

Quantifier la santé au travail en entreprise : acteurs, conventions, usages

Marion GILLES*
Serge VOLKOFF**

Prenant comme objet d'études les chiffres de la santé au travail en entreprises, nous proposons, dans la continuité des recherches menées en sociologie de la quantification¹, de nous centrer sur les pratiques et les effets sociaux de l'activité même de quantification dans le champ de la santé au travail. Notre recherche repose sur l'étude de divers dispositifs quantitatifs déployés en entreprise. Nous avons centré notre travail d'observation sur la quantification envisagée comme une activité spécifique dont nous avons tenté de rendre compte. Dans chaque entreprise nous nous sommes mis à la recherche des traces de ces mises en chiffres en abordant leur confection très en amont de la production des chiffres, dès le stade de l'idée-même de quantifier des questions de santé au travail, et très en aval, en incluant les usages argumentatifs des statistiques. Cette démarche s'est traduite par la réalisation d'une centaine d'entretiens et le recueil de divers documents (des questionnaires, des analyses statistiques, des rapports de médecins, des comptes-rendus de CHSCT, de réunion de travail, des textes qui ont été soit écrits soit mentionnés par les personnes lors de nos rencontres). Cet article a pour objectif de synthétiser les principaux résultats de cette recherche et d'en formaliser les prolongements.

Méthodologie d'enquête

Partis d'une définition des statistiques de santé au travail sous l'angle unique d'une description chiffrée de divers aspects de la santé en lien avec le travail, nous avons rapidement rencontré sur le terrain des chiffres décrivant aussi des actions, des moyens, des objectifs. Pour rendre compte de cette diversité, nous avons, tout d'abord, choisi d'étudier trois « histoires » de dispositifs quantitatifs. La première se déroule dans un grand groupe de l'aéronautique ; les statistiques en santé au travail sont issues d'un questionnaire², reconduit chaque année, et visent le suivi des évolutions et des relations entre certaines caractéristiques du travail et de la santé des salariés. Dans la deuxième, au sein d'un institut de recherche dans la chimie, les statistiques étudiées concernent les facteurs de stress au travail et sont issues du questionnaire de Karasek³, renseigné tous les dix-huit mois par un échantillon de salariés.

* MODYS/LYON 2 – CMH/EHESS

** CEE/CREAPT

¹ Nous faisons référence à l'ensemble des travaux s'inscrivant dans les réflexions initiées notamment, en France, par Alain Desrosières : voir A. Desrosières, 1993, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte

² Ce questionnaire explore quatre grands thèmes : les conditions de travail (horaires, contraintes de temps, appréciations sur le travail, charge physique, nuisances chimiques), la formation (accès à la formation et tutorat), le mode de vie (sport, consommation tabac et alcool), l'état de santé (signes, consommation de médicaments et pathologie diagnostiquée, concernant cinq aspects : cardio-respiratoire, neuro-psychique, dermatologique, digestif, ostéo-articulaire).

³ Ce questionnaire est utilisé pour évaluer trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Il comporte 26 questions. La demande

Enfin, chez un équipementier, spécialisé dans les systèmes de freinage pour avion et Formule 1, les indicateurs analysés émergent dans le cadre d'une démarche de certification du champ santé et sécurité au travail (SST)⁴ et de la mise en place d'un management SST. Pour chacun de ces trois dispositifs, nous avons analysé les caractéristiques des données, leurs modes de construction et d'utilisation. Par ailleurs, afin de respecter la diversité des dispositifs existants, il nous est apparu nécessaire d'étudier aussi des cas dans lesquels les statistiques d'accident du travail constituent l'unique référence. Nous avons donc étudié la production et les usages des statistiques d'accidents au sein de deux PME – une entreprise de vente de matériel du bâtiment pour professionnel et une agence de travail temporaire spécialisée dans les métiers paramédicaux.

Résultats

Nous aborderons séparément deux configurations de dispositifs de quantification : dans un premier temps (**A**), l'usage de données plus usuelles et instituées, comme le sont les statistiques d'accident, dans un second temps (**B**), la construction de nouvelles données en santé au travail.

