

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Recherche-action : à quelles conditions peut-elle aboutir à une transformation de la perception des problèmes chez les acteurs sociaux ?

On what conditions can research-action result in a transformation of the perception of problems?

La investigación-acción: ¿Qué condiciones son necesarias para que ella produzca una transformación de la percepción de problemas de los actores sociales?

Monika Steffen

Numéro 5 (45), printemps 1981

La recherche-action : enjeux et pratiques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034882ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034882ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Steffen, M. (1981). Recherche-action : à quelles conditions peut-elle aboutir à une transformation de la perception des problèmes chez les acteurs sociaux ? *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (5), 89–97. <https://doi.org/10.7202/1034882ar>

Résumé de l'article

L'enjeu des pratiques de recherche-action se situe dans la dynamique d'ensemble qu'elles déclenchent, en particulier en mettant en cause certains aspects fondamentaux de la division sociale du travail : la séparation entre les activités intellectuelles et non-intellectuelles.

L'auteur relate une recherche-action menée dans une usine utilisant l'amiant qui aboutit à une intervention médicale spécifique et surtout à une prise en charge par les ouvriers de leurs conditions de travail.

À travers cette expérience apparemment strictement médicale se dégagent des revendications à la fois précises et globalisantes. La prévention est désormais posée comme une question de l'organisation du travail et de la société. La représentation des divers acteurs s'est transformée : le syndicat, par exemple, a intégré l'activité scientifique dans sa stratégie de lutte.

Recherche-action : à quelles conditions peut-elle aboutir à une transformation de la perception des problèmes chez les acteurs sociaux ?

M. Steffen

Il n'est pas d'activité humaine dont on puisse exclure une quelconque intervention intellectuelle [...]. Dans tout travail physique, même le plus mécanique et dégradé, il existe un minimum de qualification technique, c'est-à-dire d'activité créatrice. Tous les hommes sont des intellectuels, peut-on donc dire... mais dans la société, tout les hommes n'ont pas une fonction d'intellectuels... »

A. Gramsci, *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura*. Turin 1948.

Toute science s'est toujours voulue utile et efficace. Au-delà de l'efficacité dans la sphère des connaissances¹, « l'utilité sociale » est recherchée, et ceci sous un double aspect : comme application et comme légitimation de l'activité scientifique. Toute science est donc amenée à se concevoir comme science-action. Dans le cas de la médecine, cette visée pratique s'impose avec une évidence particulière : car le but thérapeutique est explicitement posé comme unique raison d'être des sciences médicales. Ce postulat constitue l'essentiel du discours de la médecine depuis sa naissance dans l'aube des temps. Aussi, la médecine continue-t-elle à se définir à la fois comme « une science et un art ».

Le problème

Mais, dans le domaine de la vie sociale, les évidences cachent souvent des réalités particulièrement

complexes et contradictoires, et telles nous semblent être les caractéristiques des expériences de recherche-action chaque fois que ce terme désigne une démarche commune de recherche *et* d'action entre groupes situés différemment dans la division sociale du travail, en l'occurrence : des chercheurs en tant que professionnels des connaissances, des professionnels-praticiens en tant que spécialistes d'une activité donnée, des « interressés » en tant que sujets vivant concrètement le problème qui constitue l'objet de la recherche-action en question.

Identifier ces trois groupes et les rapports qui se nouent entre eux à l'occasion d'une recherche-action ne pose, en général, pas de problèmes majeurs. Il en est tout autrement avec la composante politique. Car il n'est pas toujours évident, dans une telle expérience, *qui* est un acteur politique et *en quoi* consiste la dimension politique du problème traité. D'une part, l'acteur politique se ne présente pas nécessairement sous ses formes classiques : comme élu, militant ou représentant, comme parti politique, syndicat, etc., mais il peut agir à travers, voire se constituer à partir de l'un ou l'autre des trois groupes cités précédemment. Ceux-ci, pourtant, ne sauraient être qualifiés en soi, ou a priori, de « groupes politiques ». D'autre part, c'est précisément la mise en contact à travers une collaboration concrète des groupes situés différemment dans le processus social qui fait émerger les dimensions politiques non seulement de l'objet de la recherche mais également des différents intervenants eux-mêmes.

L'hypothèse principale suggérée par notre travail² est la suivante : dans la mesure où elle fait participer activement des groupes situés différemment dans la division sociale du travail, une recherche-action y ouvre une brèche. Dès lors, les problèmes peuvent être *perçus autrement* et donner lieu à des analyses et des revendications qui ne s'intègrent plus dans les schémas intellectuels existants et auxquels les filières administratives et les réseaux politiques institués ne peuvent pas répondre. Il s'ensuit une grande incertitude quant à la prévision et maîtrise de la dynamique ainsi libérée. L'enjeu spécifique que représente la démarche de recherche-action dépasse donc largement les objectifs avoués des différents acteurs dans la mesure où il pourrait mettre en cause certains aspects fondamentaux de la division sociale du travail. L'enjeu des pratiques de recherche-action se situe donc dans la *dynamique d'ensemble* qu'elles déclenchent.

