



HAL
open science

Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes.

Arnaud Mias, Danièle Carricaburu, François Féliu, Ludovic Jamet, Emilie Legrand

► To cite this version:

Arnaud Mias, Danièle Carricaburu, François Féliu, Ludovic Jamet, Emilie Legrand. Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes.. 2012. hal-00757612

HAL Id: hal-00757612

<https://hal.science/hal-00757612v1>

Submitted on 27 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes

Rapport final

Convention de recherche Anses n° EST-2008/1/23

Février 2012

Responsable scientifique :

Arnaud Mias, Maître de conférences, Université de Rouen, Dynamiques Sociales et Langagières (DySoLa, équipe d'accueil)

Équipe de recherche :

Danièle Carricaburu, Professeure des universités, Université de Rouen, DySoLa

François Féliu, Ingénieur d'études, DySoLa

Jamet Ludovic, Post-doctorant, DySoLa

Émilie Legrand, Maîtresse de conférences, Université du Havre, Centre interdisciplinaire de recherche sur les mobilités (UMR CNRS 6228 IDEES)

PrévCMR
n° EST-2008/1/23
Rapport Final

Projet financé dans le cadre du PNR EST
Programme national de recherche Environnement-Santé Travail

Titre du projet: Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes

Période concernée: du 1^{er} novembre 2008 au 15 février 2012

Nom, titre et organisme du responsable scientifique:

Arnaud MIAS
Maître de conférences
Université de Rouen, DySoLa

DECLARATION DU RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Je, soussigné Arnaud Mias, responsable scientifique du projet PrévCMR, déclare que

Le présent rapport final donne une description fidèle des travaux réalisés dans le cadre du projet depuis son démarrage.

Le projet (cocher la case correspondante):

- a entièrement atteint ses objectifs;
- a atteint l'essentiel de ses objectifs excepté des écarts mineurs;
- n'a pas réussi à atteindre certains des objectifs essentiels prévus.

A ma connaissance, le rapport financier est en accord avec les travaux réalisés.

Date: 7 mars 2012

Signature: Arnaud Mias

1. RESUME

Synthèse publiable du rapport final

Ce rapport propose une analyse de la forme que prennent dans les entreprises les démarches de prévention des risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)¹. Ces risques désignent une catégorie spécifique de risques chimiques, qui a fait l'objet d'une réglementation particulière depuis vingt ans et fait aujourd'hui partie, depuis le scandale de l'amiante, des priorités de l'action publique en matière de santé au travail. Ils reflètent particulièrement bien les problématiques nouvelles de santé au travail dans la mesure où ils sont à la fois *collectifs* (ils concernent rarement un seul poste de travail), *diffus* (et donc difficilement identifiables et isolables) et *différés* (ce qui pèse sur la prise de conscience des dangers encourus, l'attention des salariés se portant le plus souvent sur les risques immédiats d'accidents).

Interroger les démarches de prévention des risques CMR, c'est d'abord appréhender la forme concrète qu'elles prennent dans les entreprises : Qui en est à l'initiative ? Quels sont les dispositifs mis en place ? Comment se déroulent dans le temps ces processus ? C'est également identifier les enjeux pour les acteurs engagés dans ces démarches. C'est surtout comprendre les dynamiques qui portent ou freinent les démarches de prévention de ces risques, en portant attention aux configurations de relations professionnelles dans lesquelles elles émergent, c'est-à-dire les pratiques et les règles qui structurent les rapports non seulement entre les acteurs internes à l'entreprise (employeur, encadrement, salariés, représentants du personnel, préventeurs, responsables Hygiène sécurité environnement), mais aussi avec les acteurs institutionnels qui ont une mission d'intervention dans l'entreprise (médecins du travail, inspecteurs du travail, contrôleurs de la Carsat). Notre volonté d'interroger la manière dont les relations professionnelles s'emparent des enjeux de santé au travail, et de prévention des risques CMR en particulier, découle du constat d'un écart grandissant entre les attentes en matière de santé au travail (portées par l'opinion publique, les salariés, l'action publique et la réglementation) et les moyens dont disposent les acteurs des relations professionnelles dans les entreprises pour faire face à ces exigences nouvelles. Deux problématiques sociétales dominantes se percutent autour de cet enjeu précis de la santé au travail : d'un côté, les préoccupations sanitaires, aux formes diverses, de l'autre, une flexibilisation de l'emploi qui se traduit notamment par une plus grande autonomie des entreprises dans l'établissement des règles du travail. Les exigences s'accroissent au moment même où s'observe un relâchement de l'encadrement collectif des rapports de travail, faisant apparaître une incertitude forte sur la capacité à mettre en œuvre la prévention des risques professionnels dans les entreprises.

Cette étude propose une compréhension de la *construction sociale des démarches de prévention des risques CMR*. Elle part du postulat que les démarches de prévention sont fondamentalement contingentes : elles prennent des formes très différentes en fonction du contexte socio-économique et ne sont jamais acquises une fois pour toutes. Les différents acteurs qui prennent part aux démarches de prévention agissent en fonction de l'idée qu'ils se font des risques CMR. Certes, cette représentation peut être outillée par des instruments de mesure et des dispositifs techniques destinés à en objectiver la présence et la dangerosité. Mais, même dans ces cas, la représentation du risque cancérigène peut différer grandement de sa réalité : les risques CMR ne sont jamais un élément donné du contexte des démarches de prévention. Leur déploiement est tributaire de la définition sociale de la situation (à risque ou pas), qui ne cesse d'être précisée tout au long de ces démarches. Or, comme il existe un rapport dialectique entre la façon dont est définie une situation et l'attitude privilégiée, l'un des enjeux fondamentaux des démarches de prévention consiste précisément à faire coïncider les définitions que les différents acteurs proposent de la situation (de l'état des risques professionnels dans l'entreprise et de la façon de les prévenir).

¹ Cette étude a été conduite, sous la direction d'Arnaud Mias, par une équipe de sociologues du laboratoire Dynamiques sociales et langagières (DySoLa, ex-GRIS) de l'Université de Rouen (D. Carricaburu, F. Féliu, L. Jamet et É. Legrand). Elle s'est déroulée dans le cadre d'un partenariat avec la Direction Haute-Normandie, la Carsat Normandie, l'Aract Haute-Normandie ainsi que le service de Médecine du Travail et Pathologie Professionnelle du CHU de Rouen.

La compréhension des démarches de prévention ne se réduit toutefois à ces seules dimensions cognitives. En effet, ces démarches prennent d'abord la forme d'un *travail de prévention* qui, s'il inclut un volet technique souvent conséquent², contient toujours un travail sur les règles : définir des usages attendus des équipements de protection, interdire des pratiques, limiter l'accès à des produits ou à certains locaux, mais également s'entendre sur la manière dont doit circuler l'information sur les risques professionnels dans l'organisation (sensibilisation des salariés, remontée d'informations vers les préventeurs), préciser les responsabilités de chacun, etc. Ce travail de prévention peut être considéré comme une production normative régulière qui contribue à « organiser », à structurer les actions tant des destinataires des règles que de leurs concepteurs, et à ainsi définir et stabiliser un certain ordre social, ordre qui n'est nullement statique, mais changeant, auquel tous les acteurs participent. Il est une activité collective, résultat de la rencontre plus ou moins contingente d'un ensemble d'initiatives et de réponses des différents acteurs pour résoudre un problème identifié (la présence de risques CMR). L'auteur (collectif) de cette production normative ne lui préexiste pas. Il se (re)construit à travers l'élaboration des règles. Il est à géométrie variable, redéfinit en permanence ses frontières, ses alliances et ses exclusions. Dans certains cas, le travail de prévention peut être pris en charge par les seuls préventeurs de l'entreprise. Dans d'autres, il prend une forme plus démocratique, avec une participation forte des membres du CHSCT. Dans d'autres cas encore, les acteurs institutionnels interviennent fréquemment pour porter le projet de prévention.

Ce travail de prévention est fondé sur une analyse cognitive de la situation. Cette analyse, si elle renvoie, comme nous l'avons suggéré aux représentations que se font les différents acteurs du risque cancérigène, porte également sur la situation économique de l'entreprise et sur la pertinence des solutions techniques envisagées en fonction du caractère plus ou moins rigide que les acteurs attribuent à la technique de production en vigueur dans l'organisation. Les contextes économiques et techniques font l'objet d'appréciations parfois divergentes. Dans ces cas, le travail de prévention inclut des moments de débats et de réajustements des définitions de la situation. L'analyse cognitive de la situation procède également d'une appropriation singulière des règles en vigueur. Le travail de prévention est en effet aussi un travail de mise en conformité légale, que l'on peut considérer comme un travail d'accommodation par lequel les entreprises engagent des actions qui contribuent à (re)configurer ce qu'est être en conformité avec le droit, de manière parfois très éloignée de l'esprit de ces lois. Plutôt que de constater ou de mesurer l'écart entre la réglementation et les pratiques en matière de prévention des risques CMR, nous avons souhaité comprendre pourquoi, dans telle situation, une règle de droit est mobilisée, alors qu'une autre est négligée, en observant la manière dont le cadre légal façonne les démarches concrètes de prévention. La mobilisation en situation de ces règles de droit conduit en effet à reconfigurer la situation d'action elle-même, modifiant le périmètre des acteurs concernés par les démarches de prévention, renforçant les ressources de certains et les contraintes d'autres, etc. Le sens donné à ce cadre légal est donc un élément décisif pour comprendre comment se déploie le travail de prévention.

Travail sur les règles issu d'une analyse cognitive de la situation, le travail de prévention invente des dispositifs, des pratiques et des savoirs qui stabilisent les relations entre les différents acteurs autour d'une manière partagée de voir la situation et de concevoir l'action de chacun. Cette « invention » ne s'opère jamais *ex nihilo*. Il se situe à un double niveau : celui des règles pratiques qu'il formule (normes de travail, procédures, formes de communication, formation) et celui des actions qui produisent ces règles (la stabilisation d'une configuration d'acteurs qui participent à la démarche de prévention, l'invention de règles communes pour gérer les interactions entre les différents acteurs engagés). Ce sont ces deux niveaux que nous avons conjointement étudiés.

