui doivent être soutenues par les professionnels de santé.

---

<sup>150</sup> Pouillard Fernande, conseillère technique DDASS. Citée par Mondolfo Philip. *Conduire le développement social*. Dunod, 2005. p.88

<sup>151</sup> Bernoux J-F, *Mettre en œuvre le développement social territorial*. Ed Dunod, 2005

<sup>152</sup> Les soins ou interventions réalisables en «ambulatoire» dans le cadre d'une hospitalisation de jour, correspondent aux actes médicaux ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, et permettant de rentrer chez soi le jour même de l'intervention.

<sup>153</sup> Cette orientation se développe fortement auprès des personnes âgées.

<sup>154</sup> Chapitre V : « Continuité des soins en médecine ambulatoire. Article L. 6315-1. : La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. »

A cette première condition d'identification et de repérage des ressources s'ajoute la compréhension des parcours suivis par les personnes ayant des difficultés de santé : après une hospitalisation, la personne part en Centre de rééducation puis rentre à son domicile, une transition étant assurée par un Service de soins infirmiers. La compréhension des différents parcours offre une lecture de la mise en projet des individus quant aux réponses de santé. C'est cette lecture du trajet du patient qui permet d'élucider plusieurs scénarios pour étayer une étude des besoins qui ne part pas seulement d'une vision macroscopique des problèmes mais de la réalité vécue par les habitants concernés.

## Le choix du territoire comme entrée et les moyens appropriés

La structuration d'une offre de soins pensée d'en haut est nécessaire mais, au regard des réalités d'un territoire, paraît bien insuffisante. Le territoire, au sens fort de ce que nous avons indiqué, permet de développer un projet de santé qui combine structuration administrée de l'offre, synergie des acteurs en présence et parcours possibles du patient.

La cohérence avec cette entrée territoire passe par plusieurs moyens à développer. En voici quelques uns :

- Tout d'abord, puisqu'il s'agit d'une action territoriale, il convient de développer tous les réseaux et les partenariats entre acteurs. Les « réseaux de santé » qui invitent à une mutualisation élargie des moyens médicaux et paramédicaux d'un territoire doivent être encouragés par un appui technique et financier. La loi HPST initie une coopération entre professionnels de santé<sup>155</sup>.
- Mais, comme on l'a dit, la mobilisation des acteurs de la société civile et des habitants eux-mêmes est complémentaire de la mise en réseau des professionnels de santé. Un Conseil Local de Santé peut, à l'initiative de la Commune, regrouper professionnels, élus et habitants pour assurer une bonne connaissance entre acteurs (facteur de synergie) et orienter des priorités veillant à prendre en compte les difficultés de santé qui surgissent sur le territoire<sup>156</sup>. Ce type de Conseil existe au Brésil en étant composé pour un quart des élus et décideurs financeurs, un autre quart des professionnels de santé, et pour la moitié, des Associations et représentants des habitants<sup>157</sup>.
- La loi HPST institue à juste titre des « conférences de territoire »<sup>158</sup>. Celles-ci peuvent pleinement développer une prise en compte des réalités d'un territoire, de ses acteurs et de ses patients. Ces conférences sont alors une occasion d'un « diagnostic partagé » produit par les acteurs de terrain en dialogue avec l'Agence Régionale de Santé. Les Conseils Locaux de Santé y ont bien sûr toute leur place. L'ingénierie sociale peut ici apporter ses pratiques pour qu'une « démocratie dialogique »<sup>159</sup> entre experts et profanes inventent des modalités de travail adéquates à cette ambition. Encore faut-il que le « décentrement » et la « conversion » de l'action publique dont nous avons parlé soient réels.
- Un recensement des ressources d'un territoire doit donner lieu à une cartographie<sup>160</sup> accessible à tous les acteurs, des décideurs jusqu'aux patients et leur entourage. Différentes cartes couvrent ainsi les diverses strates d'acteurs : les établissements de santé, les médecins privés, les professionnels du paramédical, les établissements et services du médico-social, les associations œuvrant en prévention auprès des habitants, les services d'aide à domicile, les propositions d'activités sociales<sup>161</sup>. Ces cartes doivent être interactives afin que les acteurs fassent évoluer les informations et enrichissent les données disponibles.
- Enfin il faut trouver comment produire des réponses de santé au plus près des besoins d'un territoire. Pour cela les acteurs professionnels du territoire, de par leur contact avec l'expression d'une population,

<sup>155</sup> Article 51 : « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. »

<sup>156</sup> Exemple : l'importance des problèmes de saturnisme sur tel ou tel arrondissement de Marseille.

<sup>157</sup> En France le Conseil de Santé mentale est un bon exemple de ce mode de fonctionnement. Il relève actuellement d'un cadre réglementaire incitatif.

<sup>158</sup> Décret 2010-347 du 31 mars 2010. Loi HPST, Article L. 1434-17. « Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. »

<sup>159</sup> Callon Michel et autres. *Agir dans un monde incertain*. Seuil 2001.

<sup>160</sup> Système d'Informations Géographiques : un logiciel SIG est un système de gestion de bases de données géo localisées qui comprend une ou plusieurs couches géographiques qui peuvent entretenir des relations entre elles, être croisées, interrogées.

<sup>161</sup> Voir Annexe 2.

doivent se mettre en initiative pour proposer à la puissance publique des projets adaptés et proportionnés. Mais au moment même où la loi HPST veut prendre en compte le territoire, elle retire cette possibilité aux acteurs de terrain pour donner l'initiative à l'Agence Régionale de Santé. C'est certainement la plus grande contradiction de cette loi et la meilleure trace de ce qui a été affirmé sur la difficulté de décentrement des décideurs d'une politique de santé.

Soulignons, pour terminer, qu'il vient à l'esprit de beaucoup d'acteurs, publics ou privés, que la mise en place d'une plate forme de coordination serait un moyen adéquat pour organiser l'offre de santé d'un territoire. C'est à nouveau ne pas faire cas des aspects hétérogènes qui se conjuguent de façon non décidable. L'animation des dimensions que nous avons repérées (structuration de l'offre, mobilisation des acteurs du territoire, parcours des patients) relève d'actions interstitielles qui mettent en lien et mobilisent autour d'un projet de territoire co-construit et en évolution. Vouloir créer une strate supplémentaire qui combinerait volontairement les acteurs ramènerait une verticalité là où l'horizontalité peut faire ses preuves.

## Conclusion

Une logique descendante est indispensable à une politique de santé et la perspective développée ici ne cherche pas à la relativiser ; interroger cette logique n'est pas une tentative supplémentaire du néolibéralisme pour déréguler l'initiative de l'Etat au profit d'acteurs privés en quête de profits...

La loi HPST témoigne d'une volonté affichée de l'administration française de choisir l'entrée territoire pour que la politique de santé soit la plus adaptée aux besoins de sa population. Mais cette option acquiert sa pertinence à hauteur d'une condition : que la logique jacobine et interventionniste se décentre suffisamment pour prendre en compte une réalité qu'elle ne maîtrise pas, celle des acteurs qui forment et conforment le territoire. Seule une synergie des acteurs de terrain, couplée à l'action publique, a des chances d'optimiser l'offre de soins dans un projet de territoire dont les pouvoirs publics ne peuvent revendiquer la maîtrise. **L'ingénierie d'un projet de territoire est ainsi une ingéniosité combinatoire d'une structuration planifiée de l'offre de soins avec tous les acteurs du territoire dans la promotion des parcours possibles du patient.**

## Bibliographie

BERNOUX Jean-François, *Mettre en œuvre le développement social territorial*. Ed Dunod 2005

CALLON Michel et autres. *Agir dans un monde incertain*. Seuil 2001.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

RAFFESTIN Claude, « Réinventer l'hospitalité » in *Communications*, n°65, Paris, 1997. p.165-177.