A. On observe tout d'abord une grande diversité des usages de la catégorie « accidents du travail » : indicateur des problèmes de santé des salariés, indicateur de coût financier pour l'entreprise, indicateur de sécurité⁵. Dans les entreprises, la diversité des « natures » de ces statistiques est centrale pour comprendre les formes de coordination entre acteurs de différents *mondes*. Par ailleurs, les chiffres des accidents sont de ces types de statistiques qui sont directement utilisées pour décider des actions et juger de leur degré d'accomplissement⁶. Dans ces usages des statistiques d'accidents, l'indicateur devient, pour les acteurs, une donnée. L'apparence de neutralité semble réduire l'occurrence à débattre des approches et définitions sous-jacentes aux indicateurs ou des modalités d'interprétation des résultats. On se fixe sur le niveau que l'indicateur doit atteindre et la critique est perçue comme pure dénonciation remettant en cause la réalité de l'objet. La confection de ces statistiques semble être entrée dans une forme de routine caractérisée par une standardisation des procédures d'enregistrement et de décompte des accidents. Ces manières de décrire et compter les accidents en entreprise entretiennent une relation étroite avec le système de Sécurité Sociale en tant que dispositif de compensation des atteintes corporelles basé sur des cotisations⁷. On

psychologique est évaluée par la quantité de travail, son intensité et son caractère plus ou moins morcelé tels qu'ils sont ressentis par les salariés. La latitude décisionnelle renvoie aux marges de manœuvre dont le salarié estime disposer pour peser sur les décisions dans son travail, aux possibilités d'utiliser et de développer ses compétences. Le soutien social décrit l'aide dont peut bénéficier le salarié, de la part de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues. Voir : Karasek R., Theorell T., 1990, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books, New-York ; et Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2006) « Définir les risques. Sur la prévention des problèmes de santé mentale », *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 163, pp. 33-38.

⁴ OHSAS 18001 : Occupational Health and Safety Assessment Series.

⁵ On retrouve cette idée de multiples facettes – à la fois outils de gestion et outils épidémiologiques – des indicateurs d'accident dans les travaux de Dodier lorsqu'il décrit la nature des statistiques médico-administratives : N. Dodier, 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métaillé.

⁶ C'est un exemple de ce que Desrosières, appelle la « circularité » entre les données permettant d'évaluer un fait social et les instruments choisis pour agir sur son évolution..

⁷ Il est frappant de constater la ressemblance des diverses « fiches d'accident du travail », sorte d'outil maison constitué dans chaque entreprise pour décrire le contexte de l'accident et ses conséquences pour la victime : on y retrouve les mêmes catégories de description, inspirées du formulaire de déclaration de la CRAM.

ne peut ainsi séparer la production des indicateurs d'accidents du travail dans les entreprises de son contexte juridique plus large : la prévention des accidents dans l'entreprise s'inscrit dans une logique d'assurance et consiste à tenter d'éviter l'accident et son coût⁸. L'instauration de ces routines semble par ailleurs contribuer à donner à ces chiffres un statut de référence indiscutable, fermant les possibilités que soient analysés en tant que tels les contraintes de la situation de travail et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrit l'accident. Ce processus de routinisation observé dans ces entreprises doit par ailleurs être envisagé sous l'angle d'un processus actif composé de diverses étapes dans lesquelles interviennent des acteurs qui défendent des positions. Des travaux ont montré les éléments qui agissent sur le niveau de déclaration des accidents du travail et notamment les rapports de force qui sous-tendent les compromis et conflits entre acteurs de l'entreprise autour de la reconnaissance des accidents⁹. Nos observations ouvrent, nous semble-t-il, à un autre questionnement qui a trait aux conditions de *discutabilité* et de *débatibilité*¹⁰ de ces chiffres dans les différentes audiences de l'entreprise.