Les trois volets de l'étude empirique

L'enquête auprès des entreprises repose sur un peu plus de 60 entretiens réalisés dans 17 entreprises différentes de la région Haute-Normandie. Il s'agit d'un échantillon raisonné d'entreprises

² Mesure des valeurs limites d'exposition, installation d'un système de captage des poussières et fumées, recherche de substitution de produits, choix d'équipements de protection individuelle adaptés et efficaces, etc.

visant à faire varier les configurations productives et sociales dans lesquelles la démarche de prévention était engagée. Pour choisir ces entreprises, nous avons d'abord identifié trois situations typiques que nous souhaitions étudier : des activités de production soumises à des risques cancérigènes élevés, bien que peu connus par les acteurs sociaux (formaldéhydes et poussières de bois) (6 cas) ; des activités de maintenance et de nettoyage industriel, rassemblant des petites entreprises sous-traitantes (4 cas) ; des activités où les risques sont connus, sur lesquels on possède un recul de plusieurs années et où l'accès sera facilité par un profil spécifique de relations sociales (grandes entreprises, avec une présence syndicale importante, et qui ont certainement engagé des actions dans le domaine) (7 cas). Le choix de ces trois groupes de secteurs assure une comparaison entre des situations suffisamment contrastées du point de vue des conditions de travail, des risques cancérigènes et des relations professionnelles. Pour chaque entreprise, l'objectif fut de rencontrer des représentants de la direction (le directeur de l'établissement et / ou le responsable HSE) et des représentants des salariés (membres du CHSCT, délégués syndicaux). Dans certains cas, les discours peuvent entrer en contradiction ; dans d'autres, on a observé une très large unanimité dans l'évaluation faite de la situation (dangerosité, risques présents, qualité de la démarche de prévention). Ces entretiens ont très souvent été complétés par des entretiens auprès d'acteurs institutionnels (médecin du travail, inspecteur du travail et / ou Carsat) ayant une connaissance précise de l'entreprise, pour contrebalancer ou confirmer le discours tenu par les membres de l'entreprise. Toutes les directions n'ont pas accepté de nous rencontrer et l'accueil qui nous a été réservé a été fort divers. Aussi, même si nous avons élaboré des guides d'entretien semblables et des trames communes pour rédiger les monographies d'entreprise, la richesse d'informations recueillies varie beaucoup d'une entreprise à l'autre.

Le second volet de l'enquête concerne les acteurs institutionnels en tant que tels. Il vise à identifier leur perception des risques cancérigènes et la manière dont ils s'y rapportent dans leurs pratiques professionnelles. Plus de 70 entretiens ont été réalisés auprès de six catégories d'acteurs : *les services de santé au travail* (médecins, intervenants en prévention des risques professionnels, direction) ; *l'administration du travail* (inspecteurs du travail en section, fonctionnaires de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Haute-Normandie et de la sous-direction Conditions de travail de la Direction générale du travail à Paris) ; la *Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail* (Carsat) de Normandie (responsables service de prévention et contrôleurs de prévention) ; les *syndicats de salariés* (confédérations nationales, fédérations nationales, unions territoriales) ; les *organisations d'employeurs* (union régionale) ; les *associations de victimes* (Adeva et Adias-ACH). Ce sont les deux premières catégories d'acteurs qui ont principalement retenu notre attention.

Enfin, à l'occasion de journées de formation sur les risques CMR proposées par la Direccte Haute-Normandie aux présidents et secrétaires de CHSCT de la région, il nous a été possible de diffuser un questionnaire sur les démarches de prévention des risques CMR. Nous avons reçu 119 réponses, soit un tiers des secrétaires et présidents de CHSCT de la région. Les données issues de ce troisième volet de l'enquête ont permis d'étayer les réflexions développées sur l'intensité des démarches.

Principaux résultats

Nous montrons la singularité des représentations que les différents acteurs, salariés, employeurs ou médecins du travail, développent de ces risques. Leur caractère différé, les difficultés de leur objectivation et la nature des produits en cause en font des risques distincts des autres risques liés au travail. Nous pointons également une tendance à la banalisation de ces risques qui participe de leur acceptation, ce qui pèse lourdement sur les démarches de prévention.

L'analyse des pratiques concrètes de prévention permet d'identifier, à partir des récits des démarches de prévention, les enjeux associés à chaque type de dispositifs de prévention (substitution, système clos, équipements de protection collective ou individuelle, etc.), les obstacles rencontrés et les difficultés auxquelles les acteurs interviewés se sont confrontés. Cette analyse conduit à relativiser le caractère ordonné du modèle légal que représente la hiérarchie des principes de prévention. Les

démarches de prévention ne sont pas linéaires, au sens où on progresserait selon des paliers d'une mauvaise prévention à une excellente prévention des risques professionnels. Des évolutions contradictoires peuvent être observées du point de vue des dispositifs mis en place, de leur mise en œuvre et de leur respect par les salariés et l'encadrement, ou de la coordination entre les parties prenantes. Nous pointons également les limites des explications qui font reposer la décision d'engager une démarche sur la rationalité instrumentale du dirigeant, pour montrer que la prévention est un processus dynamique qui n'est ni linéaire, ni unidirectionnel, dont le déroulement ne s'apparente jamais à un plan fixé par un seul acteur qui en déciderait du cheminement, mais résulte plutôt de la composition d'un ensemble souvent hétéroclite et complexe d'initiatives diverses dont l'agrégation relève de la contingence plutôt que l'équilibre harmonieux.

Le choix a été fait de prendre le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) comme point d'entrée de la compréhension des démarches de prévention, cette instance de représentation du personnel représentant l'unique scène sociale sur laquelle peuvent se rencontrer, dans l'entreprise, l'ensemble des acteurs de la prévention. L'analyse permet d'identifier une pluralité hiérarchisée de registres d'action en fonction des usages que les représentants du personnel font des ressources que leur confère le droit : exister et se réunir ; maîtriser l'agenda ; s'emparer des savoirs experts ; faire usage des moyens d'action légaux ; s'inscrire dans une action de longue durée. Nous montrons que les liens développés entre responsables HSE et CHSCT façonnent des modes de fonctionnement très singuliers de l'instance. Dans certains cas, la managérialisation du droit de la santé au travail conduit à une construction conjointe de l'incapacité à agir de l'instance, l'essentiel se jouant dans les coulisses de l'instance quand elle n'est pas purement et simplement court-circuitée.

Ces constats nous ont conduit à analyser de façon approfondie le positionnement de l'inspection du travail et de la médecine du travail dans les démarches de prévention. L'analyse des pratiques des inspecteurs suppose de les replacer dans un contexte institutionnel profondément remanié au cours de la précédente décennie, notamment à travers le Plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail. La manière dont ils se positionnent à l'égard des préventions des risques CMR dépend ainsi de leur réaction à l'injonction à travailler avec des services d'autres ministères (incitation au décloisonnement administratif), aux incitations programmatiques à focaliser les contrôles sur certains risques et à l'invitation à travailler « en réseau » et en partenariat avec des cellules pluridisciplinaires appelées à équiper la démarche de contrôle dans les entreprises. Nous montrons notamment qu'en matière de risques à effets différés, peut-être plus que pour d'autres champs d'action, les inspecteurs du travail sont amenés à questionner l'effet de leurs interventions sur la qualité et l'équipement des processus qu'ils sont appelés à contrôler.

Malgré un cadre légal incitatif, le travail de prévention occupe une place modeste dans l'activité du médecin du travail. La « sous-utilisation » de certains outils centraux dans la démarche de prévention, comme le tiers-temps, qui permet aux médecins d'être présents en milieu de travail et donc de prendre connaissance des conditions dans lesquelles il se déroule, faire connaissance et acquérir la confiance des salariés, en est un bon indicateur. De plus, les possibilités d'intervention du médecin (de services interentreprises) dans l'entreprise sont limitées pour des raisons diverses allant de la démographie médicale à l'indépendance du médecin en passant par le manque de sensibilité à la démarche de prévention dans les entreprises, voire de certains médecins du travail eux-mêmes. Tous ces facteurs semblent exercer une influence encore plus forte dans le cas particulier des CMR, qui tiennent à la fois aux spécificités de ces risques et aux compétences qu'ils requièrent (toxicologiques, chimiques, épidémiologiques), que ne détiennent pas nécessairement les médecins du travail. Le médecin du travail a donc une capacité d'agir limitée en milieu de travail qui ne peut pas véritablement aboutir à une refonte des conditions de travail. Limitée n'est pas synonyme d'inexistante. Certaines interventions en faveur de la prévention isolées ou en partenariat, contraintes ou délibérées existent, souvent sous la forme d'actions ponctuelles et d'aménagements au « coup par coup ».

Enfin, nous mettons en exergue les enjeux spécifiques que soulèvent les relations de sous-traitance en matière de prévention des risques CMR, en pointant les effets contrastés des procédures de certification santé-sécurité des sous-traitants sur les démarches de prévention, les difficultés de

fonctionnement des CHSCT élargis et les enjeux spécifiques liés à la traçabilité des expositions des salariés sous-traitants.

Résumé du projet

Ce rapport propose une analyse de la forme que prennent dans les entreprises les démarches de prévention des risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)³. Ces risques reflètent particulièrement bien les problématiques nouvelles de santé au travail dans la mesure où ils sont à la fois *collectifs*, *diffus* et *différés*. Interroger les démarches de prévention des risques CMR, c'est, au-delà de la forme concrète qu'elles prennent dans les entreprises et des enjeux pour les acteurs engagés dans ces démarches, analyser les dynamiques qui les portent ou les freinent les démarches de prévention de ces risques, en portant attention aux configurations de relations professionnelles dans lesquelles elles émergent, c'est-à-dire les pratiques et les règles qui structurent les rapports non seulement entre les acteurs internes à l'entreprise, mais aussi avec les acteurs institutionnels qui ont une mission d'intervention dans l'entreprise.