En prenant le risque inhérent à toute simplification, nous pouvons présenter le processus de la manière suivante : la division du travail n'est pas uniquement *technique* (comme le niveau très poussé de la division technique du travail dans les sociétés actuelles pourrait le suggérer), mais surtout *sociale*. Car, en divisant le travail, elle distribue les hommes dans la hiérarchie sociale et les cloisonne dans des activités et des milieux de plus en plus spécialisés. Ensuite, elle façonne les règles qui régissent la communication entre ces lieux plus ou moins fermés. Elle concourt ainsi à façonner la « perception du monde » de chacun³ en fonction de sa place à l'intérieur de la division du travail, à façonner, en conséquence, sa perception des problèmes qu'il rencontre et le langage à travers lequel il les exprimera et analysera. Dès lors, le « même » problème est perçu différemment par les divers groupes qui y sont confrontés, chaque groupe d'une manière spécifique. Les synthèses proposées par certains d'entre eux ne sauraient être reconnues par les autres parties concernées, puisque l'élaboration d'une synthèse « valable globalement » supposerait non seulement la prise en compte des divers aspects du problème, mais l'association des différents intéressés à l'identification même du problème. Élaborer une synthèse — activité éminemment intellectuelle et donc source certaine de pouvoir — revient dans ces conditions à toujours mieux *saisir* le problème dans ses axes essentiels et ses ramifications multiples.

Une telle démarche n'abolit pas la division du travail, mais elle contredit son fondement : la séparation entre les activités intellectuelles et non-intellectuelles (chercheurs/acteurs, science/action).

La formule « recherche-action » a suscité depuis ces dernières années un intérêt grandissant. Les sciences sociales sont de plus en plus orientées en fonction des demandes et problèmes sociaux et donnent lieu fréquemment à des recherches-action, comprises non seulement dans le sens de recherches finalisées en fonction d'actions jugées prioritaires par la société, mais également dans le sens de recherche « en terrain », en étroite relation avec ceux qui font l'objet de la recherche. La recherche-action ainsi conduite permet en particulier de mieux sonder le terrain des nouveaux problèmes sociaux en associant à la démarche les groupes-cibles (groupes « marginaux », groupes « à problèmes » ou « à risque »). La référence à la notion de « progrès social » fournit la légitimation à ces démarches.

Ce qui explique l'intérêt porté aux recherches-action *en général*, permet de comprendre également le blocage de certaines d'entre elles, qui pourtant visent très explicitement le progrès social, entendu au sens de la protection de l'environnement ou de la santé des travailleurs de certaines industries par exemple. Les blocages interviennent lorsque les intérêts de certains groupes dominants sont menacés ; d'une manière plus précise, lorsque la maîtrise sur la dynamique déclenchée risque d'échapper aux instances dominantes. Dès lors, la question de savoir *qui coordonne recherche et action* s'avère aussi importante que celle de l'objet de l'interrogation.

Un cas concret : le problème de l'amiante

L'expérience s'est déroulée en France, de 1978 à 1979. Elle consistait à dépister les maladies de l'amiante chez les travailleurs d'une usine de fibrociment et dont la fermeture définitive, pour cause de redéploiement, était en préparation durant la même époque. L'expérience est menée en collaboration entre le Comité d'établissement de l'usine, les médecins généralistes d'un centre médical mutualiste appartenant à une « Association d'amis de la médecine sociale » (celle-ci regroupe les mutuelles locales et d'entreprises ainsi que la municipalité), l'Union départementale des mutuelles des travailleurs (UDMT),

et le Professeur P.⁴, spécialiste des voies respiratoires.

L'utilisation de l'amiante a connu en France une croissance considérable : de 16 000 tonnes avant la guerre, la consommation passe à 60 000 tonnes au début des années soixante et à plus de 160 000 tonnes à la fin des années soixante-dix. Les maladies, l'asbestose et certains cancers, se contractent par l'inhalation de la poussière d'amiante, constitué de fibres microscopiques. Elles sont aujourd'hui incurables et évoluent inexorablement une fois installées. La seule protection possible reste donc le dépistage très précoce et la prévention de toute pollution. Pourtant, au début des années soixante-dix, les pathologies de l'amiante sont encore très peu étudiées en France, où deux affaires de pollution⁵ vont alerter l'opinion publique.