B. Les cas de production de nouvelles données chiffrées en santé au travail émergent dans différents contextes. La création de l'Observatoire, au sein du groupe de l'aéronautique, est à l'initiative de médecins du travail qui voient dans les évolutions du travail au sein des entreprises du groupe, et dans les enjeux pour la médecine du travail qu'a impliqués le « scandale de l'amiante »¹¹, la nécessité de développer un dispositif de suivi dans la durée des caractéristiques du travail et de la santé. Dans l'institut de recherche appliquée, la demande de chiffres dans le champ de la santé mentale est formulée par les représentants des salariés au CHSCT et traduite par des médecins du travail de l'entreprise par la production d'« indicateurs de stress au travail »¹². Enfin, chez l'équipementier, la quantification provient davantage d'un réseau de prescriptions faites à l'ensemble des acteurs du champ de la santé et de la sécurité, répondant à une volonté de certification, de normalisation et d'intégration du champ dans un système de management de l'entreprise. Si les chiffres produits décrivent des objets différents – des caractéristiques du travail ou de la santé, des risques, des actions, des moyens, des objectifs – ces trois situations ont néanmoins quelques points communs.

Les médecins qui développent, intègrent ou soutiennent le processus de quantification ont en commun la conviction que la quantification augmente l'importance sociale des objets mesurés : la santé et ses relations avec le travail. Ils voient par ailleurs dans les chiffres un moyen d'intégrer les espaces décisionnaires et gestionnaires, dans lesquels le champ de la santé au travail serait peu représenté ou dans une position dominée. Ils mettent en avant la

⁸ Cette réflexion nous semble complémentaire aux travaux qui s'intéressent au traitement institutionnel des accidents : Henry et Jouzel (2008) montrent notamment que les pratiques des acteurs administratifs sont caractérisées par des routines de gestion qui sont profondément structurées par la logique de compromis inscrit dans la loi de 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail : E. Henry et J.-N. Jouzel, 2008, « Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique », *Santé publique* 2008/0, n° 20, pp. 181-189. Voir également Munoz J. (2008), « L'angle mort de l'action publique dans le domaine de la santé au travail : l'activité de travail des professionnels de la réparation et autres », *Cahiers Risques collectifs et situations de crise* n° 9, Ed. MSH-Alpes.

⁹ Lenoir R., 1980, « La notion d'accident du travail : un enjeu de lutte », *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 32-33, pp. 77-88 ; Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A., 2001, « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », *Travail et Emploi* n°88, pp. 25-42 ; Daubas-Letourneux V., 2005, *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

¹⁰ Nous empruntons ces termes à Desrosières (1992) : « Discuter l'indiscutable. Raison statistique et espace public », *Raisons Pratiques* n° 3, pp. 131-154.

¹¹ Selon l'expression de plusieurs médecins rencontrés.

¹² Formulation en usage dans l'entreprise.

réputation d'autorité dont bénéficie l'argument statistique auprès des gestionnaires, et qui justifie son recours ; ils expriment l'espoir qu'en parlant le même langage, leurs analyses et leurs points de vue gagneront en légitimité. Les données chiffrées apparaissent alors sous une double facette : instrument de légitimation et ressource argumentative, pour soutenir, au sein d'espaces de discussions élargies, des représentations des enjeux de santé au travail.

Si pour beaucoup de managers ou gestionnaires que nous avons rencontrés la quantification présente des garanties d'objectivité et de synthèse, son développement est également perçu comme un moyen possible (parmi d'autres) de protection. Des responsables RH ou directeurs d'établissement citent les évolutions juridiques concernant les questions de santé au travail et la tendance à une judiciarisation de celles-ci¹³. Face à ce constat, les directions semblent rechercher de « nouveaux outils de preuves » ; l'argument statistique et les dispositifs de quantification apparaissent alors comme une ressource précieuse, un point d'appui, pour justifier, en cas de mise en accusation, de la réalité des démarches engagées par l'entreprise pour appréhender le problème et essayer d'agir. Chez l'équipementier, on découvre un autre aspect de cet attrait pour le développement de la quantification. Une des principales évolutions portées par le modèle de normalisation du champ SST est l'irruption, dans le champ de la santé au travail, comme l'avaient connu précédemment la qualité et l'environnement, des notions de traçabilité, mesure, objectif et résultat... La santé au travail prend ainsi place dans un appareil déjà existant de mise en chiffres interne à l'entreprise. Dans ce contexte l'activité des médecins devient plus visible que ce qu'elle était auparavant : ce que font les médecins se voit davantage suivi, compté, évalué.