TODD Emmanuel et LE BRAS Hervé, *Le mystère français*, Seuil 2013.

-----  
Article « *Territoire et santé* ». Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas de Calais. 2010. p. 1

## Annexes

### ANNEXE 1 <sup>162</sup>

Le 7 septembre 1789, l'abbé [Sieyès](#) propose à l'[Assemblée nationale](#) l'élaboration d'un plan de

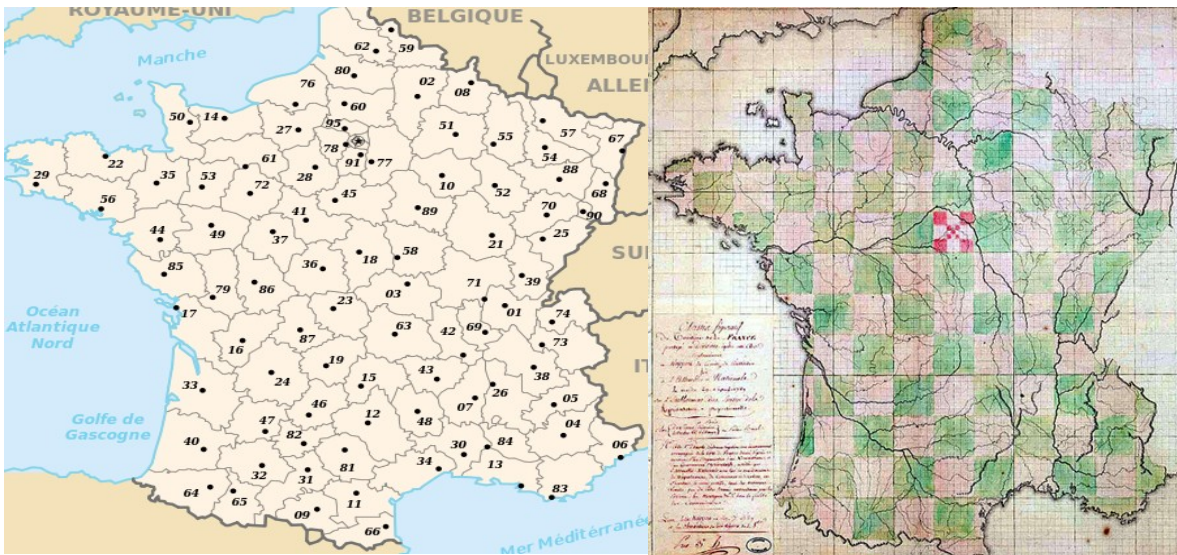
<sup>162</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\\_des\\_d%C3%A9partements\\_fran%C3%A7ais](http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_des_d%C3%A9partements_fran%C3%A7ais)

réorganisation administrative du royaume. Un comité, dont [Thouret](#) est rapporteur, élabore un premier projet qui sera rapporté à l'Assemblée le 29 septembre et qui se borne d'ailleurs à l'organisation de la représentation électorale.

Le projet est purement géométrique : on découperait le territoire en 80 départements carrés de 18 lieues sur 18, chacun divisé en 9 « communes » carrées, elles-mêmes divisées en 9 « cantons » également carrés ; Paris serait traité à part et constituerait un 81<sup>e</sup> département. Le projet s'inspire de près de travaux de [Robert de Hesselin](#), géographe du Roi, publiés en 1780.

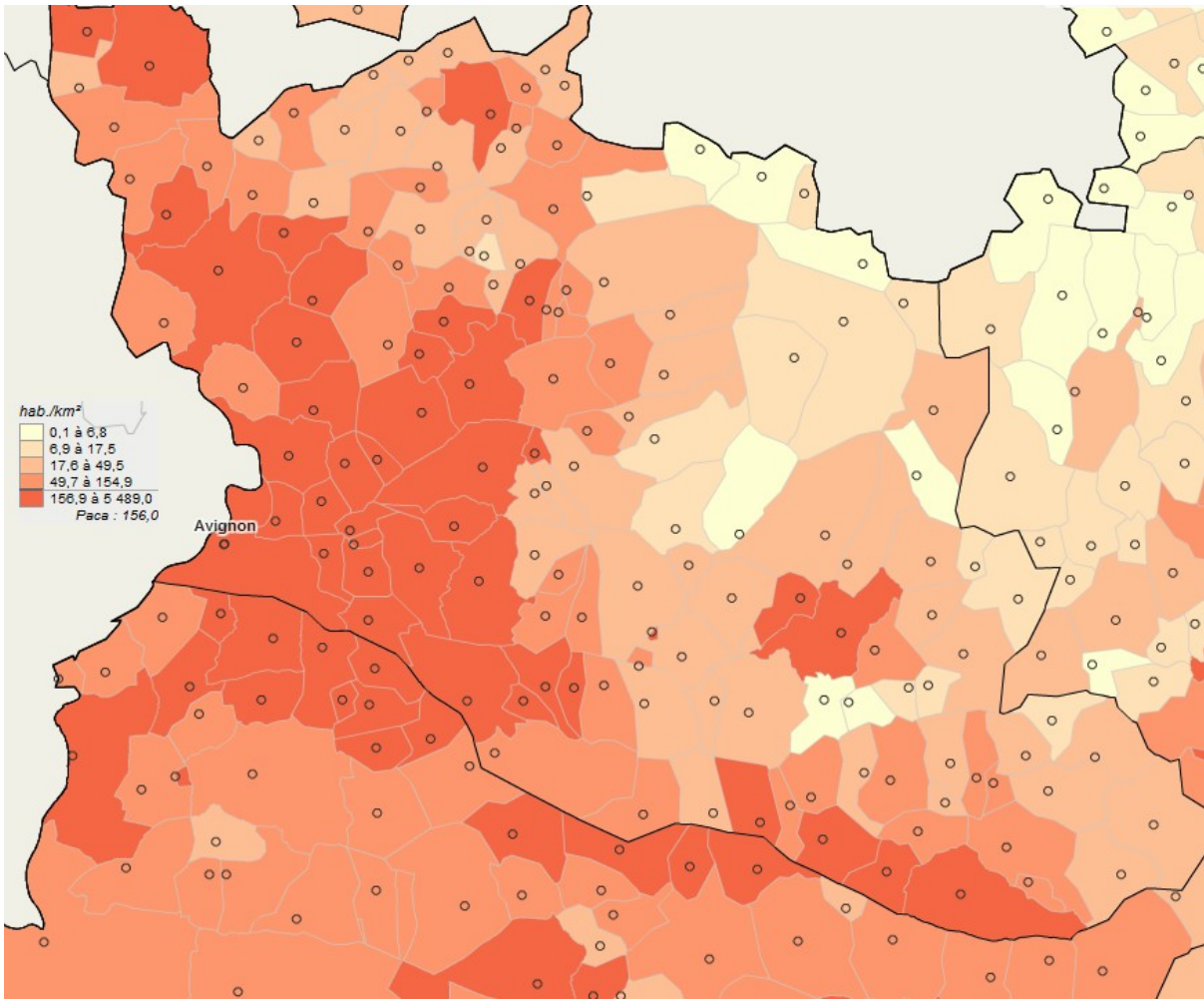
La proposition géométrique du Comité Sieyès-Thouret

Dès le 11 novembre 1789, l'[Assemblée nationale constituante](#) adopte le découpage en départements.