*Historique*⁶

Ayant constaté dans son service hospitalier une apparition croissante de maladies d'amiante, le Professeur P. s'initie à l'étranger à des techniques avancées de dosages de fibres dans les poumons. Les patients de son service n'offrent pourtant pas un nombre important de cas et il décide de dépister les atteintes asbestosiques sur le terrain. Elles devraient être nombreuses dans cette région du fait de ses industries particulières, dont beaucoup utilisent de l'amiante. Le Professeur P. s'adresse alors à la filière compétente, aux professeurs de médecine du travail de sa faculté. Ces derniers peuvent pratiquer eux-mêmes la médecine du travail dans les entreprises (ce cas ne semble exister qu'en tant que possibilité théorique); ils peuvent la faire effectuer par les membres de leur équipe; ou (cas le plus fréquent) « ils ont des rapports avec des médecins du travail sur le terrain », comme l'explique l'un de nos interlocuteurs. Par cette voie, le Professeur P. voit, après un an et demi de recherche, 50 « calorifrigères⁷ » sur les 700 ou 800 que compte l'agglomération, tous en contact direct avec la matière dangereuse.

Devant ces résultats qualifiés par lui de « décevants », il demande à la « filière officielle », selon l'expression qui revenait constamment dans l'entretien, de prendre contact avec l'entreprise E.⁸, afin de lui permettre d'examiner les ouvriers et retraités de son usine à C. Il obtient un refus global. « Dans l'usine de C., c'était impossible. Le médecin du tra-

vail de l'entreprise E. ne voulait pas qu'on aille mettre notre nez dans son affaire⁹. » Suite à cette deuxième déception, le Professeur P. va investir un terrain où il n'existe plus de tels obstacles. Durant l'année 1975, il examine les anciens ouvriers de la mine d'amiante de Canari en Corse, *fermée depuis 1965*. Son équipe effectue un véritable tour de village en village pour retrouver les 357 ouvriers inscrits sur les anciennes listes de la médecine du travail; 210 ont pu être examinés : 60 % montrent des anomalies caractéristiques de l'amiante; parmi les 18 décès retrouvés, 11 avaient succombé à un cancer. Les « asbestosés confirmés » sont informés de leur état et incités à déposer une déclaration de maladie professionnelle. À Bastia, en Corse, fonctionne désormais une consultation mensuelle de dépistage des maladies de l'amiante, organisée par le Centre hospitalo-universitaire. « Depuis 10 ans, personne ne s'était intéressé médicalement à cette population exposée. En Corse, j'ai trouvé des cas pathologiques tout à fait nouveaux, inconnus, que personne n'avait encore vus¹⁰. »

Cet aboutissement ne fait que mettre en relief l'arrêt avant terme imposé à l'expérience suivante.

Une collaboration plurisectorielle

En 1977, les médecins généralistes du Centre médical mutualiste de C. diagnostiquent deux cas d'asbestose chez deux ouvriers de l'usine voisine de l'entreprise E. Ils les envoient au Centre régional anticancéreux, au service du Professeur P. pour confirmation. Le syndicat des ouvriers est mis au courant, « car s'il y a un cas, il y en a d'autres ». Le syndicat avait déjà eu, au cours d'une recherche d'informations « honnêtes », un contact circonstanciel, isolé, avec le Professeur P.

La relation particulière entre le Centre médical mutualiste de C. et le mouvement syndical est à noter : le Comité d'établissement de l'usine est co-propriétaire du Centre médical où exerce une équipe pluridisciplinaire de praticiens *salariés*, ce qui contraste avec la tradition de l'exercice isolé et libéral en France. Les praticiens sont employés à l'UDMT, qui gère une dizaine de centres médicaux de ce type dans la région. Du fait de son origine dans la mutualité ouvrière, l'UDMT garde des rapports privilégiés avec le mouvement syndical. La particu-

larité de cet exercice médical permet une réceptivité accrue des praticiens aux problèmes de santé dans le monde du travail et facilite la circulation des informations entre médecins, syndicats et ouvriers. Lorsque la Sécurité sociale refusa de reconnaître l'une des asbestoses diagnostiquées comme maladie professionnelle, toutes les conditions se trouvaient réunies pour que naisse une collaboration qui ne s'effranchira pas dans les « compétences » cloisonnées et qui ouvrira au Professeur P. l'accès à l'usine que les « filières officielles » n'avait pas rendu possible auparavant.

Un accord était élaboré entre les mutualistes et le Centre anti-cancéreux qui prévoyait l'examen complet de dépistage de tous les ouvriers de l'usine ainsi que des retraités ou licenciés résidant encore dans la région (plusieurs centaines de personnes). Les examens seront effectués au Centre médical et au service du Professeur P., conjointement par les deux équipes médicales. Les syndicalistes se chargent d'établir les listes des sujets, de diffuser l'information, d'inciter les concernés à venir, et — surtout — de faire pression sur la direction de l'usine et son médecin du travail pour qu'ils apportent, eux aussi, leur concours.