Les représentants des salariés n'expriment pas un tel attrait pour les chiffres, mais ne s'opposent pas pour autant à leur recours. Lorsque, au sein de l'institut de recherche, la demande de chiffres est exprimée, lors d'un CHSCT, par des représentants des salariés, ils entrevoient les démarches de quantification comme un moyen pour « amorcer la discussion sur un sujet délicat » (*Extrait d'entretien*).

Dans ces trois situations, l'acceptation des méthodes quantitatives pour aborder les questions de santé au travail l'emporte ; elles semblent constituer, selon la formule employée par Latour à propos de l'histoire d'Aramis, « un bon échangeur de buts »¹⁴.

Toutefois, des résistances et des oppositions vont s'exprimer durant les différentes phases du processus de quantification. Ces positions nous rappellent d'une part que la rencontre des chiffres avec la santé au travail n'est pas « évidente » et fait l'objet de multiples débats ; elles nous informent d'autre part sur les enjeux de définition du phénomène mesuré – la santé au travail. Tout au long de ce processus, des catégories de mesure sont discutées, des chiffres sont critiqués, intégrés à des jugements, utilisés par certains acteurs comme ressource dans des enjeux de positionnement ou des conflits de représentations, oubliés ou ignorés par d'autres.

Les débats sur les catégories de mesure varient selon les origines des conventions de quantification¹⁵. Dans le cas du dispositif déployé au sein du groupe de l'aéronautique, ces conventions sont produites au moment de la conception des dispositifs quantitatifs par un réseau d'acteurs externes et internes aux entreprises (médecins et statisticiens-chercheurs) qui

¹³ E. Henry illustre l'irruption du judiciaire sur la scène de la santé au travail et l'analyse dans une perspective de sociologie de l'action publique, pour l'inscrire dans un affaiblissement des compromis entre les administrations et les représentants des employeurs et des employés qui ont structuré le champ de la santé au travail depuis des années, amenant à un développement de nouveaux « répertoires d'action collective » (Henry E. et Jouzel J.-N., 2008).

¹⁴ Latour B. (1992), *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte, p. 43.

¹⁵ Nous reprenons, sous cette formulation, la définition de Desrosières (2008) : « l'ensemble des discussions, négociations, compromis, codages, procédures et calculs conduisant à la mise en nombre », A. Desrosières, 2008, *Pour une sociologie historique de la quantification*, Mines ParisTech.

partagent les fondements théoriques sous-jacents au questionnaire : ceux relatifs à une approche ergonomique en termes d'*activité*, d'une part, ceux liés au mouvement scientifique d'objectivation des conditions de travail, d'autre part. Des variables du questionnaire sont interrogées et débattues par un public plus large lorsque les statistiques deviennent publiques¹⁶. Le travail de catégorisation se trouve alors au centre de discussions et de processus de négociation dans lesquels se confrontent diverses représentations des phénomènes mesurés.

Dans le cas où l'origine des conventions de quantification est externe et antérieure au travail des acteurs de l'entreprise¹⁷, les catégories du questionnaire apparaissent comme des objets non discutables, au sens où ils ne sont pas modifiables. Dans ces situations les médecins en proposent alors une traduction : ils opèrent une connexion entre ces catégories et des situations de travail concrètes. Se déploient, dans cette configuration, diverses controverses. La première, entre médecins du travail, concerne l'usage d'un questionnaire pour aborder les questions de stress au travail et renvoie à des lignes de partage qui affectent toute une série de dimensions relatives à l'exercice du métier : la manière dont le médecin caractérise sa place dans le jeu social, sa conception de la science et de l'objectivité, la place de la clinique dans l'élaboration de son jugement, sa perception des sources de sa légitimité, les outils utilisés. La seconde controverse se déroule au sein des CHSCT lorsque les représentants des salariés critiquent des catégories de mesure jugées abstraites, trop éloignées de la réalité du travail qu'ils entendent rappeler. Par cette prise de position sur la démarche, les élus défendent une autre manière d'accéder à la réalité – par la proximité au terrain – et réaffirment par là-même leur source de légitimité.