Les démarches de prévention des risques CMR sont appréhendées comme un *travail de prévention*, une invention de dispositifs, de pratiques et de savoirs qui structurent deux niveaux d'action : celui des règles pratiques (normes de travail, procédures de prévention, formes de communication, formation) et celui des actions qui produisent ces règles (la stabilisation d'une configuration d'acteurs qui participent à la démarche de prévention, l'invention de règles communes pour gérer les interactions entre les différents acteurs engagés). Il est une activité collective, résultat de la rencontre plus ou moins contingente d'un ensemble d'initiatives. L'auteur collectif de cette production normative ne lui préexiste pas. Il se (re)construit à travers l'élaboration des règles. Ce travail de prévention est fondé sur une analyse cognitive de la situation, dans ses différentes composantes (sanitaire⁴, économique, technique et juridique). L'un des enjeux fondamentaux des démarches de prévention consiste précisément à faire coïncider les définitions que les différents acteurs proposent de l'état des risques professionnels dans l'entreprise et de la façon de les prévenir. La définition de la situation reconfigure la situation d'action elle-même, modifiant le périmètre des acteurs concernés par les démarches de prévention, renforçant les ressources de certains et les contraintes d'autres.

L'enquête articule trois volets : une soixantaine d'entretiens réalisés dans un échantillon raisonné de 17 entreprises ; plus de 70 entretiens auprès de six catégories d'acteurs institutionnels (dont les inspecteurs et les médecins du travail) ; l'analyse de 119 questionnaires sur les démarches de prévention des risques CMR remplis par des secrétaires et présidents de CHSCT.

L'analyse des pratiques concrètes de prévention permet d'identifier, à partir des récits des démarches de prévention, les enjeux associés à chaque type de dispositifs de prévention (substitution, système clos, équipements de protection collective ou individuelle, etc.), les obstacles rencontrés et les difficultés auxquelles les acteurs interviewés se sont confrontés. Cette analyse conduit à relativiser le caractère ordonné du modèle légal que représente la hiérarchie des principes de prévention, la linéarité des démarches et la rationalisation des choix de l'employeur en la matière. Après l'identification d'une pluralité hiérarchisée de registres d'action des CHSCT (exister et se réunir ; maîtriser l'agenda ; s'emparer des savoirs experts ; faire usage des moyens d'action légaux ; s'inscrire dans une action de longue durée), nous montrons que les liens développés entre responsables HSE et CHSCT façonnent des modes de fonctionnement très singuliers de l'instance. Ces constats nous ont conduit à analyser de façon approfondie le positionnement de l'inspection du travail et de la médecine du travail dans les démarches de prévention. Enfin, nous mettons en exergue les enjeux spécifiques que soulèvent les relations de sous-traitance en matière de prévention des risques CMR, en pointant les effets contrastés des procédures de certification santé-sécurité des sous-traitants sur les démarches de prévention, les difficultés de fonctionnement des CHSCT élargis et les enjeux spécifiques liés à la traçabilité des expositions des salariés sous-traitants.

³ Cette étude a été conduite, sous la direction d'Arnaud Mias, par une équipe de sociologues du laboratoire Dynamiques sociales et langagières (DySoLa, ex-GRIS) de l'Université de Rouen (D. Carricaburu, F. Féliu, L. Jamet et É. Legrand). Elle s'est déroulée dans le cadre d'un partenariat avec la Direccte Haute-Normandie, la Carsat Normandie, l'Aract Haute-Normandie ainsi que le service de Médecine du Travail et Pathologie Professionnelle du CHU de Rouen.

⁴ Nous montrons la singularité des représentations que les différents acteurs développent des risques CMR. Leur caractère différé, les difficultés de leur objectivation et la nature des produits en cause en font des risques distincts des autres risques liés au travail. Une tendance se manifeste à la banalisation de ces risques qui participe de leur acceptation, ce qui pèse lourdement sur les démarches de prévention.

2. OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET DE RECHERCHE

Partant de l'hypothèse que la prise en charge du risque cancérigène est largement dépendante des relations professionnelles dans l'entreprise, trois objectifs ont structuré cette recherche.

Premier objectif : Évaluer la prise en compte du risque de cancers professionnels par les acteurs internes à l'entreprise

Nous voulions rendre compte de la manière dont la question du risque cancérigène et de sa prévention est abordée par les différents acteurs qui interviennent au sein des entreprises sur les questions liées au travail, à son organisation et à leurs conséquences sur la santé, c'est-à-dire non seulement les employeurs, les salariés et leurs représentants, mais également les syndicats professionnels, la médecine du travail et autres services quand ils existent tels que la direction des ressources humaines ou le service Hygiène sécurité environnement. Quelles perceptions ces acteurs ont-ils du risque cancérigène (de son ampleur, de sa gravité, de sa priorité) ? Comment perçoivent-ils l'impact de leur fonction sur la prévention et la gestion de ce risque ? Quelles initiatives prennent-ils en regard de ce phénomène ? Ces initiatives sont-elles isolées ou s'articulent-elles entre elles ? Certaines sont-elles le fruit d'une démarche collective ? Nous comptons porter une attention particulière au fonctionnement des CHSCT, en faisant l'hypothèse que ce dernier est l'indice de la manière dont la question du risque cancérigène est susceptible de reconfigurer les relations sociales au sein des entreprises.

Deuxième objectif : Mettre en évidence les dynamiques positive et négative qui jouent sur la prise en compte des risques de cancers professionnels

Dans la continuité du premier objectif, il s'agissait non seulement d'isoler des leviers possibles à partir desquels la reconnaissance et la prévention des cancers professionnels sont susceptibles de se développer, mais également d'identifier les obstacles culturels et organisationnels à cette reconnaissance. Nous faisons plus précisément l'hypothèse que les transformations managériales et organisationnelles introduites dans les entreprises depuis une quinzaine d'années exercent des effets contraires et paradoxaux. D'une part, elles accroissent la transparence et l'opacité vis-à-vis du risque, d'autre part, elles améliorent la prise en charge préventive des risques et détériorent la mise en œuvre de pratiques ajustées. Elles produisent de fait un sentiment de sécurité et une présomption généralisée de risque mais peu concrète, génératrice de comportements peu favorables à la prévention. L'introduction de démarches qualité, plus généralement le développement de la traçabilité, la création dans les entreprises à risque de poste d'ingénieurs sécurité, la sensibilisation des responsables méthode et organisation, la multiplication des procédures et des instruments de mesure, les contrôles externes etc. favorisent ainsi une meilleure appréhension du risque. Par ailleurs, la rationalisation du travail, l'introduction de technologies nouvelles, la sophistication des produits, les exigences de qualité tendent à procurer le sentiment d'une maîtrise de tous les aléas et de tous les paramètres productifs y compris ceux relatifs à la sécurité et à la santé.

Troisième objectif : Analyser la mise en œuvre de l'action publique en matière de risque cancérigène, au travers des pratiques des acteurs locaux qui en ont la mission, en interaction avec les entreprises

Nous souhaitons enfin analyser la mise en pratique de l'action publique en matière de risque cancérigène, et évaluer ses effets sur les relations sociales dans l'entreprise. L'hypothèse était que les différentes initiatives des acteurs institutionnels (notamment l'inspection du travail, la caisse régionale d'assurance maladie et les services de médecine au travail) construisent et stabilisent progressivement le contexte des relations entre employeurs et salariés autour de la question du risque cancérigène. Réciproquement, nous nous demandons quelles transformations la problématique du risque cancérigène implique pour l'organisation et les méthodes de l'inspection du travail, des ingénieurs des CRAM et des autres partenaires de l'action publique.

3. TRAVAUX ET REALISATIONS DU PROJET

Description générale des travaux menés au cours du projet

L'étude empirique des démarches de prévention s'est articulée autour trois volets.

L'enquête auprès des *entreprises* repose sur un peu plus de 60 entretiens réalisés dans 17 entreprises de la région Haute-Normandie, sur la base d'un échantillon raisonné d'entreprises visant à faire varier les configurations productives et sociales dans lesquelles la démarche de prévention était engagée. Pour choisir ces entreprises, nous avons d'abord identifié trois situations typiques que nous souhaitions étudier :

- des activités de production soumises à des risques cancérogènes élevés, bien que peu connus par les acteurs sociaux (formaldéhydes et poussières de bois) ;
- des activités de maintenance et de nettoyage industriel, rassemblant des petites entreprises sous-traitantes ;
- des activités où les risques sont connus, sur lesquels on possède un recul de plusieurs années et où l'accès sera facilité par un profil spécifique de relations sociales (grandes entreprises, avec une présence syndicale importante, et qui ont certainement engagé des actions dans le domaine).

Le choix de ces trois groupes de secteurs a permis d'assurer une comparaison entre des situations suffisamment contrastées du point de vue des conditions de travail, des risques cancérogènes et des relations professionnelles.

Groupe	Entreprises étudiées⁵
Premier groupe	Bois Chimie Menuiserie Plastique Santé Tôles
Deuxième groupe	Maintenance 1 Maintenance 2 Nettoyage 1 Nettoyage 2
Troisième groupe	Avion Déchets Fonderie Pétrochimie 1 Pétrochimie 2 Pharmacie Verre

Pour chaque entreprise, l'objectif fut de rencontrer des représentants de la direction (le directeur de l'établissement et / ou le responsable HSE) et des représentants des salariés (membres du CHSCT, délégués syndicaux). Dans certains cas, les discours peuvent entrer en contradiction ; dans d'autres, on a observé une très large unanimité dans l'évaluation faite de la situation (dangerosité, risques présents, qualité de la démarche de prévention). Ces entretiens ont très souvent été complétés par des entretiens auprès d'acteurs institutionnels (médecin du travail, inspecteur du travail et / ou Carsat) ayant une connaissance précise de l'entreprise, pour contrebalancer ou confirmer le discours tenu par les membres de l'entreprise. Toutes les directions n'ont pas accepté de nous rencontrer et l'accueil qui nous a été réservé a été fort divers. Aussi, même si nous avons élaboré des guides d'entretien semblables et des trames communes pour rédiger les monographies d'entreprise, la richesse d'informations recueillies varie beaucoup d'une entreprise à l'autre.