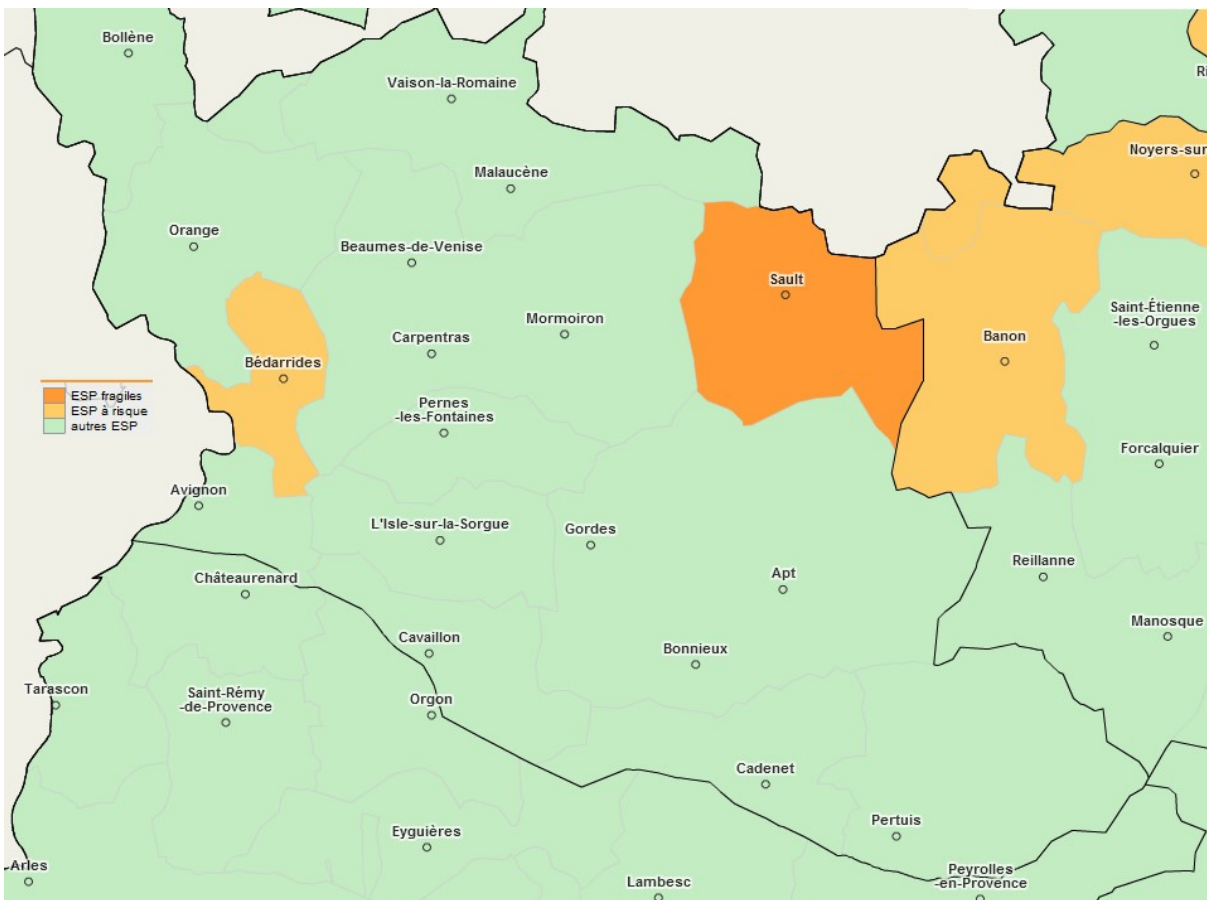


## ANNEXE 2

Densité habitants sur le Vaucluse

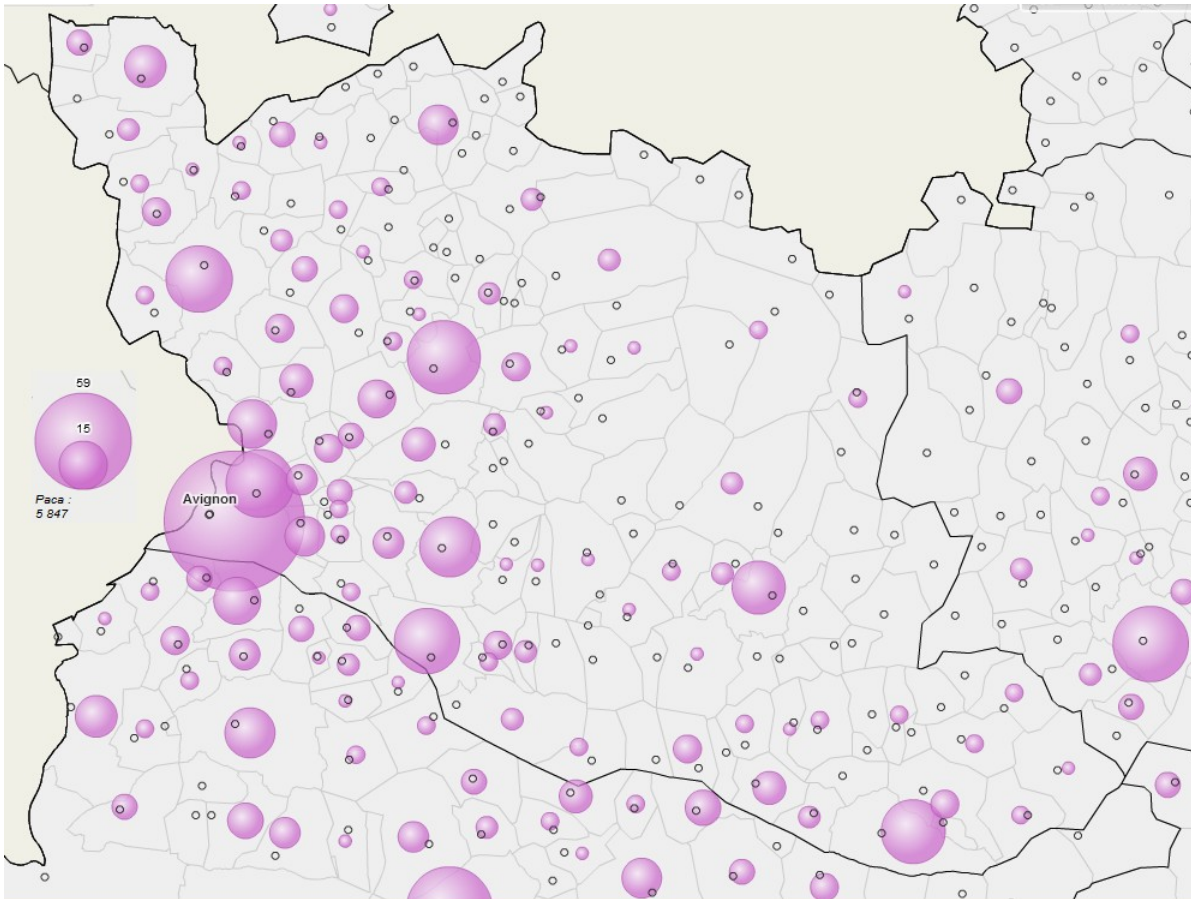


Espace de santé (fragiles = orange et à risques = jaune)

