



HAL
open science

Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact – limité – des transformations – importantes – de l'expertise en santé au travail

Emmanuel Henry

► **To cite this version:**

Emmanuel Henry. Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact – limité – des transformations – importantes – de l'expertise en santé au travail. *Revue Française de Science Politique*, 2011, 61 (4), pp.707-726. 10.3917/rfsp.614.0707 . hal-01588630

HAL Id: hal-01588630

<https://hal.science/hal-01588630>

Submitted on 15 Sep 2017

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.

NOUVELLES DYNAMIQUES DE SAVOIRS

ET PERMANENCE DES RAPPORTS DE POUVOIR

— L'IMPACT – LIMITÉ – DES TRANSFORMATIONS – IMPORTANTES –
DE L'EXPERTISE EN SANTÉ AU TRAVAIL —

Emmanuel Henry

Parmi les transformations récentes de l'action publique, la place croissante accordée aux connaissances scientifiques et à l'expertise dans le processus de décision est sans doute une des plus remarquables. Certes, le fait que les décisions publiques s'appuient de plus en plus sur une instruction technique et scientifique des problèmes n'est pas en soi nouvelle et renvoie à des évolutions de long terme des modes de gouvernement et de l'action publique¹. De même, à l'analyse, si ces évolutions renvoient à une évolution propre aux questions à fortes dimensions scientifiques et techniques, elles illustrent aussi parfaitement les tendances croissantes au recours à l'expertise comme mode dominant de légitimation de l'action publique². Pour autant, les transformations de l'expertise scientifique à destination des acteurs publics résultent aussi d'évolutions plus spécifiques qui ont particulièrement été mises en évidence par les travaux sur les questions sanitaires et les risques collectifs³.

C'est en effet à partir des politiques de régulation et d'encadrement de risques sanitaires que les recherches sur l'association de l'expertise scientifique aux décisions publiques ont formulé les interrogations qui structurent toujours la recherche aujourd'hui, qu'il s'agisse du texte de Michel Callon et Arie Rip sur le caractère hybride de l'expertise⁴ ou des travaux sur les agences de régulation des risques professionnels et environnementaux interrogeant les

1. Olivier Ihl, Martine Kaluszynski, Gilles Pollet (dir.), *Les sciences de gouvernement*, Paris, Economica, 2003 ; Olivier Ihl (dir.), *Les « sciences » de l'action publique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2006.

2. Cécile Robert, « Expertise et action publique », dans Olivier Borraz, Virginie Guiraudon (dir.), *Politiques publiques. 1, La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 309-335 ; Laurence Dumoulin, Stéphane La Branche, Cécile Robert, Philippe Warin (dir.), *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005.

3. Voir pour des synthèses : Céline Granjou, « L'expertise scientifique à destination politique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 114, 2003, p. 175-183 ; ou Pierre-Benoît Joly, « La sociologie de l'expertise : la recherche française au milieu du gué », dans Olivier Borraz, Claude Gilbert, Pierre-Benoît Joly (dir.), *Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique*, Grenoble, CNRS/MSH Alpes, 2005, p. 117-174.

4. Michel Callon, Arie Rip, « Forums hybrides et négociations des normes socio-techniques dans le domaine de l'environnement. La fin des experts et l'irrésistible ascension de l'expertise », dans Jacques Theys, Véronique