⁵ Pour une présentation plus détaillée des entreprises, voir l'annexe du rapport.

Le second volet de l'enquête concerne les *acteurs institutionnels* en tant que tels. Il a permis d'identifier leur perception des risques cancérigènes et la manière dont ils s'y rapportent dans leurs pratiques professionnelles. Plus de 70 entretiens ont été réalisés auprès de six catégories d'acteurs, même si, dans l'analyse, ce sont les deux premières catégories d'acteurs qui ont principalement retenu notre attention :

- *les services de santé au travail* (médecins, intervenants en prévention des risques professionnels, direction),
- *l'administration du travail* (inspecteurs du travail en section, fonctionnaires de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Haute-Normandie et de la sous-direction Conditions de travail de la Direction générale du travail à Paris),
- *la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail* (Carsat) de Normandie (responsables service de prévention et contrôleurs de prévention),
- *les syndicats de salariés* (confédérations nationales, fédérations nationales, unions territoriales),
- *les organisations d'employeurs* (union régionale),
- *les associations de victimes* (Adeva et Adias-ACH)

Enfin, à l'occasion de journées de formation sur les risques CMR proposées par la Direccte Haute-Normandie aux *présidents et secrétaires de CHSCT* de la région, il nous a été possible de diffuser un petit questionnaire sur les démarches de prévention des risques CMR (voir annexe). Nous avons reçu 119 réponses, représentant un tiers des secrétaires et présidents de CHSCT de la région. Les données issues de ce troisième volet de l'enquête ont permis d'étayer les réflexions développées sur l'intensité des démarches de prévention (chapitre 3).

L'étude a très largement bénéficié des échanges réguliers avec les membres du comité de pilotage mis en place dans le cadre de la convention de recherche. Ce comité de pilotage était composé de trois membres de l'équipe de recherche (A. Mias, D. Carricaburu et É. Legrand), de représentants de la Direccte Haute-Normandie (D. Morel, inspecteur du travail responsable des questions de santé au travail, puis P. Le Moal, directeur adjoint du travail, et occasionnellement le Dr Romain, médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre), de la Carsat Normandie (C. Daigurande, ingénieure conseil au sein du service prévention) et de l'Aract Haute-Normandie (G. Picard, chargé de mission). Le Pr J.-F. Gehanno, membre du service de Médecine du Travail et Pathologie Professionnelle du CHU de Rouen, a également apporté un soutien expert extrêmement utile pour l'équipe de sociologues. Ce comité de pilotage a permis d'identifier les secteurs et les entreprises susceptibles de faire l'objet de monographies. Les membres du comité de pilotage ont également joué un rôle important dans la prise de contact sur un sujet parfois délicat, tant du côté des entreprises que du côté des acteurs institutionnels.

Il faut enfin souligner le caractère « situé » de l'enquête, caractère qu'elle partage d'ailleurs avec d'autres études portant sur les démarches de prévention⁶. Ce choix répond à un souci de tenir compte de l'inscription territoriale des démarches de prévention. La Haute-Normandie est l'une des régions les plus industrialisées de France, et aussi l'une des plus durement touchées par les cancers professionnels, en particulier ceux liés à l'amiante. De ce fait, il paraissait pertinent de rendre compte des initiatives prises en Haute-Normandie pour faire face à ces risques cancérigènes et notamment des dynamiques institutionnelles provoquées, d'autant que la Direccte et la Carsat sont particulièrement actives sur ces enjeux. Par ailleurs, les entreprises étudiées ne sont pas isolées les unes des autres. Des réseaux d'acteurs structurent les échanges que représentants syndicaux comme encadrement peuvent développer avec l'extérieur (unions locales et fédérations pour les syndicats, Union des industries régionales ou réseaux de responsables HSE plus ou moins formels). Ce souci porté à la contextualisation régionale de l'étude nous conduit d'ailleurs à consacrer un développement à l'épidémiologie et à l'économie régionales.

⁶ Voir : Amossé T., Célérier S. & Fretel A., *Pratiques de prévention des risques professionnels*, Rapport de recherche n° 61, Centre d'études de l'emploi, janvier, 2011, 147 p. ; Verdier É. (dir.), *Entre Plan national et initiative locale, l'émergence d'une gouvernance territoriale des risques professionnels ?*, Rapport pour l'Agence nationale de la recherche, LEST, 2008b, 190 p.

Réalisations du projet

Le projet de recherche initiale se structurait autour de trois objectifs, autour desquels nous choisissons d'axer la présentations des réalisations, même si dans le rapport final, ils apparaissent dans des chapitres distincts⁷.

Objectif 1 : Évaluer la prise en compte du risque de cancers professionnels par les acteurs internes à l'entreprise

Nous avons tenu à analyser les risques CMR, tels qu'ils sont définis par les différents acteurs concernés afin de comprendre comment ces définitions, ces représentations, s'inscrivent dans le contexte plus général des liens entre travail et santé, dont la compréhension « n'est immédiate ni chez les salariés, ni pour ceux qui les dirigent, ni pour les scientifiques »⁸. Tout en étant présents dans les discours des acteurs et, dans la plupart des cas, dans les mesures de prévention effectivement à l'œuvre, les risques CMR ne sont nullement prioritaires au sein des différentes entreprises où l'enquête s'est déroulée. Notre recherche montre que les CMR ne sont pas définis comme des risques professionnels au même titre que les autres risques liés au travail, que ce soit les risques d'accidents, les TMS ou les risques psychosociaux. Si l'usage du terme « risque » est désormais généralisé, ce terme renvoie néanmoins à une certaine polysémie qui s'exprime dès lors que l'un des interviewés évoque « *des vrais risques* » pour le plus souvent désigner un danger immédiat, qu'il soit lié à des chutes, à des machines, à des engins roulants, à des pièces coupantes, à des produits chimiques susceptibles de provoquer des explosions ou des brûlures par contact direct, etc.

L'opposition fréquente entre ce qui serait un « vrai danger », un « vrai risque », et d'autres risques plus difficilement repérables, comme le sont les CMR, renvoie à la question de l'expérience corporelle que l'on peut en avoir. Dans les hiérarchies locales, ces risques sont régulièrement obérés par les dangers plus immédiats comme les accidents dont la « factualité » est plus facile à appréhender par les acteurs concernés⁹. Autant le danger se perçoit en situation, autant le risque est masqué et nécessite « à la fois un espace de calcul préétabli et l'existence de précédents répertoriés par la mémoire collective »¹⁰. Nous nous sommes efforcés de saisir pourquoi ces risques ont du mal à être définis comme de « vrais risques » et il ressort de l'analyse que ce traitement différentiel s'appuie :

- sur le caractère différé de leurs conséquences, dont les manifestations ne sont susceptibles de se produire qu'au bout de plusieurs années,
- sur les difficultés de leur objectivation scientifique, due là leur complexité, aux fortes incertitudes scientifiques et médicales dont ils sont porteurs □ dont la question récurrente des seuils et des faibles doses □
- sur la nature des produits en cause, dont certains sont facilement identifiables comme toxiques parce qu'ils dégagent une odeur désagréable ou qu'ils sont « *acides* », mais d'autres plus difficilement repérables car sans odeur ou considérés comme « *naturels* » (ex. du bois).

Si l'euphémisation des risques était déjà présente dans les premiers travaux réalisés sur les milieux industriels dans les années 1980¹¹, notre recherche montre qu'elle continue 25 ans plus tard à opérer comme une ressource face à l'incertitude de la situation de travail. En effet, loin d'avoir diminué, l'incertitude scientifique relative aux effets toxiques des produits chimiques ne fait qu'augmenter au fur et à mesure du développement des connaissances, ce qui confirme les analyses de R. Fox¹². L'approche savante n'étant nullement unifiée, elle concourt à la mise en doute des connaissances disponibles et à la mise à distance du risque. Une mise à distance qui se manifeste notamment par la comparaison temporelle (avant *versus* maintenant) et spatiale (autres entreprises) et qui tend, dans certains cas, à faire porter la responsabilité □ ou tout au moins une partie □ aux salariés, souvent décrits comme rétifs à la mise en □ uvre des équipements de protection individuelle.

⁷ Premier objectif : chapitre 2 « Les CMR : des risques complexes et différés. Comment penser la prévention des risques incertains ». Deuxième objectif : chapitres 3 « Les démarches de prévention des risques CMR », 4 « Le CHSCT et le travail de prévention » et 7 « Les logiques de prévention à l'épreuve des relations de sous-traitance ». Troisième objectif : chapitre 5 « L'inspection du travail : changements institutionnels, enjeux d'expertise et pratiques de contrôle dans les entreprises » et 6 « Du mythe à la réalité : la prévention dans l'activité du médecin du travail ».

⁸ Bouffartigues P., Pendariès J.-R. et Bouteiller J., « La perception des liens travail / santé. Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n° 2, 2010, p. 249.

⁹ Chateauraynaud F., Torny D., *Les sombres précurseurs. Une sociologie de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'IEHES, 1999.

¹⁰ *Ibid.*, p. 27.

¹¹ Dodier N., La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers, *Sciences sociales et santé*, vol.3, n° 2, 1985, p. 5-39 ; Duclos D., La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie, *Revue française de sociologie*, XXVIII, 1987, p. 17-42.

¹² Fox R., *L'incertitude médicale*, Paris, l'Harmattan, 1988.