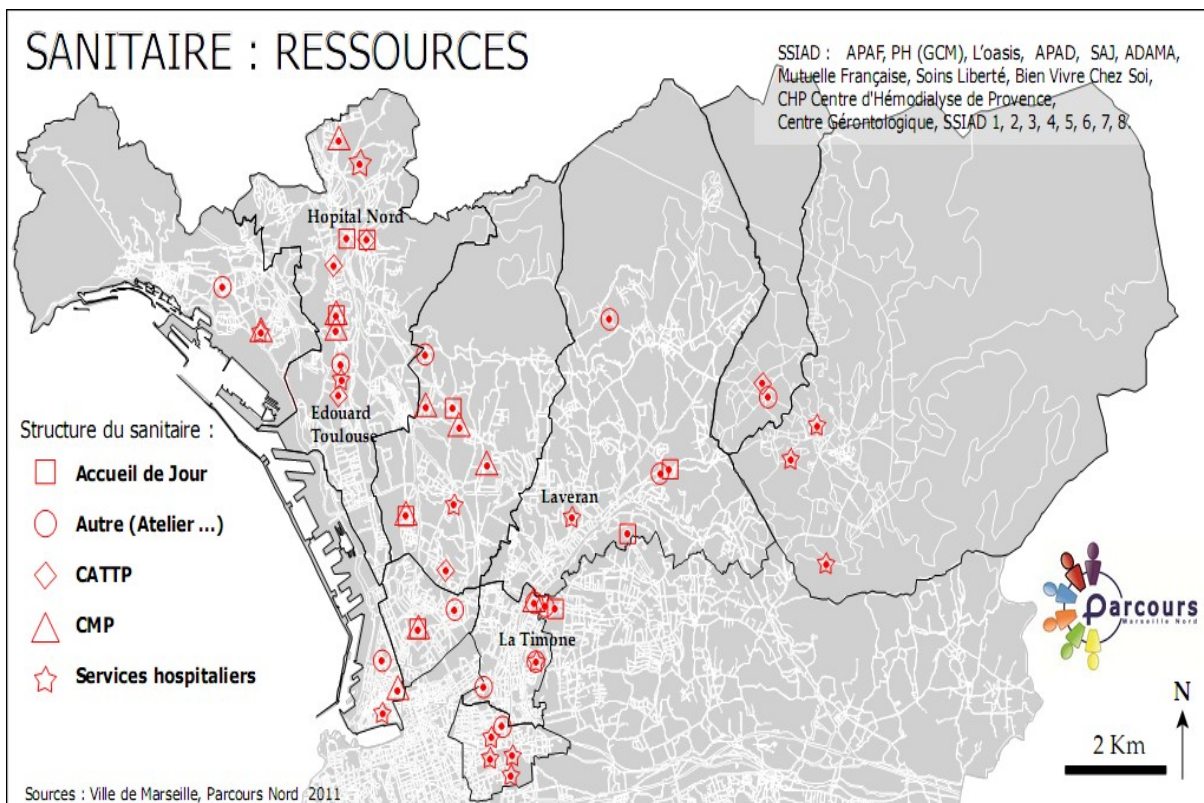




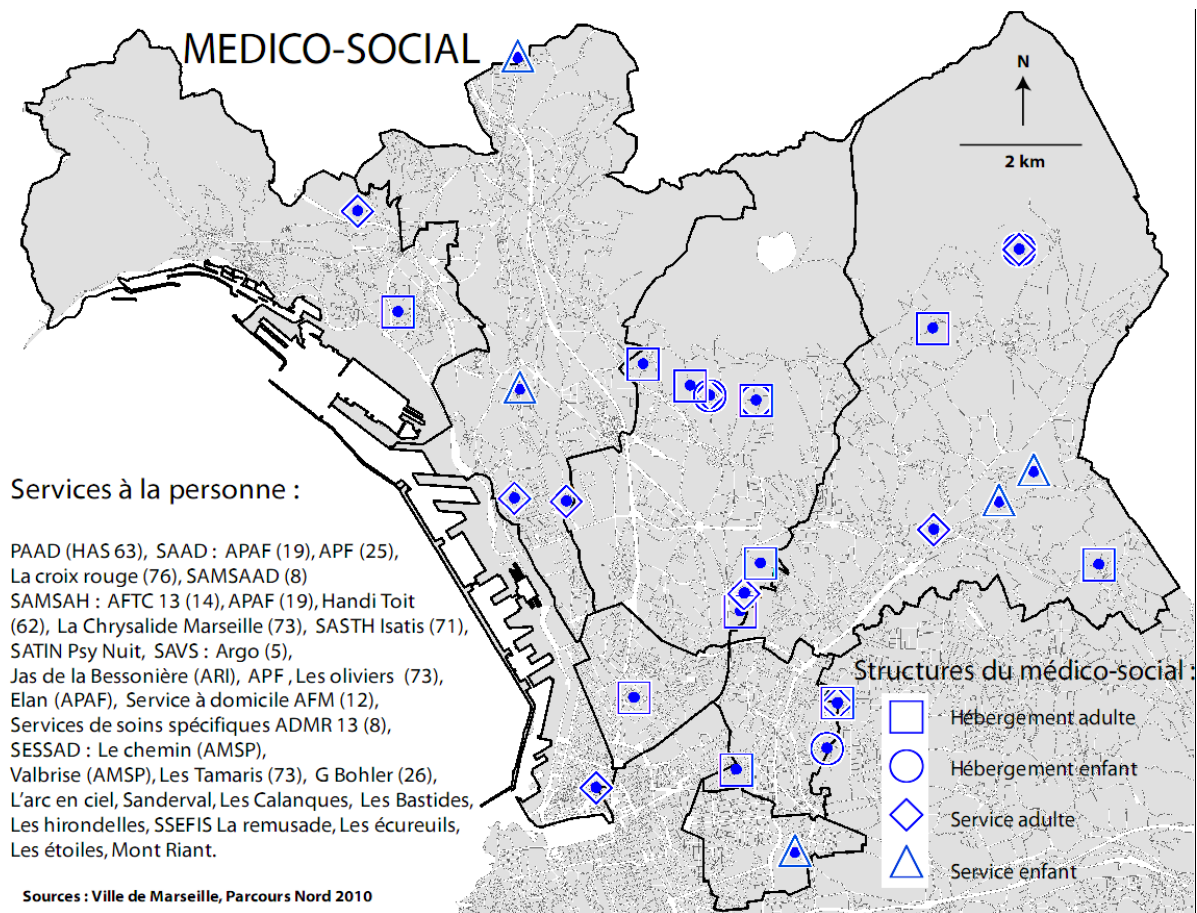
## Nombre de médecins généralistes



## Repérage des ressources sanitaires sur le nord de Marseille



## Ressources médico-sociales sur le nord de Marseille



Utilisation du logiciel accessible au public indiquant les ressources du territoire en zoomant sur le quartier d'un habitant (maison dessinée).