Dans le cas où la normalisation caractérise l'espace dans lequel les chiffres en santé au travail se sont en partie déployés, les responsables du management SST développent des chiffres portant sur les moyens et les actions¹⁸. Les débats, engagés par les médecins, vont porter sur les possibilités de compléter ces chiffres par des descriptions chiffrées de l'état de santé des salariés et des caractéristiques du travail. Ici, le principe de quantification du champ de la santé au travail n'est pas remis en question mais, par cet élargissement des catégories mesurées, il s'agit pour les médecins d'introduire une autre représentation de ce champ. A travers leurs propositions d'indicateurs, ils cherchent à singulariser leur position, délimiter et définir leur champ d'intervention. Dans cette situation tous les acteurs comptent, mais pas les mêmes choses, ni de la même façon. Ces différences dans les manières de compter sont à la source de nombreuses controverses. La confrontation de ces manières de compter conduit les personnes à défendre des catégories de mesure. Ces catégories, proposées par chaque acteur, correspondent à la perception de chacun, à la fois des risques et de son propre positionnement dans le champ.

Dans les situations observées, des chiffres sont rendus publics : ils sont présentés par les médecins au sein de diverses audiences de l'entreprise, principalement des comités de direction et des instances paritaires (essentiellement les CHSCT), inscrits dans des rapports ou autres documents écrits qui circulent dans les entreprises. Les descriptions chiffrées sont soigneusement confectionnées en sélectionnant certains chiffres, présentés en graphiques ou en tableaux. Plusieurs repères guident les médecins dans le choix et la « mise en scène » des chiffres restitués. Tout d'abord leurs formes présentent des caractéristiques proches des

¹⁶ Les catégories « gestes répétitifs » et « pression temporelle », en particulier, sont au centre de multiples débats autour de leur définition et de leur traduction dans l'entreprise.

¹⁷ Par exemple, l'utilisation du questionnaire de Karasek est un « réusage » : les médecins réintroduisent dans l'espace de l'entreprise, un outil statistique développé dans un autre contexte d'usages lié à des recherches en épidémiologie et à des dispositifs d'enquête nationale.

¹⁸ Nous observons par ailleurs un développement de ce type de chiffres lié à une évolution des usages des statistiques en santé au travail induite par l'introduction de normes de gestion et de management dans le champ de la santé au travail.

indicateurs de gestion : les chiffres décrivent des évolutions d'une année sur l'autre, en comparaison avec les niveaux du groupe, ils résument la situation, en donnent un *abrégé*¹⁹, avec un graphisme très visuel. Les graphiques ou autres tableaux de bord incarnent le travail de *traduction*²⁰ réalisé par les médecins pour connecter leurs repères à ceux des décideurs. Par ailleurs, il s'agit de veiller à la solidité des chiffres et faire en sorte qu'ils *tiennent* devant diverses audiences : les chiffres sont associés à un réseau d'autres chiffres, connectés avec le monde scientifique. Enfin, les manières de confectionner les descriptions chiffrées intègrent la contrainte d'équilibre liée aux instances dans lesquelles circulent les chiffres²¹. Sous cet aspect, les médecins anticipent les tensions entre les différents groupes pour confectionner un ensemble acceptable, composé de chiffres, de courbes et de commentaires. La description d'une diversité de situations est une des formes que prend la confection de « diagnostics acceptables ».

Qu'en est-il du destin des chiffres ? Chez les représentants des salariés, les attitudes vis-à-vis des processus de quantification sont diverses et les débats sur les chiffres, en CHSCT, très inégaux. Lorsque des élus se distancient de ces processus, ils semblent craindre que la réputation d'autorité des chiffres contribue à la dévalorisation des expressions de souffrance plus individuelles ou des analyses qualitatives issues d'observations de situations de travail. La critique de l'abstraction des catégories de mesure et des résultats produits combinée à l'affirmation récurrente selon laquelle « *ces chiffres ne nous disent rien de plus que ce que l'on sait déjà* » (extrait d'entretien avec des membres de CHSCT) sert l'introduction d'une démarcation entre deux formes d'accès à la réalité. Par ces critiques, les élus singularisent leur approche en l'opposant à la mise à distance des situations singulières qui résulte d'une démarche de quantification, et réaffirment par là-même leur source de légitimité. Pour autant, si les élus craignent une dévalorisation de leur approche face à une suprématie des arguments chiffrés, ils attendent aussi des chiffres qu'ils viennent confirmer leurs constats, convaincus qu'un diagnostic étayé de chiffres constitue une force supplémentaire dans les rapports de forces qui se jouent au sein des instances paritaires. Dans cet esprit, certains chiffres sont, par exemple, insérés dans des tracts syndicaux, venant en appui d'une position défendue et servant une posture de dénonciation.