Si déni du risque il peut y avoir, ce n'est pas la seule configuration rencontrée. En effet, il arrive que la définition de la situation se fasse en prenant en compte la dangerosité tout en la banalisant. Cette banalisation repose alors sur trois caractéristiques : des situations de travail où la présence du risque est présentée comme un élément structurant de l'identité professionnelle, le sentiment de pouvoir maîtriser les risques et enfin, leur acceptation comme le prix à payer pour conserver l'emploi.

In fine, on retrouve de façon très prégnante le caractère « scientifique » de ces risques, qui peut être instrumentalisé par les différents acteurs, que ce soit pour développer une réelle dynamique de prévention ou bien au contraire pour freiner toute amélioration de la prévention – voire tout changement dans le *process* de travail – en mettant en doute la réelle dangerosité des produits utilisés et en insistant sur l'incertitude des connaissances relatives aux produits utilisés. Globalement, on peut dire que ce caractère scientifique est « une ressource de certains acteurs pour imposer leur point de vue [] un outil essentiel des professionnels et des experts face aux profanes »¹³, des profanes qui peuvent difficilement s'approprier des connaissances dont la complexité peut même dépasser les compétences de certains médecins du travail.

Objectif 2 : Mettre en évidence les dynamiques positive et négative qui jouent sur la prise en compte des risques de cancers professionnels

Cet objectif a donné lieu à un important travail de conceptualisation pour définir un cadre d'analyse qui permettent une meilleure compréhension sociologique des démarches de prévention des risques professionnels (voir *infra*, Résultats scientifiques). Il nous a conduit à proposer le concept de « travail de prévention » pour rendre compte de la production normative régulière qui contribue à « organiser », à structurer les actions tant des destinataires des règles de prévention que de leurs concepteurs, et à ainsi définir et stabiliser un certain équilibre dans les entreprises. L'étude de ce « travail de prévention » s'opère à un double niveau : celui des règles pratiques qu'il formule (normes de travail, procédures, formes de communication, formation) et celui des actions qui produisent ces règles (la stabilisation d'une configuration d'acteurs qui participent à la démarche de prévention, l'invention de règles communes pour gérer les interactions entre les différents acteurs engagés). Si les deux niveaux étaient conjointement abordés dans le cadre des entretiens réalisés et des questionnaires remplis, nous les avons analytiquement disjoints dans la présentation des résultats.

L'analyse des pratiques concrètes de prévention s'est inscrit dans une perspective compréhensive, en cherchant à tenir à distance un double écueil possible : la vision fascinée par l'outillage des pratiques de management de la santé-sécurité au travail et la posture sceptique qui se contente de rassembler tous les éléments qui pointent le décalage entre les résultats attendus et le « travail réel ». Nous avons cherché à rendre compte de la manière dont, dans les entreprises étudiées, les personnes s'y prennent concrètement pour répondre aux obligations réglementaires en matière de prévention des risques CMR. Les règles de droit forment un cadre à partir duquel se dessinent des motifs d'action qui peuvent être divers et contradictoires. Elles nous ont servi de base pour identifier, à partir des récits des démarches de prévention, les enjeux associés à chaque type de dispositifs, les obstacles rencontrés et les difficultés auxquelles les acteurs interviewés se sont confrontés. Cette analyse conduit à relativiser le caractère ordonné du modèle légal que représente la hiérarchie des principes de prévention. Les démarches de prévention ne sont pas linéaires, au sens où on progresserait selon des paliers d'une mauvaise prévention à une excellente prévention des risques professionnels. Des évolutions contradictoires peuvent être observées du point de vue des dispositifs mis en place, de leur mise en œuvre et de leur respect par les salariés et l'encadrement, ou de la coordination entre les parties prenantes. Le processus n'est pas non plus linéaire au sens où il consisterait en une succession d'étapes : identification d'un « problème », objectivation et mesure des risques, gestion des risques, puis évaluation des résultats des actions entreprises. Ces moments peuvent coïncider, se chevaucher et rétroagir. Nous avons également interrogé le discours souvent tenu sur l'origine des démarches de prévention. Nous pointons les limites des explications qui font reposer la décision d'engager une démarche sur la rationalité instrumentale du dirigeant (selon un calcul coût de la prévention / coût de la non-prévention), pour montrer que la prévention est un processus dynamique qui n'est ni linéaire, ni unidirectionnel, dont le déroulement ne s'apparente jamais à un plan fixé par un seul acteur qui en déciderait du cheminement, mais résulte plutôt de la composition d'un ensemble

¹³ Dodier N., *op. cit.* p. 35.

souvent hétéroclite et complexe d'initiatives diverses dont l'agrégation relève de la contingence plutôt que l'équilibre harmonieux.

La compréhension des démarches de prévention nécessite donc d'identifier la configuration d'acteurs dans laquelle elles émergent. Cette configuration renvoie d'abord au système d'interaction au sein de l'entreprise. Celui-ci comprend les dirigeants et cadres de l'entreprise, les salariés, les représentants du CHSCT ainsi que les organisations syndicales présentes dans l'entreprise. Mais dans certains cas, l'inspection du travail, la Carsat, le médecin du travail et / ou le service de santé au travail peuvent constituer des acteurs centraux de ce système. Les organisations d'employeurs peuvent également fournir une expertise décisive dans le domaine. Les activités et les interactions entre ces acteurs sont cadrées par un ensemble de règles et de pratiques qui structurent les relations de travail. Le choix a été fait de prendre le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) comme point d'entrée de la compréhension de ces dynamiques de relations professionnelles, cette instance de représentation du personnel représentant l'unique scène sociale sur laquelle peuvent se rencontrer, dans l'entreprise, l'ensemble des acteurs de la prévention. L'analyse a permis d'identifier une pluralité hiérarchisée de registres d'action en fonction des usages que les représentants du personnel font des ressources que leur confèrent le droit : exister et se réunir ; maîtriser l'agenda ; s'emparer des savoirs experts ; faire usage des moyens d'action légaux ; s'inscrire dans une action de longue durée. Des tensions sont présentes dans chaque registre : se faire le porte-parole des salariés ou favoriser la « remontée d'information » au service des préventeurs ; être représentant des salariés ou acteur de la prévention ; privilégier un registre tribunitien ou savoir jouer de la menace de conflit ou de blocage ; maîtriser l'expertise ou rester syndicaliste. Nous montrons que les liens développés entre responsables HSE et CHSCT façonnent des modes de fonctionnement très singuliers de l'instance. Dans certains cas, la managérialisation du droit de la santé au travail conduit à une construction conjointe de l'incapacité à agir de l'instance, l'essentiel se jouant dans les coulisses de l'instance quand elle n'est pas purement et simplement court-circuitée. Dans d'autres cas, l'instance est instrumentalisée pour porter une démarche de sensibilisation des salariés au port des équipements de protection individuelle. À chaque fois, c'est la logique démocratique de l'instance, susceptible de porter des contre-propositions et une expertise différente, qui est mise à mal. Ces modes de fonctionnement dégradés de la démocratie industrielle sapent toute tentative isolée pour porter un projet de prévention émanant de l'instance. Dans ces cas, la stratégie d'*exit* prend le pas sur la « prise de parole ». Plusieurs cas témoignent de situations d'isolement de l'« entrepreneur de morale », du représentant du personnel trop « zélé ». Cette solitude peut ne pas être compensée par l'intervention des acteurs institutionnels, les relations entretenues avec les inspecteurs du travail et les médecins étant, comme nous le montrons, très contingentes. Le constat de cette contingence nous a conduit à analyser de façon approfondie le positionnement de ces deux groupes professionnels en matière de risques CMR (voir *infra*, Objectif 3).

Les relations de sous-traitance et les situations de coactivité qu'elles induisent complexifient la production de ce « travail de prévention ». Les différents acteurs engagés dans ce type de relations disposent d'une instance spécifique dans laquelle discuter des questions liées à la sécurité et à la santé lors de ces situations de coactivité, le CHSCT élargi, dont nous avons analysé le fonctionnement pour interroger son mode d'action : espace de discussion, d'information, de concertation ou de production de règles communes ? Il apparaît ainsi qu'il existe de nombreuses entraves à la bonne circulation des informations au sein d'un CHSCT élargi (primauté aux responsables commerciaux, absence de représentants des autres sous-traitants impliqués lors d'une sous-traitance en cascade, etc.). De même, la réalisation des plans de prévention ou la transmission des informations contenues dans les fiches de données de sécurité s'apparentent à des procédures qui ne prennent pas forcément en compte les conditions nécessaires à une véritable appropriation par les sous-traitants. Le recours au langage et au registre d'action de la « certification qualité », s'il permet à chaque entreprise de s'assurer que son partenaire respecte ses obligations légales, éloignent cependant de la compréhension pratique des risques et de la possibilité de faire appel à l'expérience des opérateurs de terrain pour ouvrir à la réalisation de démarches de prévention véritablement efficaces. Le CHSCT élargi fonctionne ainsi souvent comme un espace de discussion

dans lequel les partenaires, soumis aux contraintes de leurs marchés et à la teneur de leur rapport commercial, ne disposent pas des mêmes ressources pour s'exprimer et où le langage employé ne permet pas cognitivement la prise en compte des expériences concrètes de terrain.

Objectif 3 : Analyser la mise en œuvre de l'action publique en matière de risque cancérigène, au travers des pratiques des acteurs locaux qui en ont la mission, en interaction avec les entreprises

Les enjeux de santé-sécurité sont au cœur de l'activité des agents de contrôle de l'inspection du travail, et ce depuis la création de corps en 1892. L'évolution réglementaire et jurisprudentielle de la dernière décennie semble même induire une focalisation encore plus poussée sur ces enjeux. Parmi l'ensemble des enjeux de santé-sécurité, les risques CMR occupent une place singulière. Si on aime à rappeler que c'est un inspecteur du travail, Denis Auribault, qui a le premier, dès 1906, pointé la dangerosité de l'amiante, il faut reconnaître que ces risques sont restés, jusqu'à une période récente, et comme tous les risques à effets différés, relativement négligés. En Haute-Normandie, depuis 2006, les services de la Direccte ont engagé une action sur les CMR, conformément aux orientations du Plan régional santé environnement et du Plan santé travail. Cette initiative prend la forme d'une « action pluriannuelle de prévention des risques diffus et différés des produits CMR », qui a permis d'obtenir un accroissement du nombre d'agents de contrôle dans la région et s'est traduit par la fixation d'objectifs chiffrés en matière de contrôles CMR.