Nous sommes ici dans le cas d'une famille qui a un enfant en situation de handicap et qui cherche à connaître les acteurs autour de chez elle. La vignette « Parcours » indique que l'acteur du quartier est en partenariat avec l'Association « Parcours Handicap 13 » et qu'il peut trouver, auprès de cette Association, un appui technique à l'accueil d'une personne en fonction de son type de handicap.

## Problèmes de santé au travail et maintien en emploi. Entre dispositifs de santé au travail et analyse de l'activité.

*Gaspard Brun*

Parler de santé au travail, c'est reconnaître que le travail peut avoir un impact sur la santé des travailleurs, sans présager nécessairement que cet impact soit uniquement négatif.

Si l'on considère que la santé est la capacité qu'un individu a d'être normatif dans un milieu, et ici dans un milieu de travail, il semble illusoire de considérer la santé sans penser les déterminants du travail, ou à l'inverse, d'appréhender les déterminants du travail, sans penser leurs effets potentiels sur la santé.

L'exigence est alors de penser non pas les deux termes « santé » et « travail » séparément, mais bien de les conjuguer, cela exclut du même coup toute pensée strictement individuelle de la santé et donc toute réduction des risques pathogènes à des dimensions personnelles qui seraient portées par les seuls travailleurs, ce qui est pourtant le cas bien souvent en matière de risques psychosociaux (RPS) notamment.

Selon que l'on conçoit le médecin du travail comme un soignant<sup>163</sup> ou que l'on élargisse son rôle à des dimensions socialisées de la santé, on se représente différemment (sa place), et, par suite, la possibilité même de l'existence d'une médecine du travail et de ses finalités.

Peut-on pour autant parler de soin en situation de travail ? Le médecin du travail soigne qui ? Soigne quoi ? S'agit-il de soigner le travail ou de soigner ceux qui en sont les protagonistes ?

Sans trancher immédiatement ces questions, soulignons que cette dernière peut se dédoubler, la finalité de l'exercice du médecin du travail qui prendrait soin des travailleurs reste ainsi ouverte : à quelle fin prend-on soin de la santé des travailleurs ? Il y aurait donc également au cœur de l'activité des médecins du travail une mise en circulation de valeurs et des débats de normes.

Par ailleurs, si parler de santé au travail est souvent synonyme de parler de prévention des risques, il existe toutefois d'autres moyens de considérer le lien entre santé et travail. Que faire pour ceux dont la santé est déjà atteinte, pour ceux dont le temps de la prévention semble déjà passé ?

Mais méfions-nous des similitudes sémantiques, derrière ces notions qui semblent partagées se cachent peut-être davantage des manières de dire différentes. Peut-on parler de la même chose quand on évoque la « santé au travail » dans des cultures et des histoires différentes ? Au-delà des désaccords sémantiques, les différences normatives ne nous conduisent-elles pas à des impasses théoriques et pratiques ? Comment échanger alors sur les expériences et les compétences en matière de santé au travail et de travail médical ?

Nous choisirons de partir de l'évocation rapide d'un cas concret de ce que l'on appelle, en France, le maintien en emploi, ceci nous permettra de dégager les structures qui rendent possible la prise en compte de ce type de situation tout en mettant en évidence quelques aspects nécessaires au succès de cette démarche qui ne peuvent se limiter aux pratiques telles qu'elles sont, en parties au moins, définies par les normes issues des dispositifs en jeu. Nous profiterons de cette communication pour prolonger le débat qui nous semble faire écho à ces journées : « savoirs et développements » *que nous utiliserons plus volontiers au pluriel*. Nous poserons donc deux types de questions de nature différente : Est-il légitime de vouloir transférer un dispositif d'une culture à une autre, et quelles seraient les conditions d'un tel transfert ? Comment échanger et partager des compétences et des expériences alors que les normes qui structurent les milieux, ici les milieux de travail et de la santé, sont différentes sur bien des points ?

Est-il possible de transférer des dispositifs complets ? Est-il même seulement souhaitable de le vouloir ? Et sinon, que peut-on transférer, pour reprendre et redoubler les interrogations d'Yves Schwartz dans son introduction aux journées d'étude de Tlemcen 2013, « transfère » et « développement », sont-ils les concepts adéquats ?

Enfin, nous tâcherons d'apporter un élément de réponse à la question soulevée ici même par Yves Schwartz et qui prend un écho particulièrement fort dans les politiques de santé publiques et de santé au travail, peut-on déconnecter les politiques de santé des milieux de vie des peuples ?

Nous développerons nos propos autour de quatre axes :

---

<sup>163</sup> Fyad A. ali, *Législation et médecine travail : outils législatifs et réglementaires pour le médecin du travail*. Université d'Oran. 2005

- 1/ Exposé d'une situation de maintien en emploi et de ses déterminants.
- 2/ Les cadres législatifs et les moyens relatifs à la prise en compte des problèmes de santé au travail.
- 3/ Les éléments caractéristiques du dispositif de maintien en emploi en France
- 4/ Peut-on seulement vouloir « transférer » un dispositif ?

Pour nous entendre il faut d'abord nous donner une base de compréhension commune à ce que nous appellerons « maintien en emploi » par la suite dans ce texte. En France, cette terminologie vise une situation de travail dans laquelle l'activité d'une personne risque de devenir incompatible avec son état de santé. Ce qui comprend éventuellement deux types de situation :

- Une dégradation importante de l'état de santé de cette personne, ayant pour conséquence l'impossibilité présumée de mener à bien son travail dans l'environnement de l'entreprise à court et moyen terme
- Un changement organisationnel du travail qui rend la tenue d'un poste occupé par une personne ayant des problèmes de santé contre-indiqués.

### Cas de M.M.

Il s'agit du cas de M. M. âgé de 46 ans qui a 18 ans d'expérience professionnelle dans la restauration. Il travaille depuis 6 ans dans un des restaurants d'une chaîne importante (+ 7000 salariés) dont le principe repose essentiellement sur des plats à base de viande.

Son travail est polyvalent, bien qu'employé en cuisine pour la préparation des plats, il œuvre également comme commis boucher et à ce titre il est amené à préparer la viande, à manipuler des charges lourdes régulièrement.

M.M a des séquelles légères de poliomyélite qui ont motivé un avis d'aptitude avec réserve du médecin du travail, par ailleurs le port de charges lourdes répété et régulier rend la tenue de son poste de plus en plus difficile. Début 2004 M.M. est contraint à un arrêt de travail, à ses séquelles de poliomyélite se sont associés des problèmes lombaires, des douleurs dans l'épaule et des douleurs cervico-brachiales.

Il effectue une première reprise du travail en 2005 et, de nouveau en 2006, il est contraint à des arrêts de travail successifs.

Les relations avec l'employeur sont assez neutres. Mais pour l'employeur aucun aménagement de poste ni aucun reclassement interne n'étaient envisagés.

Sur avis de son médecin traitant le salarié sollicite une visite du médecin du travail lors d'une reprise. Ce dernier propose de faire intervenir une équipe spécialisée dans le maintien en emploi (SAMETH) pour envisager la possibilité de procéder à un aménagement de poste pour M.M.