En revanche, dans de nombreuses situations, le langage chiffré concernant les questions de santé au travail semble jouer comme repère commun dans les échanges entre les gestionnaires et managers et les médecins du travail. L'idée d'*objet-frontière*²², est une façon d'interpréter ces situations. Si médecins et gestionnaires se coordonnent autour des chiffres produits c'est parce qu'ils partagent les mêmes *équipements* – des histogrammes, des pourcentages, des tableaux de bord, des comparaisons chiffrées entre divers périmètres de l'entreprise, des formes de généralité – sans pour autant s'accorder précisément sur ce que ces indicateurs recouvrent. Comme le suggèrent les oppositions observées, par exemple entre médecins et gestionnaires, sur les définitions des liens santé-travail ou les actions à mettre en œuvre, ces chiffres constituent des points de contacts entre ces groupes sans qu'il y ait nécessairement la

¹⁹ Berry M. (1983) *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, CRG, École polytechnique, Paris.

²⁰ Callon M., 1986, « Eléments pour une sociologie de la traduction », *L'Année sociologique* n° 36, pp. 169-208.

²¹ On retrouve ici un constat formulé par Dodier issu de son analyse sociologique du dispositif SUMER : Dodier N. (1995) « Qu'est-ce qu'un bon chiffre ? Confection et circulation d'une statistique sur les risques professionnels. » dans *L'usage des méthodes statistiques dans l'étude du travail*. Cahier Travail et Emploi, La Documentation Française, pp. 71-99. Cette idée est également développée dans Dodier (1993).

²² S.L. Star, J. Griesemer (1989) « Institutional ecology, Translations, and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie », *Social Studies of Science*, 19(3) : 387-420.
S.L. Star (1999) "The ethnography of infrastructure", *American Behavioral Scientist*, Vol.43 (3) : 377-391.

production d'un sens commun, les modes de raisonnement restant ancrés dans les particularités de chaque pratique.

Progressivement, les médecins insèrent les dispositifs de quantification dans d'autres dispositifs de l'entreprise : le suivi d'un accord d'entreprise, une étude sur le vécu au travail ou un plan de prévention des risques psychosociaux. Les chiffres en santé au travail circulent dans de nouvelles audiences en même temps que s'étend le périmètre des interventions publiques des médecins. D'autres acteurs se saisissent alors des chiffres et les dispositifs quantitatifs s'intègrent dans des réseaux d'acteurs qui les reprennent, les critiquent. Plus on s'éloigne des espaces de production des chiffres en santé au travail, plus ils semblent devenir autonomes, indépendants des raisonnements qui les ont fondés et existent en dehors des présupposés sous-jacents à leur construction²³. Ainsi, comme le suggère, par exemple, l'usage des statistiques de santé au travail dans une logique de *benchmarking*²⁴, les effets cognitifs et sociaux des démarches de quantification sont liés au réseau plus vaste d'énonciation et d'action dans lequel les chiffres sont insérés.

Perspectives

Ces résultats apportent différentes contributions qui explicitent ou approfondissent les connaissances relatives à l'approche chiffrée de la santé au travail. Notre principal résultat est sans doute d'aider à mieux caractériser les chiffres de la santé au travail existants dans les entreprises, à mieux appréhender leur logique de construction et d'utilisation. Toutefois, au terme de cette phase de nos recherches, des questions restaient en suspens, constituant de nouvelles perspectives²⁵.