La première étape de examens, comprenant les ouvriers au voisinage de la retraite, environ 80 personnes, a été financé, comme le préoyaient les clauses de l'accord, conjointement par les mutualistes et le Centre anti-cancéreux. Pour les étapes suivantes, les partenaires se sont engagés à chercher des crédits et subventions auprès des différents organes officiels : Caisses d'assurance maladie, Direction départementale d'action sanitaire et sociale¹¹, Conseil général, ministère du Travail. Toutes ces démarches se sont vu opposer un refus à partir du même argument : il s'agit d'un dépistage de maladies professionnelles ; l'expérience relève donc de la médecine du travail et est à la charge de l'employeur.

Le dernier refus, de la part de la Caisse régionale d'assurance maladie,, intervenant six mois après la fermeture de l'usine, précise en outre que la surveillance des anciens ouvriers serait assurée pendant cinq ans¹² par le Docteur D.¹³, ex-médecin du travail de l'usine. Or, un des acquis de l'expérience est précisément ceci : les moyens dont peut disposer *normalement* un médecin sont totalement inadéquats au dépistage sérieux des pathologies de l'amiante. Le Professeur P. adressa une demande de

subvention de recherche au ministre du Travail. Le refus de celui-ci fut motivé autrement : « On m'a fait comprendre que je devais travailler avec l'Institut départemental de la médecine du travail. Ces instituts sont officiels... On revient à notre point de départ... ils dépendent des CHU et ils sont gérés par des professeurs de facultés et qui ont la mainmise sur toutes les structures, sur les crédits de recherche [...]. »

Qu. : « Le refus du ministère visait peut-être l'amiante ? »

P. : « À Paris, on m'a simplement dit de faire *ce que je veux*, pourvu que ce soit *avec eux*. Or, eux...¹⁴ »

L'entreprise et la médecine du travail

Il s'est avéré difficile de situer avec précision le noyau dur du refus de 1973 qui empêcha le Professeur P. de procéder au dépistage dans cette usine à l'époque. Qualifié par nos interlocuteurs de « refus indirect », cette opposition floue et ferme indique l'existence d'un réseau d'influence entre le patronat et l'élite médicale, « les professeurs de faculté ». « Indirect », mais assez puissant pour s'opposer à l'avancement des sciences médicales, ce réseau paraît opérer à travers la *direction* de la médecine du travail d'une entreprise d'envergure internationale. À travers elle, l'institution de la médecine du travail en tant qu'institution « maison » du grand patronat est désignée.

Nous examinerons l'évolution de l'attitude du médecin du travail de l'usine de C., car c'est sur lui que toutes les contradictions révélées par la dynamique de l'expérience vont s'accumuler. Sa situation professionnelle de départ exprime la complexité de la scène médicale de la localité : le Docteur D. est installé comme praticien généraliste libéral ; à l'ouverture du Centre médical mutualiste, il y sollicite une vacation pour pouvoir exercer l'une de ses spécialités (il vit ainsi en contact avec ses confrères salariés de la mutualité des travailleurs, ce qui — avant l'expérience — n'exerçait aucune influence sur son attitude dans l'usine) ; parallèlement, il assurait la vacation de médecine du travail.

Voici l'appréciation des délégués syndicaux : « C'était un médecin patronal ! Il ne faisait pas correctement son travail [...] n'était jamais là quand on avait besoin de lui ; les rapports annuels n'étaient

pas faits correctement. On l'a mis devant l'Inspection du travail. De l'asbestose... il n'en trouvait pas. Il minimisait le danger. Aussi, il ne savait pas, car les examens spéciaux des ouvriers de l'amiante, ces « espèces de visites » — c'est la loi — ne sont pas assez approfondis. Pour dépister les asbestoses débutantes, il faut des clichés de radiologie de grand format ; sur les petits on ne voit rien. Personne ne le savait, ça, avant. En plus, avant, les radiographies restaient à l'usine, et si un ouvrier quittait l'entreprise, il ne pouvait jamais prouver l'état de ses poumons. On cachait ça et ne disait pas à l'intéressé s'il avait quelque chose ou pas. » — « Puis, il a évolué. Au fur et à mesure qu'avancait l'expérience, il changeait. Face à ses confrères du Centre médical et au Professeur... ; puis, nous... on lui a fait comprendre que les ouvriers et leurs familles sont aussi sa clientèle libérale. Pris entre la direction de l'entreprise et nous tous, il a compris. Il est devenu un médecin « honnête » maintenant ¹⁵. »