Pour comprendre les pratiques des inspecteurs du travail à l'égard des risques CMR, il nous a semblé nécessaire de les resituer dans un contexte institutionnel qui a été profondément remanié au cours de la précédente décennie et d'identifier quelles actions sont conduites pour intégrer ces enjeux à l'activité d'inspection, de contrôle, d'étude et de conseil. Ce contexte est marqué par la montée en puissance des politiques de santé au travail qui se traduisent, pour l'inspection du travail, par une injonction au travail avec des services d'autres ministères (une incitation au décloisonnement administratif) et à la modification des relations entretenues avec les interlocuteurs régionaux traditionnels en matière de santé-sécurité, c'est-à-dire les services de santé au travail, les organisations syndicales et les organisations patronales¹⁴. Le contexte dans lequel agissent les agents de contrôle est également caractérisé par une réforme d'ampleur de l'inspection du travail portée par le Plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail de 2006, dont nous avons analysé l'appropriation régionale, notamment à travers la réception par les inspecteurs des actions programmées et des campagnes de contrôle et l'apprentissage qu'ils font de la cellule pluridisciplinaire rassemblant des experts appelés à équiper les démarches de contrôle. Ce détour par les transformations de l'environnement institutionnel est nécessaire pour comprendre comment les inspecteurs du travail s'approprient les incitations à focaliser les contrôles sur les risques CMR et à travailler en partenariat avec les autres acteurs institutionnels (contrôleurs de la Dréal et de la Carsat, médecins du travail). Nous avons observé une capacité semble-t-il singulière à traduire les injonctions de l'administration centrale en dispositifs pertinents pour les agents de contrôle de la région, qui permet de comprendre la forme singulière que prennent leurs pratiques de contrôle dans les entreprises étudiées.

Dans cette perspective, nous avons analysé les récits de contrôle faits par les inspecteurs du travail, pour interroger les usages qu'ils font des instruments légaux à leur disposition pour influencer les démarches de prévention, autour d'une dialectique de la sanction et de l'accompagnement¹⁵. Nous montrons également que les enjeux d'objectivation des risques, qui certes se manifestent pour tous les acteurs des relations professionnelles, ont des conséquences importantes sur le positionnement des agents de contrôle dans la configuration d'acteurs de chaque entreprise. Ils peuvent conduire l'inspecteur du travail à s'engager dans un débat avec l'employeur dans lequel interviennent des préoccupations qui ne sont pas strictement sanitaires, mais également techniques et économiques. Nous illustrons enfin ces réflexions par le cas central des systèmes d'aération et de captage, qui a été

¹⁴ À travers la mise en place d'un Comité régional de prévention des risques professionnels, la contractualisation avec les services de santé au travail et la déclinaison régionale des conventions CMR.

¹⁵ Également identifiée dans : Tiano V., « Les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques », *Travail et Emploi*, n° 96, 2003, p. 67-83.

l'occasion de percevoir les difficultés rencontrées par les agents de contrôle lorsqu'ils font face à un processus d'« aveuglement organisationnel »¹⁶.

La prise en compte du risque cancérigène implique le développement d'une logique moins prescriptive, plus procédurale, qui entre en tension avec le rôle (traditionnel) de contrôle du respect des diverses réglementations sur les sites inspectés. Si ces transformations portent des enjeux identitaires pour ce groupe professionnel, les agents témoignent d'un rapport pragmatique à ces évolutions, développant un ensemble d'outils et de tactiques pour mener à bien les contrôles. Nous montrons notamment comment ils mobilisent les textes réglementaires comme des ressources stratégiques pour influencer les dynamiques internes aux entreprises. Il ne s'agit pas seulement d'une « accommodation de la loi »¹⁷, au sens d'un arbitrage entre plusieurs priorités, entre différentes prescriptions du code du travail. Le droit est mobilisé aussi de façon stratégique pour modifier la configuration d'acteurs dans l'entreprise. Il peut être employé également dans une stratégie d'évitement de situations dans lesquelles l'expertise de l'inspecteur pourrait être mise en défaut. Nous pointons les enjeux liés au recours à des expertises tierces, imposant des délais et pouvant générer des désaccords sur les conclusions, ainsi que les difficultés rencontrées par les agents de contrôle pour endosser un rôle d'impulsion d'une démarche collective, dont ils peuvent certes apparaître les garants, mais qui renforce en même temps la légitimité de l'employeur.

Toutefois, les évolutions institutionnelles décrites plus haut semblent compenser progressivement le risque de telles remises en cause de l'intervention des agents de contrôle. Le développement des formations, de la programmation des contrôles, d'une expertise régionale, de la cellule pluridisciplinaire et des partenariats contribuent notamment à renforcer l'engagement des agents de contrôle rencontrés dans la prévention des risques à effets différés, même si cet engagement peut se traduire par des pratiques de contrôle diverses. Cette diversité nous semble d'ailleurs tenir moins à des figures identitaires contradictoires parmi les agents de contrôle, qu'à la contingence des processus sociaux dans lesquels ils interviennent et dont ils sont amenés à évaluer la qualité pour définir leur intervention, d'autant plus qu'en matière de risques différés, cette intervention n'est jamais ponctuelle.

Dès son institutionnalisation, au cours de la période 1939-1946, la mission de prévention de la médecine du travail fut centrale et n'a cessé de s'affirmer. Le tiers-temps, introduit en 1969, en devient l'un des outils phares. La dernière réforme significative □ celle de 2002 dite de modernisation sociale¹⁸ □ poursuit voire renforce la dynamique engagée en faveur de la prévention et de la promotion de la santé au travail. Si d'un point de vue légal et théorique, le médecin détient clairement une mission de prévention, notre objectif a été de comprendre la place de cette mission dans le travail réel du médecin : de quelle manière participe-t-il à la prévention des risques, en particulier CMR, dans les entreprises ? Et selon quelles modalités, isolées ou avec des partenaires ? Les entretiens menés auprès des médecins du travail (dont une large majorité est issue de services interentreprises) et les monographies réalisées amènent à un constat sans appel : la prévention occupe une place modeste dans leur activité.

En effet, certains outils centraux de la prévention sont faiblement utilisés. Nous montrons notamment que les médecins consacrent une large majorité de leur temps à l'activité clinique, en particulier aux visites d'aptitude (en plus des visites de reprise et de suivi) aux dépens du temps passé en milieu de travail (inférieur en pratique au tiers de leur temps), pourtant propice à la réalisation d'études de poste et de fiches d'entreprises (en conséquence négligées) et surtout essentiel pour prendre connaissance des conditions dans lesquelles se déroule le travail.

¹⁶ Boussard V., Mercier D. & Tripier P., *L'aveuglement organisationnel, ou comment lutter contre les malentendus*, Paris, CNRS éditions, 2004.

¹⁷ Dodier N., « Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité », in L. Boltanski & L. Thévenot, *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du CEE, n° 33, 1989.

¹⁸ À l'heure où nous écrivons, un nouveau décret est publié au JO : le Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 dont l'application est prévue pour le 1^{er} juillet 2012.

Quatre raisons, de natures diverses, permettent de comprendre pourquoi le travail de prévention intervient en mode mineur :

- d'abord, raison structurelle, la démographie médicale défavorable.
- deuxièmement, raison institutionnelle, l'indépendance du médecin. Le médecin du travail étant salarié par le chef d'entreprise, sa marge de manœuvre est limitée. Nous avons ainsi montré que les logiques d'action sont limitées par les dispositifs institutionnels : ici le manque de sensibilité des chefs d'entreprise à la démarche de prévention cantonne souvent le médecin du travail à son activité clinique.
- troisièmement, raison symbolique, les représentations que les acteurs de l'entreprise ont du médecin du travail et de ses missions : si dans les faits, il reste souvent attaché à son rôle clinique, c'est aussi ce qu'en attendent les chefs d'entreprise qui ont parfois un rapport utilitariste au médecin du travail. Pour les employeurs, la médecine du travail joue avant tout un rôle de « garde-fou », en particulier par l'entremise de la fiche d'aptitude, moyen pour eux de se désresponsabiliser (pensent-ils) ou pour reprendre les termes indigènes « *d'ouvrir le parapluie* ». Autrement dit, la médecine du travail n'est pas perçue comme particulièrement pertinente pour la marche globale de l'entreprise et la préservation de la santé au travail, point de vue d'ailleurs partagé par les salariés et leurs représentants¹⁹. Par conséquent, personne ou presque ne cherche à faciliter l'accès à l'information au médecin (comme aux FDS), qui n'a donc pas toujours les moyens pour faire de la prévention. Tout cela dans un contexte où les enjeux de santé sont fréquemment mis en concurrence avec les enjeux économiques, ce qui constitue un frein à la démarche de prévention mais aussi tout simplement à la réceptivité au médecin du travail et à ses propositions. La perception et la place accordées à la médecine du travail relèvent davantage d'une logique administrative en réponse aux besoins et aux demandes des entreprises (le recours au médecin du travail est une obligation légale) que d'une logique préventive voire de santé publique (veille sanitaire, actions de prévention concertées²⁰).
- enfin, une raison qui tient à la particularité des risques CMR : ils nécessitent des connaissances et compétences toxicologiques, chimiques et épidémiologiques que ne détiennent pas toujours les médecins. À cela s'ajoute le caractère différé des CMR, de ce fait peu côtoyés en termes d'incidence par les médecins du travail (contrairement aux TMS par exemple) et donc plus difficilement saisissables.