*Du point de vue administratif l'intervention de cette équipe spécialisée implique qu'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé soit déposée par M.MV.*

*Cela signifie que M.MV. effectue lui-même cette demande et qu'il en mesure les enjeux personnels et sociaux.*

L'équipe du SAMETH propose qu'une étude de poste soit réalisée, celle-ci menée par un ergonome préconise de restreindre les manutentions lourdes et d'effectuer un travail davantage posté, mais cela semblait très difficile au regard de l'activité de l'entreprise et de son organisation.

L'employeur, décide toutefois de conserver M.M dans son effectif et réorganise à cette fin l'activité dans son restaurant, il bénéficie d'aides de l' Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et du soutien essentiel du personnel le plus ancien dans le restaurant, il est également influencé par des considérations financières liées aux politiques de l'emploi des personnes handicapées.

M.M. effectue un travail davantage posté, *«Les collègues souhaitaient vraiment que je reste car je suis celui qui connais le mieux le travail de la viande je vais plus vite et donc je permets à tout le monde de mieux respirer. Pour ça ils ont accepté que je reste davantage sur un poste « fixe », même si ça n'a pas été simple avec tout le monde ».*

De fait, les observations menées en situation confirment que M.M. est une personne ressource en cuisine. Il est également le seul qui encadre réellement les nouveaux salariés lors de leur embauche alors que le turn-over demeure important.

Les normes d'hygiène et sécurité ont parfois été « transgressées » pour permettre de manière informelle à M.M. de réaliser certaines de ces tâches. Du point de vue individuel malgré les difficultés de santé que le

poste de travail a contribué à générer, il ressort qu'un sens positif de l'engagement dans le travail et des réserves d'alternatives ont ainsi été mises en évidence.

L'histoire collective dans l'entreprise montre qu'il existe plusieurs manières d'envisager la question des collectifs de travail, d'une part parce que les collectifs de solidarité n'épousent pas les contours des organigrammes définis à l'avance, d'autre part, car dans le temps ces collectifs ont pris des formes multiples.

**Si l'on veut synthétiser les éléments pertinents dans la situation de maintien en emploi (de la situation) de M.M on peut les exprimer de la manière suivante :**

Aptitude avec réserve,  
arrêts de travail répétés,  
lien avec le médecin du travail (hors visites réglementaires),  
visite de pré-reprise,  
Intervention du Sameth,  
intervention ergonomique,  
préconisations, aménagement,  
visite de reprise,  
reprise.

De quelles compétences a-t-on besoin pour prendre en compte la santé au travail ?

Dans l'examen du cas que nous venons d'évoquer nous pouvons préciser un aspect singulier de la constitution historique de ces dispositifs de maintien en emploi tels qu'ils existent en France :

Ils ont pour origine la préoccupation d'acteurs de terrains et la reconnaissance de la nécessaire mise en œuvre de compétences multiples.

Mais nous devons poser deux questions, essentielles à nos yeux.

Pourquoi vouloir transférer un dispositif, des techniques, des technologies, des savoirs... Si ce n'est que l'on est convaincu de l'intérêt de ce que l'on souhaite transférer et que l'on a en plus une certaine prétention à l'universalité de la visée de ce que l'on souhaite transférer, la question du « développement » est bien en ce sens une question politique. Une vision très large du vivre ensemble.

En ce sens il paraît nécessaire de procéder à une certaine « généalogie » du dispositif qui nous intéresse celui du maintien en emploi.

Qu'est-ce qui amène à prendre conscience de l'enjeu du maintien en emploi et par suite à concevoir des modalités d'action qui tendent à répondre à cette préoccupation ? La clé d'entrée pourrait en effet être de nature différente : -travailleur, -entreprise, -santé publique (coût)...

Dans l'absolu ne pourrait-on pas se dire : quelqu'un pour qui le poste de travail est incompatible (ou risque fort de devenir incompatible) avec son état de santé a tout simplement intérêt à changer de travail ? Il est évident que cette question d'apparence naïve nous impose de clarifier le contexte socio-économique.

Pour cela nous nous appuyerons sur le concept d'espace social tripolaire tel qu'il a été formalisé par Yves Schwartz<sup>164</sup>.

Le rapport entre le pôle du marché et celui du vivre ensemble (du politique) n'est pas suffisamment équilibré pour que « changer de travail » soit une réponse à la fois simple et pertinente.

Autrement dit, le fait que l'on ne soit pas dans une situation de plein emploi ou dans un espace social ou la sécurité professionnelle soit garantie pour tous, en parallèle de la sécurité sociale, impose une certaine manière de répondre à la question du changement de travail.

Mais, même si la situation socio-économique le permettait comment faudrait-il considérer une mobilité professionnelle ainsi imposée ? Sur ce sujet complexe de la mobilité professionnelle nous nous référons à la thèse de Stéphanie Maillot<sup>165</sup>.

La question du déséquilibre entre le pôle marchand et le pôle du bien commun conditionne au moins pour partie la mobilisation des acteurs professionnels de la santé au travail pour éviter la désinsertion ; en cela elle est une tentative de rééquilibrage vers le bien commun. Du point de vue du pôle marchand, le maintien en emploi n'apparaît pas comme un enjeu déterminant, alors que du point de vue du bien

<sup>164</sup> Schwartz Y., Durrive L. (dir.) (2003), *Travail et ergologie. Entretiens sur l'activité humaine (I)*, Toulouse, Octarès

<sup>165</sup> Maillot Stéphanie : *Penser les processus de changement à travers l'expérience de la mobilité professionnelle : De l'objet discursif à l'activité de transition*. dir. Yves Schwartz, décembre 2011 Université de Provence

commun et du point de vue individuel c'est plus clairement le cas. D'un point de vue de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), dans l'entreprise la question demeure plus ouverte.

Les acteurs de la santé au travail –médecins du travail, Assistantes sociales de l'assurance-maladie- ont contribué en France à créer les conditions favorables à la mise en œuvre de dispositifs en réseau autour de la situation de travail. Ces dispositifs ont reçu une reconnaissance et une légitimité nationale dans les textes de loi relayés et reformalisés par les structures compétentes concernées.

Le parallèle entre le système Français et Algérien, du point de vue de la législation relative à la médecine du travail<sup>166</sup> inviterait le professionnel *convaincu de la valeur humaine et de l'utilité sociale* que recèlent les dispositifs de maintien en emploi à vouloir étendre ces dispositifs.

Mais un dispositif, et une expérience ne sauraient se transférer comme un bien matériel ; ainsi, à la suite de Georges Canguilhem, nous dirions volontiers que toute expérience comporte une part d'aventure. Le bien matériel (particulièrement quand il est un support technologique) ne se transfère pas sans considération pour l'histoire et la culture d'un pays, sans considération pour les milieux<sup>167</sup>.

Nous pensons toutefois qu'il ne suffit pas que les structures qui déterminent la place du médecin du travail soient proches (comme c'est le cas entre l'Algérie et la France) pour que l'on puisse calquer les dispositifs de santé au travail et particulièrement ceux du maintien en emploi.

Ainsi, ces quelques points évoqués rapidement viennent provoquer un débat de fond, une des différences entre la fonction du médecin du travail en Algérie et en France telle que nous l'avons brièvement mentionnée dans notre introduction.

Nous devons, encore une fois, mentionner le travail de Fyad qui montre précisément que le médecin du travail a un rôle curatif en Algérie<sup>168</sup>, car la question que soigne le médecin du travail prend un écho particulier à la lumière de ce qui vient d'être dit.