L'appréciation du Professeur P. : « C'était le médecin du travail qui bloquait tout. Il y a eu des difficultés terribles. Je n'ai pas pu collaborer ni avec lui, ni avec la direction. Ça aurait pu changer, mais il était assujéti au médecin du travail *chef* de l'entreprise E. C'était terrible... ¹⁶ » Ces contradictions s'expriment concrètement par une guerre souterraine, ou ouverte, autour des « compétences » du médecin du travail (désignation des sujets à examiner dans le cadre de l'expérience, type d'examen à effectuer, vitesse ou lenteur dans la communication des résultats, etc.). Les pôles d'opposition se déplacent au cours de l'expérience : d'abord, syndicalistes et médecins du Centre médical mutualiste versus médecin du travail et direction de l'usine ; ensuite, médecin du travail versus Professeur P. ; enfin, médecin du travail versus direction de l'entreprise E.

Comment évoluait l'attitude de la direction de l'entreprise E. ? À la demande syndicale initiale — de prendre en charge le financement pour examiner, dans d'excellentes conditions techniques, l'ensemble des ouvriers, actuels et anciens, ayant subi un contact avec l'amiante — elle répond qu'elle assurerait une surveillance conforme à la législation et ne s'opposait pas aux examens supplémentaires *demandés par le médecin de l'usine*. Lorsque l'expérience se met en place dans sa participation, organisée par les mutualistes et grâce au financement UDMT-Centre anti-cancéreux, elle accepte de négocier.

Plusieurs protocoles sont élaborés entre les mutualistes et la direction de l'entreprise E. ; mais l'accord s'avère définitivement impossible sur les points suivants : l'approfondissement des examens (la direction semble avoir voulu limiter le protocole *médical* sans avoir pris, auparavant, l'avis du médecin de l'usine) ; l'information complète des ouvriers sur les résultats ; la mention officielle du *nom du Professeur P.*, en tant qu'animateur scientifique. Ce dernier point a eu une importance capitale, notée dans toute la correspondance relative au projet d'accord. « [Le directeur] m'a dit clairement ceci : Je ne veux absolument pas qu'apparaisse le nom du Professeur P. ! Nous collaborons avec le Centre médical, avec vous ; pas avec le Professeur P. ! — Parce que P. a une compétence reconnue par toute la communauté scientifique et il est plus facile de « démontrer scientifiquement » une équipe de généraliste que lui — quelles que soient d'ailleurs nos compétences acquises entre temps ; sur l'amiante, nous défierons bon nombre de pneumologues. Quand le Professeur P. appose « asbestose » sur un dossier, il ne se trouve pas beaucoup d'experts qui oseraient le contester ¹⁷. » « L'usine ici ferme, et *maintenant* ils veulent collaborer ! Avec la CGT ¹⁸ à la santé des travailleurs ! Mais point avec les scientifiques ! Car il reste les cinq autres usines ¹⁹. »

Les structures de rapports entre les différents acteurs montrent deux évolutions intéressantes : la trame initiale est classique : d'une part, direction et médecine du travail d'une entreprise face à des médecins praticiens extérieurs et des travailleurs-patients ; d'autre part, un réseau liant le pouvoir économique, l'élite médicale et des filières scientifico-administratives. Ce réseau fonctionne selon l'attribution socialement consacrée des « compétences », au double sens du terme, technique et politique. À partir du moment où un membre de l'élite médicale, appartenant au cercle scientifique, sort des « chemins battus » de ce réseau, le patronat *ne peut plus accepter son autorité scientifique*. Mais, l'entreprise *n'a jamais contesté sa qualité scientifique* ; elle se réfère alors à des critères légo-administratifs, comme l'ont fait les instances étatiques. Pratiquée hors des filières officielles, la science devient pour la patronat un danger aussi redoutable que l'action syndicale, et pour l'État un simple non-lieu.

L'évolution de l'attitude du médecin du travail est, selon notre hypothèse, essentiellement liée à la

présence « inhabituelle » d'un scientifique sur le terrain. Le médecin de l'usine était, auparavant, soumis à deux instances supérieures : l'une médico-professionnelle (le médecin du travail chef), l'autre hiérarchique et sociale (l'employeur). Ces deux autorités fonctionnaient pour lui d'une manière non-contradictoire, et l'indépendance professionnelle lui assurait une distance suffisante vis-à-vis des praticiens du Centre médical et des ouvriers.

La présence du « Professeur », autorité médicale reconnue, introduit une faille dans le fonctionnement de l'autorité. La division de l'Autorité en plusieurs références possibles, contradictoires, transforme la perception du monde social et celle de sa place propre dans cet ensemble. La polarisation du conflit sur le couple médecin de l'usine et professeur de médecine, ainsi que le changement progressif de l'attitude du premier, expriment à la fois la place de ce médecin au coeur de la lutte des classes et le vécu dramatique de la soumission à deux autorités professionnelles contradictoires (situation conflictuelle analysée par St. Milgram²⁰).