L'attention portée au processus de fabrication des chiffres nous a permis de mettre en lumière d'une part, les diverses opérations de traduction, d'élargissement des projets, de compromis, qui ont lieu tout au long du processus de quantification, d'autre part, l'hétérogénéité des enjeux et intérêts liés aux dispositifs de quantification, les diverses logiques de production et d'usage des données chiffrées. Il s'agit désormais d'étudier la manière dont, précisément, dans diverses situations de production, d'usage ou de discussion des statistiques, se confrontent les visions du monde, les logiques d'acteurs, les modes de raisonnements, les points de vue et leurs éventuelles évolutions concernant l'homme au travail et le concept de santé au travail. Ces perspectives nous amènent à compléter notre méthode d'enquête – basée sur des entretiens et des analyses de documents – d'observations directes en entreprise en suivant les travaux et débats au sein de diverses instances dans lesquelles les données chiffrées sont produites, restituées, discutées. Notre objectif est d'explicitier plus concrètement l'utilité pratique des chiffres en entreprises : préciser leurs effets sur les manières d'appréhender les enjeux de santé au travail, éclairer les interactions entre descriptions chiffrées et actions²⁶.

²³ On retrouve ici le processus, maintes fois illustré par Desrosières, par lequel les chiffres, une fois transformés en « boîte noire », sont repris dans d'autres assemblages et circulent tels quels, coupés de leur genèse.

²⁴ Dans l'ensemble des situations observées, les descriptions chiffrées de la santé des salariés, de certaines caractéristiques du travail ou des actions menées en matière de prévention sont enrôlées dans un système comparatif : on compare les statistiques à différentes périodes, entre filiales, établissements ou secteurs ou encore à des statistiques issues d'enquête nationale. Dans cette logique de *benchmarking*, l'attention est moins portée sur les niveaux des indicateurs en eux-mêmes que sur des niveaux relativement à d'autres.

²⁵ Ces approfondissements constituent l'objet d'une recherche en cours financée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET).

²⁶ Cette orientation nécessite de considérer attentivement les travaux de I. Hacking et notamment la notion d'*effet de boucle* illustrée dans ses écrits par de multiples exemples concernant ces « effets » ou interactions par

Dans l'objectif de mieux appréhender les différentes positions vis-à-vis de la quantification en entreprise, il s'agit par ailleurs de compléter le regard sur la fabrication des chiffres par une attention plus grande à ceux qui comptent et font ces chiffres : 'Qui faut-il qu'ils/elles soient pour que de telles objectivations aient lieu ?'. Le premier regard met en évidence une activité particulière, celle de faire des chiffres, le second interroge la situation de cette activité dans l'espace social. S'agissant des médecins du travail, par exemple, il semble que les positions vis-à-vis des approches quantitatives en santé au travail se nourrissent (de) et s'inscrivent dans des parcours et des réseaux spécifiques qui traversent les frontières de l'entreprise. Dans cette perspective, nous nous intéressons aux parcours des personnes, aux filières professionnelles et sociales (lieux de formation, réseaux professionnels, militantisme syndical et associatif ...) auxquelles elles appartiennent, à la spécificité de l'activité professionnelle et au rôle qu'y joue l'introduction de la quantification²⁷.

Notre ambition est de proposer une grille de lecture des procédures de quantification et de leurs effets cognitifs et sociaux. Contribuer à une meilleure connaissance de ces processus nous paraît d'autant plus important que l'appel aux chiffres pour étudier, débattre des relations entre santé et travail est de plus en plus prégnant dans le débat social actuel.

lesquelles les individus classés sont influencés par la façon même dont ils ont été classés. L'intérêt de ces travaux pour notre recherche est lié à la manière dont Hacking décrit finement, de manière historique et empirique, la grande variété de ces interactions, et par là-même la complexité de ces *effets de boucle*, derrière l'apparente simplicité que pourrait laisser entendre la formule. En effet, ces interactions dépendent de mécanismes divers liés aux espaces institutionnels et sociaux dans lesquels elles ont lieu.

²⁷ Ces questionnements renvoient aux récentes orientations proposées par un courant de la Sociologie des professions : F. Champy, 2009, La sociologie des professions, PUF.