Ce débat est particulièrement vif dans nos rencontres de Tlemcen, en suivant le Dr Laïb et notamment les Diapos 18-19 de sa communication il est précisé que le médecin du travail doit « soigner les maladies du travail » et que cela est le cas « Quand le travail est inapte à recevoir des travailleurs », par la suite elle évoque même dans la diapositive n°22 de sa très belle et complète présentation « la maladie du travail » vis-à-vis de laquelle il conviendrait de « soigner le travail ». Un rapprochement avec les analyses de Georges Canguilhem dans le Normal et le pathologique<sup>169</sup>, pourrait nous amener à douter de cette approche qui viserait à faire du travail un concept homogène à l'individu vivant. Ceci pourrait même jeter les bases d'une critique de la clinique de l'activité, mais ce débat devra être mené ultérieurement. Les modalités structurelles du maintien en emploi en France peuvent se résumer à l'aide de la figure suivante.

Elle renvoient aux modalités d'exercice du médecin du travail c'est-à-dire à ce que Fyad a qualifié de moyens du médecin<sup>170</sup> :

---

<sup>166</sup> Fyad op.cit. p. 39-41

<sup>167</sup> Nouroudine Abdallah – *Techniques et cultures. Comment s'approprie-t-on des technologies transférées*. Octares. 2001.p.114-116 et 145-149

<sup>168</sup> Fyad op. cité p.60

<sup>169</sup> « On peut même se demander si une société quelle qu'elle soit est capable à la fois de lucidité dans la fixation de ses fins et d'efficacité dans l'utilisation de ses moyens. En tout cas, le fait qu'une des tâches de toute organisation sociale consiste à s'éclairer elle-même sur ses fins possibles (...) semble bien révéler qu'elle n'a pas, à proprement parler, de finalité intrinsèque. Dans le cas de la société, la régulation est un besoin à la recherche de son organe et de ses normes d'exercice ». Georges Canguilhem. *Le Normal et le Pathologique*. PUF 1999. Paris. p.188

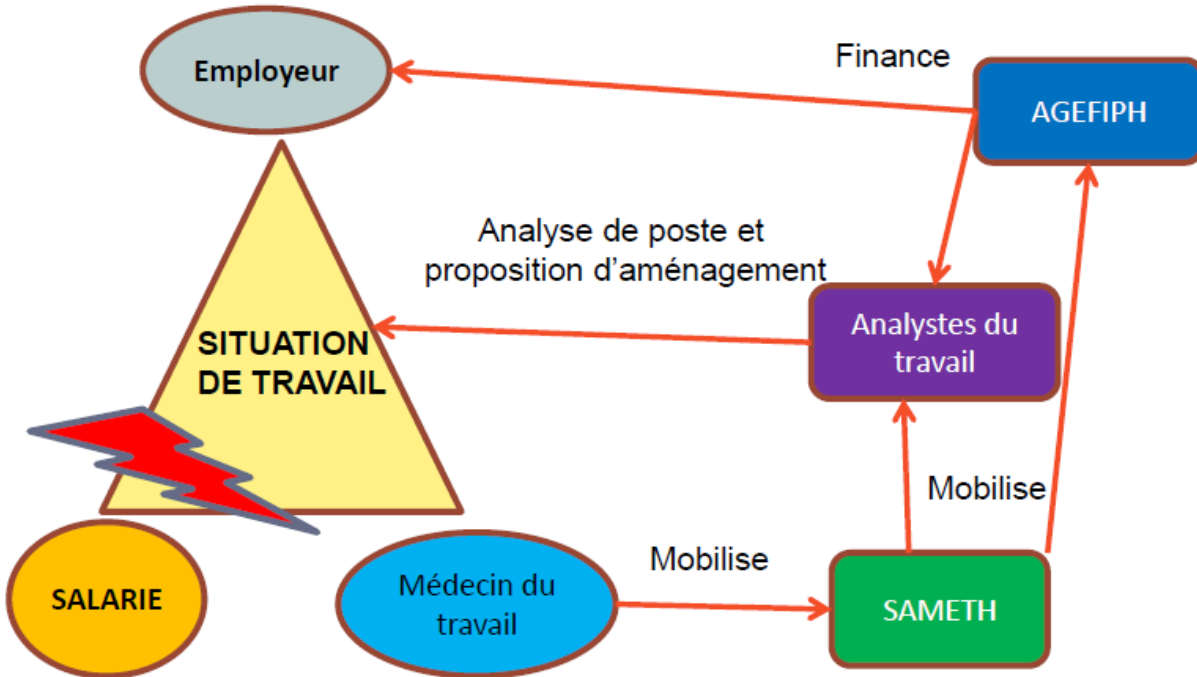
De même quand il poursuit : « S'il n'y a pas d'hésitation sur la finalité d'un traitement médical, il en va tout autrement, dit Chesterton, quand il s'agit de problèmes sociaux. Car la détermination du mal suppose la définition préalable de l'état social normal, et la recherche de cette définition divise ceux qui s'y livrent ». « Le problème social est exactement le contraire du problème médical. Nous ne différons pas sur la nature précise de la maladie, comme font les docteurs, tout en s'accordant sur la nature de la santé »

« C'est du bien social qu'on discute dans la société, ce qui fait que les uns tiennent précisément pour le mal ce que d'autres recherchent comme devant être la santé ». Georges Canguilhem. idem. p.192

En suivant Canguilhem on est ainsi amené à repenser la signification des énoncés qui visent à soigner le travail, précisément parce que la norme de santé du travail n'est pas un phénomène connaissable et encore moins connaissable par anticipation. Une telle représentation ferait implicitement de l'état pathologique du travail un écart par rapport à la santé du travail., On retrouvera donc logiquement les objections de Canguilhem vis-à-vis d'une telle conception du normal et du pathologique (pathologique entendu comme variation quantitative par rapport au normal),objections renforcées par le fait que le travail n'est pas un individu biologique.

<sup>170</sup> Opus cité p 48-49

## Acteurs et approches du maintien en emploi



AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

SAMETH : Service d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés

Il nous faut maintenant rentrer davantage dans le détail et préciser le rôle des différentes parties prenantes en France :

Cela peut être précisé dans le schéma suivant :



L'existence de ce dispositif a les implications suivantes :

Médecin du travail

La place centrale occupée en France par le médecin du travail: cadre législatif, formation, rôle du médecin, moyens d'intervention, moyens financiers, cadre économique marchand de droit...

SAMETH

L'intervention d'équipes spécialisées supposent que le financement de leur action soit sûr, en France cela implique également que la personne qui risque le licenciement pour inaptitude fasse les démarches administratives liées à la reconnaissance du statut de travailleur handicapé.