Les aboutissements de l'expérience

Par manque de ressources financières, l'expérience a dû être arrêtée après sa première phase : 78 ouvriers (ayant une ancienneté de 6 à 26 ans dans cette usine) ont été examinés. Les 66 dossiers déjà exploités donnent le tableau suivant :

- 11 sont « indemnes » ;
- 28 montrent un ou plusieurs signes de présence d'amiante dans le corps ;
- 19 montrent une asbestose débutante ;
- 8 montrent une asbestose avancée.

À travers cette expérience, 27 cas d'asbestose ont été dépistés là où les moyens de la médecine du travail et de la médecine de la famille n'avaient pu déceler que un et deux cas respectivement. L'expérience a aussi permis d'instaurer un important débat public sur l'amiante : réunions publiques, dossiers de presse, projet de création d'une Commission extramunicipale sur l'amiante, participation aux congrès scientifiques ou syndicaux, prise de contact avec les organisations syndicales des pays producteurs d'amiante, etc.

Une journée d'étude fut organisée par le Comité

d'établissement de l'usine avec la participation du Professeur P. Deux points méritent attention : les absents et le caractère globalisant des discussions.

Aucun représentant des Caisses de Sécurité sociale, ni aucun des médecins du travail des autres usines de l'entreprise n'étaient venus ; la direction s'était fait représenter par son directeur des relations humaines ; la représentation des syndicats et des comités d'entreprises des autres usines fut plutôt faible. La direction semble avoir réussi jusque-là à endiguer l'affaire pour en prévenir l'exportation vers ses autres usines.

Le débat montre l'évolution d'une logique d'abord revendicative au sens immédiat du terme — les notes des discussions antérieures à l'expérience en témoignent — vers une pensée prenant en compte les multiples aspects médicaux, légaux, économiques, etc., du problème et ceci à partir des derniers acquis scientifiques en matière d'amiante.

D'une part, au lieu de se limiter à demander le changement de statut de la médecine du travail²¹ et l'augmentation de l'indemnisation d'incapacité professionnelle, on s'applique à élaborer *les bases, la logique d'un nouveau cadre médico-juridique* :

a) d'un dépistage réellement efficace, suffisamment précoce ; et les procédures de leur adaptation permanente et rapide à l'avancée des connaissances scientifiques (type d'examen, périodicité, durée de surveillance après le changement d'emploi, etc. ;

b) d'un système d'indemnisation qui s'oriente d'après les connaissances scientifiques des mécanismes du développement pathologique et s'adapte à la situation sociale concrète afin de permettre à chaque sujet atteint de se soustraire effectivement aux agressions (fixation des seuils, de signes cliniques, types d'affection retenue, etc.).

D'autre part, la réflexion sur la *prévention* des maladies ne s'arrête pas à l'interpellation des techniciens en sécurité et de crédits en faveur des dispositions techniques, mais procède par propositions et initiatives venant des connaissances des ouvriers eux-mêmes. Elles concernent notamment les modalités organisationnelles du travail et les possibilités du remplacement de l'amiante (qualité technique et coûts de matière de remplacement, reconversion du personnel des industries de l'amiante, etc.).

*
* *
*

À travers une expérience apparemment strictement médicale, mais conduite d'une manière originale, se dégagent des revendications nouvelles à la fois précises et globalisantes, et une réflexion qui saisit le problème de l'amiante dans tous ses aspects socio-économiques. La prévention est désormais perçue comme une question de l'organisation du travail et de la société. Le refus de crédits et la fermeture de l'usine ont mis un terme à la question du devenir de cette « recherche-action ». Il semble se poursuivre à travers une nouvelle recherche-action militante, portant sur les conditions du travail dans une usine de sidérurgie. Le même processus de globalisation de la réflexion y est observable :

— Un ouvrier spécialisé au cours d'un débat public en décembre 1980 :

« On s'était aperçu qu'on parlait au « docteur » d'une certaine façon ; et on a commencé à s'entretenir entre nous, ouvriers, de « comment parlons-nous à notre médecin ? » Nous avons alors réalisé qu'on ne lui disait rien, rien sur le *travail* ! par exemple, s'il demande ce qu'on fait, on dit « électricien » ou « je suis à Acier-Ugine ». Or, il y a 300 à 400 postes de travail différents à Acier-Ugine... ; et notre électricien fait 25 km à pied dans sa journée de travail. Pourquoi ne parle-t-on pas au médecin *réellement* du travail alors que nous faisons la plupart du temps le rapport ? [...] Il y a eu des cas de silicose, mais personne ne savait très bien ce que c'est. Les médecins nous l'ont expliqué, et là, il y a eu des réactions ! [...] Comme la menace de grève n'allait pas changer le problème, et comme on sait maintenant d'où vient la silicose, on a réfléchi sur « comment organiser le travail autrement pour éviter la vapeur pathogène ? » Et on a trouvé un tas de solutions ! [...] Certaines étaient réalisables à notre niveau ; pour le reste, on l'a obtenu, car la direction ne pouvait plus nous renvoyer avec l'excuse qu'il « n'y a pas de solution ». [...] *On a pris confiance dans notre capacité de savoir, d'organisation.* [...] On voit mieux maintenant comment se servir de la médecine du travail, de l'Inspection du travail ; comment faire fonctionner ensemble leur rôle et le nôtre. [...] Ensuite, on a mis en question le travail de nuit. Nous avons fait toute une étude, démontrant que le travail