Pour toutes ces raisons, la capacité des médecins à agir sur le milieu de travail est limitée. Il serait toutefois erroné d'assimiler ces limitations à l'inexistence d'interventions en faveur de la prévention. Des actions existent mais localement, souvent en réponse aux sollicitations des entreprises ou lorsqu'un problème de santé publique majeur est soulevé. Ainsi, les actions menées le sont souvent ponctuellement et au « coup par coup ».

L'un des objectifs de cette recherche était d'identifier les partenariats établis entre les acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de la prévention des risques CMR. Concernant les médecins du travail, nous avons établi la pauvreté de tels partenariats, aussi bien en interne qu'en externe à l'entreprise. Les seules situations où des alliances s'établissent entre les médecins et d'autres, sont d'une part les situations particulièrement problématiques, afin de gagner en persuasion auprès des chefs d'entreprise, et d'autre part celles que l'on a qualifié de « contraintes » ou « formelles » car les partenariats sont établis dans le cadre de contractualisation entre les services de santé au travail et la Direccte. Ces liens contractualisés ont surtout révélé les difficultés à construire des alliances tant les positionnements et les logiques sont dissemblables : la logique pragmatique des services de santé au travail se heurte à la logique legaliste de la Direccte et complexifie la concrétisation de partenariats pérennes et fructueux en faveur de la prévention des risques.

¹⁹ Les représentants de salariés sont attachés aux visites médicales dans un souci de traçabilité des expositions, essentielle en cas de demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

²⁰ Comme l'a déjà montré Bachet D., « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 188, 2011, p. 54-69.

Résultats scientifiques

À l'issue de cette présentation des travaux réalisés et des principaux résultats dégagés, nous pouvons affirmer que les objectifs initiaux de la recherche ont été atteints, même si, faute de temps, nous n'avons pas approfondi l'analyse de certains acteurs institutionnels identifiés initialement (syndicats de salariés, organisations d'employeurs et associations de victimes). Les résultats de cette étude contribuent à approfondir la connaissance des pratiques de prévention des risques professionnels (au-delà des seuls CMR) sur au moins quatre plans.

Un cadre pour l'analyse sociologique des pratiques de prévention

Un premier apport consiste à proposer un cadre d'analyse pour la compréhension des démarches de prévention, sujet peu traité dans les travaux de sciences sociales sur la santé au travail (dont nous proposons une revue dans le rapport), à l'exception de deux études récentes²¹. Nous avançons le concept de *travail de prévention* qui, s'il inclut un volet technique souvent conséquent²², contient toujours un travail sur les règles²³. Ce travail de prévention peut être considéré comme une production normative régulière qui contribue à « organiser », à structurer les actions tant des destinataires des règles que de leurs concepteurs, et à ainsi définir et stabiliser un certain ordre social. Il est une activité collective, résultat de la rencontre plus ou moins contingente d'un ensemble d'initiatives et de réponses des différents acteurs pour résoudre un problème identifié (la présence de risques CMR). L'auteur (collectif) de cette production normative ne lui préexiste pas. Il se (re)construit à travers l'élaboration des règles. Il est à géométrie variable, redéfinit en permanence ses frontières, ses alliances et ses exclusions. Travail sur les règles issu d'une analyse cognitive de la situation, le travail de prévention invente des dispositifs, des pratiques et des savoirs qui stabilisent les relations entre les différents acteurs autour d'une manière partagée de voir la situation et de concevoir l'action de chacun. Ce concept se place aux confluent de différents champs de la sociologie dont elle articule les perspectives pragmatique et cognitive : les relations professionnelles (pratiques de représentation du personnel et rôle de l'État dans les relations de travail), la santé (construction sociale de la santé au travail), les organisations (dispositifs gestionnaires et aveuglement organisationnel) et le droit (sociologie du droit en action et *legal consciousness studies*).

Un regard nouveau sur les usages pluriels du CHSCT

Les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) reste encore perçue comme une instance mineure des relations sociales, y compris pour les chercheurs, dont l'intérêt se porte davantage sur les comités d'entreprise et les délégués du personnel. Au-delà du cadre légal, nous connaissons encore très mal cette instance de représentation du personnel. Les CHSCT sont pourtant appelés à être au cœur des démarches, sur la base d'une injonction au dialogue, à la participation, à l'information et à la consultation. Nous étudions comment, dans le travail de prévention des risques professionnels, les acteurs s'emparent de ces nouvelles règles de droit. À cet égard, notre approche est complémentaire de celles adoptées dans les quelques études récentes sur les CHSCT : l'approche transverse à une quinzaine de CHSCT sur un risque donné se distingue ainsi de l'approche statistique de la DARES²⁴ et des diverses études monographiques²⁵, notamment parce

²¹ Amossé T., Célérier S. & Fretel A., *Pratiques de prévention des risques professionnels*, Rapport de recherche n° 61, Centre d'études de l'emploi, janvier, 2011, 147 p. ; Verdier É. (dir.), *Entre Plan national et initiative locale, l'émergence d'une gouvernance territoriale des risques professionnels ?*, Rapport pour l'Agence nationale de la recherche, LEST, 2008b, 190 p.

²² Mesure des valeurs limites d'exposition, installation d'un système de captage des poussières et fumées ; recherche de substitution de produits, choix d'équipements de protection individuelle adaptés et efficaces, etc.

²³ Définir des usages attendus des équipements de protection, interdire des pratiques, limiter l'accès à des produits ou à certains locaux, mais également s'entendre sur la manière dont doit circuler l'information sur les risques professionnels dans l'organisation (sensibilisation des salariés, remontée d'informations vers les préventeurs), préciser les responsabilités de chacun, etc.

²⁴ Coutrot T. (2009), « Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en France : une analyse empirique », *Travail et Emploi*, n° 117, janvier-mars.

²⁵ Hatzfeld N. (2006), « Ergonomie, productivité et usure au travail. Une décennie de débats d'atelier à Peugeot-Sochaux (1995-2005) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 4, p. 92-105. Catlla M. & Albanet X., « L'insaisissable mal-être au travail dans la Fonction publique territoriale », *Sociologies pratiques*, n° 19, 2009, p. 25-36. Granoux S., *Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les établissements de fabrication de produits chimiques. Étude comparative des pratiques d'une institution de santé au travail méconnue*, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en sociologie, EHESS

qu'il fut impossible de décrire exhaustivement un travail de prévention en matière de risques CMR mené de bout en bout par le CHSCT, comme cela a été fait sur les TMS et le mal-être au travail. Et ce pour au moins trois raisons, qui sont autant d'apports à la connaissance des CHSCT : une action s'inscrivant dans la durée n'apparaît dans notre étude que comme un registre d'action possible parmi d'autres ; l'action du CHSCT est rarement isolée, mais est au contraire relayée par des initiatives qui peuvent s'inscrire pour un temps plus ou moins long en dehors du périmètre de responsabilité de l'instance ; la légitimité de l'instance à intervenir dans ce domaine fait elle-même question pour les représentants du personnel.

Le rôle des groupes professionnels : inspecteurs et médecins du travail

Le chapitre consacré aux inspecteurs du travail s'inscrit dans la continuité des études menées sur ce groupe professionnel par N. Dodier puis V. Tiano, par la focalisation sur les enjeux d'objectivation des risques (CMR ici). Nous approfondissons ces perspectives en analysant précisément le rapport pratique que les agents de contrôle entretiennent avec l'expertise, et la mobilisation qu'ils font des règles de droit dans leurs relations avec l'employeur. Les travaux précurseurs de N. Dodier sur les médecins du travail analysent les spécificités de cet exercice de la médecine partagé entre la clinique classique et le respect des règles administratives en mettant en évidence la complexité à construire un jugement et une expertise dans une telle configuration. Depuis, quelques études ont porté sur les médecins du travail comme ceux de J.-C. Devinck (2002), de F. Piotet (2002) ou plus récemment de P. Marichalar (2010) ou de D. Bachet (2011). Dans la continuité de ces travaux, nous analysons la place que tient le travail de prévention, inscrit au premier rang de ses missions officielles, dans son activité réelle, et proposons une compréhension des raisons du décalage entre le prescrit et le réel.

L'importance des enjeux cognitifs dans les dynamiques de prévention

Les enjeux cognitifs se manifestent déjà dans les catégories de perception et d'action sur lesquelles se fondent les acteurs, ainsi que dans l'incertitude qui caractérise, pour de nombreuses personnes rencontrées, les risques CMR et leur prise en charge. Nous montrons aussi que la qualité des dynamiques de prévention dépend de la manière dont les acteurs impliqués définissent la situation : l'ampleur et la gravité des risques concernés, mais également le sens donné à la prévention, la définition des responsabilités de chacun, la manière de circonscrire le périmètre des acteurs chargés de participer à ces démarches. À l'occasion, nous pointons des situations dans lesquelles ces définitions se superposent ou entrent en conflit. Ces situations d'« aveuglement organisationnel » se caractérisent souvent par l'existence de nombreux protocoles et dispositifs de prévention qui font illusion et renforcent en fait l'opacité, alors que les acteurs peuvent avoir le sentiment d'une grande transparence et d'une grande maîtrise des risques. Les enjeux cognitifs se perçoivent également à travers le travail de conviction que développent les inspecteurs du travail pour enclencher des dynamiques de prévention, les amenant régulièrement à s'engager dans un débat argumenté avec les différents acteurs de l'entreprise pour justifier le bienfondé des exigences réglementaires et de leur intervention. Nous pointons également, pour les membres du CHSCT comme pour les inspecteurs du travail d'ailleurs, la tension qui peut se manifester entre une focalisation sur les enjeux CMR, qui fait appel à des ressources expertes, et la représentation que chacun se fait des exigences de sa position et des attentes à son égard : devenir un spécialiste des risques CMR peut être perçu comme contraire à l'idée que l'on se fait de sa fonction. Le rapport à l'expertise entretenu par les différents acteurs paraît à cet égard un élément décisif dans les dynamiques sociales observées. Nous avons souligné la tendance à une monopolisation des savoirs par les ingénieurs HSE, qui trouve sa justification dans une forme de managérialisation du droit de la santé au travail et qui aboutit dans plusieurs cas à une instrumentalisation des CHSCT. Tout l'enjeu est alors pour les membres du CHSCT de trouver les ressources pour développer une « expertise interactionnelle » capable de s'approprier les savoirs experts dans une perspective d'amélioration des conditions de travail. Les appuis externes, notamment ceux des acteurs institutionnels, s'avèrent ici particulièrement décisifs.