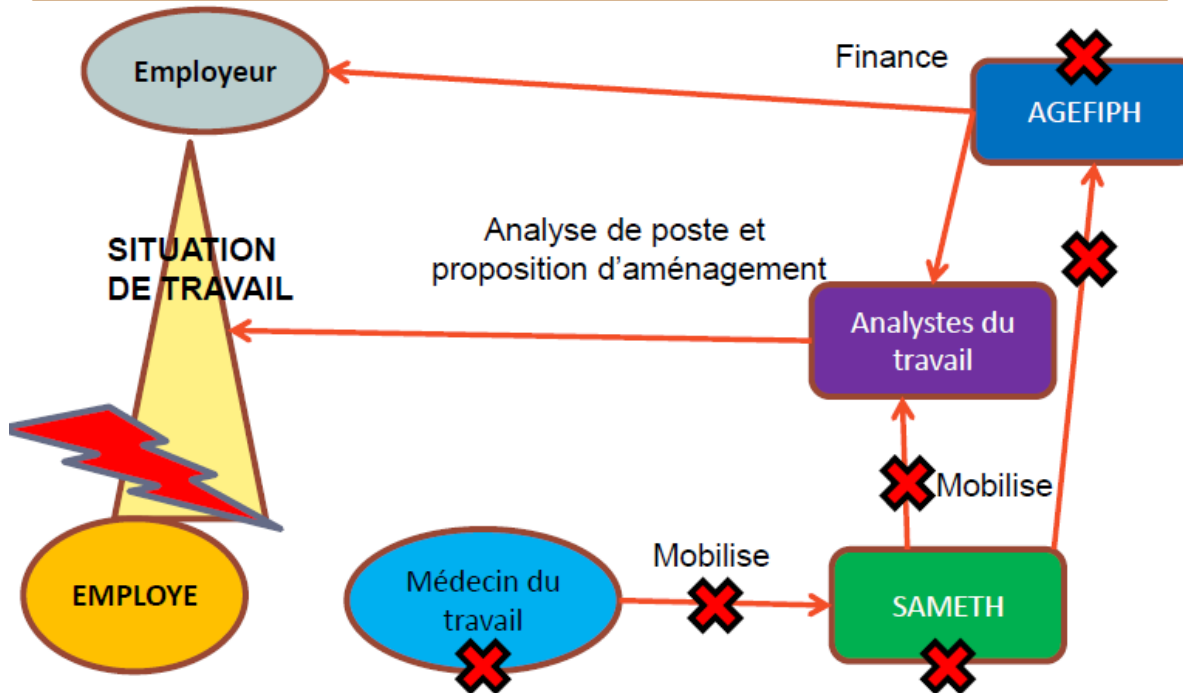
Analystes du travail

AGEFIPH

L'existence de l'Agefiph ou de structures apparentées suppose un cadre législatif strict et (en France) un financement qui provient des entreprises.

Or si l'on tente de dupliquer un tel dispositif dans un système de santé différent, on peut schématiquement mettre en évidence (croix rouges sur le schéma suivant) tous les moments où le dispositif sera caduque faute d'être inséré dans un milieu stable et homogène à celui duquel il est issu (ce qui met en évidence une des limites des transferts de dispositifs) :

## Acteurs et approches du maintien en emploi



AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

SAMETH : Service d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés



7

Ces

explications très schématiques montrent cependant que l'on ne peut penser la santé au travail en réduisant le travail à ses dimensions individuelles ou à la tâche ou encore au poste de travail. On peut également remarquer que l'activité des médecins du travail doit être pensée, en partie au moins, en fonction des cadres dans laquelle elle se déploie et qui déterminent tendanciellement les milieux de travail dans lesquels les médecins interviennent ou au contraire dans lesquels ils ne peuvent intervenir.

### Conclusion

Transférer un dispositif sans considérer son inscription dans un milieu historiquement et culturellement situé revient à supprimer ou à tenter de neutraliser le débat de normes qui doit prendre place dans la conception du bien commun. En conséquence de quoi c'est donc réduire le dispositif considéré à des dimensions dans lesquelles le vivant est singulièrement exclu.

Reste un ensemble de questions qui nous semblent se dégager de l'étude proposée :

Qui veut transférer ? Qui veut développer/ se développer ? Que peut-on transférer ? Comment transférer ?

Il importe alors de dimensionner l'objet à transférer.

La question : est-il souhaitable de transférer un dispositif d'une culture à une autre ? ne peut prendre sens que si elle est posée dans l'espace tripolaire et si l'on n'écrase pas le pôle de la *politeia* sous celui du pôle marchand. En aucun cas toutefois, le développement ne peut se penser comme l'action de transfert commandé d'un milieu actif vers un milieu réceptif. Si l'on songe à ce qui peut être transféré et nous avons souligné que l'on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur « qui » veut transférer, il nous faut aborder les limites du « quoi », c'est-à-dire l'objet du transfert. Sans prétendre que l'on peut séparer strictement les éléments suivants, techniques, technologies, compétences et dispositifs, il apparaît cependant que la dépendance des dispositifs aux milieux dans lesquels ils s'inscrivent rend caduque tout transfert qui se voudrait pure copie. L'implantation d'un dispositif ne peut être pensée sans effort d'analyse des milieux et des normes.

Cependant, échanger sur les pratiques comme nous le faisons à partir du travail semble être la meilleure

voie pour que les transferts se développent ; sans, bien sûr, présager de leurs sens, ni de leurs finalités. Il ne saurait y avoir absence de renormalisation d'un « objet » transféré, sans que cela ne signifie du même coup que la société vers laquelle le transfert s'effectue soit « morte ».

L'affirmation « L'ergologie ne peut rien pour nous » entendue dans ce colloque, peut être comprise ainsi : ou bien, le « nous » signifie une communauté vis-à-vis de laquelle l'ergologie serait étrangère, ou bien elle signifie que cette communauté est l'espace dans lequel « on » souhaiterait transférer l'ergologie, c'est-à-dire un espace étranger à celui dans lequel l'ergologie s'est développée. Soulignons d'abord le fait que l'ergologie ne s'est pas développée dans un unique « milieu français » ou même francophone (l'histoire des co-constructions internationales est même constitutive de l'approche ergologique). De plus, une pensée du développement qui ignorerait une analytique du milieu local et qui ne se poserait pas la question de ce que peut signifier, y compris conceptuellement, ce qu'est un milieu local serait vouée à être immédiatement caduque. Enfin, si cette affirmation est considérée dans une formule où l'ergologie serait comme une puissance magique qui ferait à notre place, alors effectivement l'ergologie (comprise dans ce sens) ne peut rien pour nous tous, en revanche en tant qu'elle est une invitation à découvrir les réserves d'alternatives contenues dans le faire ici et maintenant, elle peut permettre de donner une visibilité et une lisibilité à ce qui est de l'ordre du faire autrement et donc du vivre autrement, du vivre autrement en santé tout en invitant l'homme à manifester ses capacités de renormalisation et de leur donner une lisibilité, afin de faire, des transferts de dispositifs, une invitation à développer sa puissance créatrice, de part et d'autre des pôles du transfert, sans présager des orientations de ses renormalisations qui sont toujours « enchâssées » dans des histoires et des cultures.

### Bibliographie

CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le Pathologique*, PUF Paris, 1999

FYAD A. ali, *Législation et médecine travail : outils législatifs et réglementaires pour le médecin du travail*, Université d'Oran, 2005

MAILLIOT Stéphanie, *Penser les processus de changement à travers l'expérience de la mobilité professionnelle : De l'objet discursif à l'activité de transition*. dir. Yves Schwartz, décembre 2011  
Université de Provence

NOUROUDINE Abdallah, *Techniques et cultures. Comment s'approprie-t-on des technologies transférées*, Octarès. 2001

SCHWARTZ Y., Durrive L. (dir.) , *Travail et ergologie. Entretiens sur l'activité humaine (I)*, Toulouse, Octarès, 2003