posté n'est pas nécessaire... même pas pour leur rentabilité, pour qu'ils ne puissent plus mettre en avant cet argument [...]. »

Ce discours permet d'apprécier la distance parcourue.

Les compte-rendus des réunions préparatoires au dépistage de l'asbestose notent (début 1978) « [...] de la part de ces travailleurs, syndicalistes, représentants des comités d'hygiène et de sécurité, une véritable volonté de prendre en charge eux-mêmes leurs problèmes de santé ne semble pas apparaître. On invoque surtout la responsabilité des médecins du travail ; certains, celle du médecin de famille. Seraient-ils seuls responsables de la santé des travailleurs ? »

En guise de conclusion

Il s'agit d'analyser dans quelle mesure l'expérience de recherche-action a transformé la représentation des participants, et dans quelle mesure une communauté d'intérêts, support de vision convergente sur un problème a pu émerger au-delà de la diversité d'objectifs et de l'insertion sociale de partenaires. On répondra affirmativement à la deuxième question et à la première pour ce qui concerne notamment le groupe syndical/ouvrier.

Les motivations

Le Professeur vise essentiellement un objectif scientifico-professionnel²² (« trouver des maladies » préciser la part de l'asbestose dans le pathologie des sujets exposés », « sensibiliser le corps médical »), pour affirmer sa spécialité face à ses pairs. Pour ce faire, il a besoin de relais dans le « terrain ». L'organisation mutualiste, en mettant à disposition ses ressources financières, technico-médicales, politiques, ses capacités de diffusion nationale et, notamment, en *organisant l'initiative*, vise à affirmer son identité politique, à consolider sa place à part entière dans la lutte politique pour la santé, face aux organisations syndicales et politiques de gauche. L'élargissement de son réseau vers la faculté de médecine lui permet d'affirmer son image de marque et auprès de ces organisations et auprès du corps médical français.

Le syndicat ouvrier part d'un objectif assez circonscrit, la protection sociale. Dans un premier temps, le problème de l'amiante est appréhendé surtout sous l'angle de la reconnaissance des maladies professionnelles et de leur indemnisation, d'où l'insistance sur « l'honnêteté » ou la « malhonnêteté » des médecins intervenant dans la procédure de la reconnaissance. Sous l'influence de l'expérience, l'objectif évolue vers une recherche de prévention, d'où une transformation de l'attente vis-à-vis du corps médical : le besoin d'un collaborateur technique devient alors dominant (« la compétence scientifique », « l'expert », « ils savent et nous expliquent »).

Le syndicat tend à intégrer l'activité scientifique dans sa stratégie de lutte. Dès lors, il perçoit de manière concrète, précise le conditionnement social du développement scientifique et technologique (rendu évident, par exemple, à travers le caractère inadéquat de la technologie médicale au dépistage efficace). En même temps que « la confiance » portée aux « médecins honnêtes » et à « la science » se relativise, elle s'enrichit de la confiance en soi-même pour penser, voire organiser la prévention et ceci en collaboration avec des scientifiques.

La dynamique propre de l'expérience ainsi que les blocages et conflits qu'elle a relevés permettent de préciser l'insertion de la médecine dans les rapports sociaux, et éclairent par là même la signification des « filières officielles », perçues comme s'opposant au « terrain ». En effet, la reproduction de la société se réalise à travers le fonctionnement des différents secteurs d'activité²³, y compris celui de la médecine et de la recherche médicale. Leurs « filières officielles » apparaissent comme des voies de transmission de la logique dominante. Dès lors, défier la division instituée des « compétences », c'est entraver le fonctionnement des mécanismes de la reproduction. L'évolution, dans le syndicat notamment, de la perception de l'amiante, de la médecine, de la science en général, et les changements que cette nouvelle vision induit au niveau des revendications et des actions syndicales permettent de conclure dans ce sens.