Liste du personnel financé par ou ayant contribué au projet

Nom, organisme, fonction, temps consacré au projet

Mias Arnaud
Université de Rouen, DySoLa
Maître de conférences
Responsable scientifique du projet
50 % du temps de recherche consacré à ce projet

Carricaburu Danièle
Université de Rouen, DySoLa
Professeur des universités
10% du temps de recherche consacré à ce projet

Legrand Émilie
Université du Havre, UMR IDEES, CIRTAI
Maîtresse de conférences
50 % du temps de recherche consacré à ce projet

Jamet Ludovic
Université de Rouen, DySoLa,
Docteur en sociologie, chargé de recherches
80 % du temps de recherche consacré à ce projet du 01/09/2010 au 31/10/2011

Féliu François
Université de Rouen, DySoLa
Ingénieur d'études
50 % du temps de recherche consacré à ce projet

Le financement de ce projet a permis de rémunérer un mi-temps de chercheur pendant les trois années de l'étude dans le cadre de post-doctorat. Émilie Legrand en a bénéficié de novembre 2008 à août 2010. Après son recrutement comme maître de conférences, le budget a permis de recruter Ludovic Jamet de septembre 2010 à octobre 2011.

4. DISSEMINATION DES RESULTATS ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Liste des publications scientifiques

Le 20 mars 2012, nous organisons, en partenariat avec la Direccte Haute-Normandie, un colloque à l'Université de Rouen, sur le thème « Prévention du risque cancérigène. Relations de travail et soustraitance ». Le rapport sera présenté lors d'une conférence plénière. D'autres chercheurs sont invités à présenter leurs travaux en écho avec notre rapport : Annie Thébaud-Mony, Michel Héry, Sonia Granoux, Bernard Dugué et Éric Verdier. Ce colloque donnera lieu à la publication d'actes.

Par ailleurs, nous avons le projet de publier le rapport sous la forme d'un ouvrage. Gilbert de Terssac, qui dirige la collection « Travail et activité humaine » aux éditions Octarès, nous a déjà fait une proposition. L'ouvrage devrait donc paraître au début de l'année 2013.

Participation à des manifestations scientifiques : posters et présentations

- Carricaburu D., Legrand E., (2012), « Les agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) dans le monde du travail : des risques comme les autres ? », 5^{ème} journées scientifiques du Cancéropôle Nord-Ouest, Deauville, 10-11 mai.

- Jamet L., Legrand É. et Mias A. (2012), « Mesure des risques, mesure dans la prévention. Les relations professionnelles face aux enjeux de santé au travail », Atelier « Organisation et conditions de

travail », XIIIe Journées internationales de sociologie du travail, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 25-27 janvier.

- Mias A. (2011), « Entre injonction au dialogue et managérialisation du droit de la santé au travail. Les CHSCT face à la prévention des risques cancérigènes », Session thématique 39 « Pratiques et dispositifs de participation dans le monde du travail », Congrès de l'Association Française de Science Politique, Strasbourg, 30 août-2 septembre.

- Jamet L. et Mias A. (2011), « Relations professionnelles et expertise en santé au travail. Le cas de la prévention des risques cancérigènes », Journées d'études « Expertises, contre-expertises et gestion des risques », Université Paris-Dauphine □IRISSO, 23 et 24 juin.

- Legrand É. et Mias A. (2011), « Les relations de travail au défi de la prévention des risques cancérigènes. Le cas de la Haute-Normandie », Poster présenté lors de la journée scientifique « Des TMS aux nanoparticules, risques d'aujourd'hui en santé environnement travail », organisée par l'Anses, Cité Universitaire de Paris, 10 mai.

- Legrand É. (2010), « L'hôpital face aux risques professionnels cancérigènes », Colloque « Organisation, gestion productive et santé au travail », Université de Rouen, 16 et 17 décembre.

- Carricaburu D. et Legrand É. (2010), « The hospital Face's up to professional carcinogenesis risk ; invisibility and blindness », International Sociological Association, RC 15 Health, Göteborg, 11-17 juillet.

- Legrand É. et Mias A. (2010), « Les enjeux contemporains de santé au travail renouvellent-ils le cadre et la portée de la démocratie industrielle ? Le cas des CHSCT face aux risques cancérigènes », Colloque international « Les systèmes de représentation au travail : à la mesure des réalités contemporaines ? », Université Laval (Québec), 16-18 juin.

5. RETOMBÉES ET PERSPECTIVES

Contribution à l'évaluation et à la gestion des risques sanitaires

L'apport des résultats de cette étude se situe dans la définition des politiques de sensibilisation et de formation des différentes catégories d'acteurs qui sont appelés à participer à la prévention des risques CMR : salariés, employeurs, représentants du personnel, ingénieurs de prévention, médecins du travail et inspecteurs du travail. Au cours des mois qui viennent, notre collaboration avec la Direccte et l'Aract Haute-Normandie pourrait déboucher sur la production d'instruments de sensibilisation et de formation à la prévention des risques cancérigènes. Plusieurs éléments sont envisagés :

- l'utilisation du matériel recueilli lors de l'enquête à l'intention des intervenants eux-mêmes (Aract, Direccte et Carsat). Dans cette perspective, un débouché possible de l'étude serait de développer une réflexion sur une posture particulière d'intervention en matière de prévention des cancers professionnels. Cela pourrait aller jusqu'à la création d'une formation sur ces enjeux au sein de ces différentes institutions, et en particulier à destination des inspecteurs du travail.
- le matériel d'enquête pourrait également permettre d'outiller les acteurs de la prévention dans les entreprises (médecins du travail et CHSCT, principalement), mais aussi les entreprises sous-traitantes qui n'ont pas nécessairement de CHSCT.
- à plus long terme, il nous semble possible d'envisager un appui à une négociation collective sur ces enjeux au niveau régional, notamment avec l'Union des Industries Régionales.

Le colloque du 20 mars 2012 a justement pour objectif d'engager un dialogue avec les différents acteurs pour définir les collaborations possibles.

Poursuite des travaux

Il nous semble que cette étude pourrait trouver des prolongements dans quatre directions :

- L'étude des modes de fonctionnement du CHSCT et des pratiques qui s'y développent pourrait être prolongée par un suivi sur plusieurs années de divers CHSCT pour comprendre comment s'articulent dans le temps les différents registres d'action identifiés dans cette étude et permettre d'identifier les conditions de développement d'un apprentissage de l'instance par les représentants du personnel. Le recueil et l'analyse de compte-rendu de réunions et d'archives de l'instance permettrait d'alimenter ce type d'interrogation.
- Parmi les appuis externes aux démarches de prévention, le rôle des organisations syndicales et des organisations d'employeurs mériterait d'être davantage questionné. Quelles perceptions développent-elles de ces enjeux de santé au travail, et de risques CMR en particulier ? Quels équipements des démarches de prévention permettent-elles ? Concernant les syndicats de salariés, des données ont été produites dans le cadre de cette étude, mais n'ont pas été exploitées dans ce rapport, qui suggèrent une relativisation de la thèse dominante d'un « rendez-vous manqué » des syndicats avec la question des conditions de travail. Le rôle des équipements patronaux des démarches de prévention pourrait être interrogé dans deux directions :
 - dans les grands groupes, il s'agirait d'étudier ce que les protocoles et dispositifs managériaux mis en place au niveau des directions centrales deviennent dans les établissements, ce qu'ils permettent et ce qu'ils interdisent, comment les équipes encadrantes locales se les approprient, quels usages elles en développent, etc. ;
 - dans les petites et moyennes entreprises, il s'agirait d'analyser l'influence de leur ancrage dans un territoire économique et social et dans des organisations professionnelles, qui peuvent fournir des appuis décisifs aux démarches.
- Si l'étude portait sur les risques CMR, force est de constater que nous avons surtout étudié la problématique des risques cancérigènes. Un prolongement possible consisterait à interroger la singularité des risques reprotoxiques, qui soulèvent des enjeux de prévention qui nous semblent spécifiques, notamment dans le cas d'une exposition des salariées enceintes.
- Enfin, si nous avons choisi d'étudier les dynamiques d'acteurs à l'aune du fonctionnement du CHSCT, il conviendrait d'étudier plus précisément la forme que prend le « dialogue social » sur les conditions de travail dans les petites entreprises, quand la représentation du personnel se réduit, au mieux, à la présence d'un délégué du personnel. Ce prolongement permettrait également d'évaluer la manière dont les enjeux de prévention des risques professionnels s'inscrivent dans l'activité des contrôleurs du travail, par comparaison avec ce que nous avons pu décrire ici des inspecteurs du travail.

Concernant le premier prolongement, Arnaud Mias va co-diriger avec Élodie Béthoux (MCF, ENS Cachan, IDHE CNRS) une étude dans le cadre de la post-enquête REPONSE, financée par la DARES, entre avril 2012 et octobre 2013 sur les pratiques de représentation et de négociation d'entreprise, avec un important volet sur les CHSCT et les négociations autour des conditions de travail.

Concernant le troisième prolongement, Émilie Legrand va soumettre à l'Anses un projet sur les femmes et les risques reprotoxiques en milieu de travail, qui s'inscrit dans une continuité forte avec la présente étude. Danièle Carricaburu et Arnaud Mias y contribueront. D'autres partenaires potentiels ont d'ores et déjà manifesté leur intérêt (à Bordeaux, Toulouse et Bruxelles).

Concernant le quatrième prolongement, Arnaud Mias est en contact avec l'INRS sur ces questions. Le cadre d'une collaboration reste encore à définir.