Monika Steffen
CERAT — IEP
Université des sciences sociales
Grenoble

NOTES :

¹ ...Tant que des « objectifs purement cognitifs » puissent se concevoir dans la pratique sociale. Sur ce point, les développements de Max Weber (notamment dans « L'Essai sur la théorie de la science ») gardent tout leur intérêt. Pour cet auteur, la réalité est « infinie », « chaotique » et « dénuée de sens ». Le savant y introduit « un sens », « un ordre », en « rendant significatives » et donc « évidentes » certaines relations entre certains éléments ou fragments de cette réalité infinie. Le choix des éléments et des relations s'opère en fonction des « rapports aux valeurs » du savant. Ce choix subjectif est, pour Max Weber, la condition même de l'existence de toute objectivité, ainsi que du renouvellement permanent de la science (car l'apparition en permanence de valeurs nouvelles permet un renouvellement constant de points d'approche possibles du réel, qui est lui-même en évolution permanente).

² Cet article est tiré d'un travail de recherche en cours. Les idées présentées ici ne peuvent donc pas avoir une valeur de conclusions définitives ou généralisables, mais seulement d'hypothèses de travail.

³ Pour le développement de cette idée, nous sommes largement redevables à Lucien Nizard, professeur de sciences politiques à l'Université de Grenoble.

⁴ Nous avons changé les initiales des personnes et des lieux.

⁵ Il s'agit des cas de l'entreprise Camisol et des bâtiments de l'Université de Jussieu à Paris.

⁶ Nos informations ont été recueillies par :

— Une série d'entretiens avec les principaux participants : le Professeur P., les médecins du Centre médical de la localité où est implantée l'usine d'E., les délégués syndicaux du Comité d'établissement, les responsables administratifs, médicaux, politiques, de l'UDMT qui gèrent le Centre médical ;

— L'étude des dossiers semi-confidentiels contenant les compte-rendus des réunions, correspondances, notes, rapports, etc. ;

— Revue de la presse locale, mutualiste et scientifique, consacrée à cette expérience ;

Nous n'avons pas encore pu interroger ni la direction de l'entreprise, ni le médecin du travail de l'usine, l'établissement ayant fermé.

⁷ Ouvriers dont la tâche consiste à entourer les tuyaux, câbles, etc., d'amiante afin d'assurer leur isolation thermique.

⁸ L'entreprise E. est un complexe important avec dix usines dont six travaillent l'amiante. Chaque usine a un ou plusieurs médecin(s) de travail. Ils sont hiérarchiquement subordonnés au médecin de travail chef, en poste dans une usine qui traite également l'amiante.

⁹ Entretien avec le Professeur P.

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Contacté par l'intermédiaire du Centre anti-cancéreux, la DDASS donne un accord de principe par la voie de son directeur. Accord qui n'a pas été entériné à la suite de l'intervention de la direction de la Caisse régionale de la Sécurité sociale, dépendant du ministère de la Santé.

¹² La législation française prévoit un délai de cinq ans maximum pour faire la déclaration d'une maladie professionnelle. Or, une pathologie d'amiante peut se déclarer après un délai beaucoup plus long.

¹³ Initiale changé par nous.

¹⁴ Entretien avec le Professeur P.

¹⁵ Entretien avec un représentant du syndicat de l'usine.

¹⁶ Entretien avec le Professeur P.

¹⁷ Entretien avec un médecin du Centre médical mutueliste.

¹⁸ Confédération générale du travail : centrale syndicale ouvrière la plus puissante en France.

¹⁹ Entretien avec un délégué syndical.

²⁰ Stanley Milgram, *Soumission à l'autorité*, Paris, Calman-Lévy, 1974.

²¹ En France, la médecine du travail fonctionne généralement dans le cadre d'un contrat de salariat entre le médecin et la direction de l'entreprise.

²² Les guillemets indiquent les expressions propres des acteurs.

²³ Sur la dialectique du global et du sectoriel, voir P. Muller, *La Genèse et l'élaboration d'une nouvelle politique agricole en France. 1945-1965*. Thèse de doctorat d'État, Sciences politiques, Grenoble, octobre 1980.

AUTOGESTIONS

revue trimestrielle

N° 4

novembre 1980

PÉROU 1968/80 : QUAND LES MILITAIRES S'EN MÊLENT...

Débat :
L'écologie pourquoi faire ?

numéro spécial

numéro 5
printemps 81

POLOGNE : LA BRÈCHE ?

• Articles de J. Kuron, K. Modzelewski, W. Kuczynski, etc. • Documents inédits • Débat avec K. Pomian, D. Singer et A. Smolar •

Éditions PRIVAT, 14 rue des Arts, 31.000 Toulouse

Abonnements : 100 F (individus) et 120 F (institutions) France

110 F (individus) et 140 F (institutions) Étranger

Prix au numéro : 30 F

Vendue en Librairie