frontières de l'expertise¹. La question des frontières est ainsi de différentes manières au centre des recherches sur l'expertise, que ce soit à travers les interrogations sur les frontières entre sciences et expertise², entre expertise et décision³, entre certitudes et incertitudes⁴ ou sur les nouveaux dispositifs institutionnels produits ces dernières années en France⁵, si bien que l'expertise se trouve aujourd'hui directement appréhendée à partir de cette notion de frontière⁶. Cependant, à trop s'interroger sur les frontières ou sur les liens entre expertise et décision, voire entre experts et d'autres catégories d'acteurs, on risque de prendre pour des catégories préexistantes celles d'« experts » ou de « décideurs » alors qu'elles sont elles-mêmes à interroger ; on risque aussi de présupposer que le « contexte » dans lequel se déroulent ces expertises est acquis ou donné et qu'il est lui-même très peu influencé par ces processus. Bref, la tendance des recherches à autonomiser le processus d'expertise pour mieux le comprendre et l'expliquer, s'il a conduit à améliorer notre connaissance du fonctionnement interne des instances d'expertise⁷, tend à sous-estimer à quel point le processus d'expertise est lui-même contraint ou encadré par des facteurs sociaux extérieurs aux logiques propres aux groupes d'experts. Le cadre imposé par la définition d'un problème telle qu'elle s'est stabilisée, cadre qui limite les questions posées aux experts et la façon dont ils peuvent formuler leurs avis, est ainsi insuffisamment pris en compte par les recherches sur l'expertise⁸. De même, les inégalités dans la distribution de certaines ressources entre différentes catégories d'acteurs ou entre groupes sociaux et leurs effets sur la structuration des connaissances et des processus d'expertise sont assez difficilement pris en compte par les travaux contemporains de sociologie des sciences. Centrées sur la vie des laboratoires⁹ ou l'analyse des alliances fluides ou des réseaux¹⁰, ces recherches n'abordent que marginalement la question des rapports de pouvoir. Pourtant, remettre au centre des interrogations scientifiques les

Liber, Marie-Pierre Palacios (dir.), *Environnement, science et politique. Les experts sont formels*, Paris, Germes, 1991, p. 227-238.

1. Ronald Brickman, Sheila Jasanoff, Thomas Ilgen, *Controlling Chemicals. The Politics of Regulation in Europe and the United States*, Ithaca, Cornell University Press, 1985 ; Sheila S. Jasanoff, « Contested Boundaries in Policy-Relevant Science », *Social Studies of Science*, 17 (2), mai 1987, p. 195-230.
2. Voir dans des optiques très différentes : Philippe Roqueplo, *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*, Paris, Inra, 1997 ; ou Paul-André Rosental, *L'intelligence démographique : sciences et politiques des populations en France, 1930-1960*, Paris, Odile Jacob, 2003.
3. CRESAL, *Les raisons de l'action publique. Entre expertise et débat. Actes du colloque CRESAL-CNRS, Saint-Étienne, 13-14 mai 1992*, Paris, L'Harmattan, 1993 ; Olivier Borraz, *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.
4. Jacqueline Estades, Elisabeth Rémy, *L'expertise en pratique. Le cas de la vache folle et des rayonnements ionisants*, Paris, L'Harmattan, 2003 ; Céline Granjou, Marc Barbier, *Métamorphoses de l'expertise. Précaution et maladies à prion*, Paris, Maison des sciences de l'Homme/Quae, 2010.
5. Daniel Benamouzig, Julien Besançon, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47 (3), 2005, p. 301-322.
6. Comme l'avaient proposé les organisateurs d'un colloque récent sur ce thème : Yann Bérard, Renaud Crespin (dir.), *Aux frontières de l'expertise : dialogues entre savoirs et pouvoirs*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.
7. Stephen Hilgartner, *Science on Stage. Expert Advice as Public Drama*, Stanford, Stanford University Press, 2000 ; C. Granjou, M. Barbier, *Métamorphoses de l'expertise...*, op. cit.
8. Ces effets de cadrage sont bien mis en évidence dans Joseph R. Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009 ; voir, pour des exemples récents dans le domaine de la santé publique, Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.
9. Bruno Latour, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, Gallimard, 1995.
10. Michel Callon, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36, 1986, p. 169-208 ; Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour, *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses de l'École des Mines, 2006.

inégalités de distribution de certaines ressources conduit à renouveler le regard porté sur la production (ou au contraire l'absence) de connaissances scientifiques caractérisant certains domaines et donc sur les processus d'expertise en lien avec ces connaissances¹.

Dans le prolongement de travaux promouvant une nouvelle sociologie politique des sciences², nous voulons montrer l'intérêt qu'il y a à déployer une analyse de l'expertise et de la production de connaissances en perspective avec le secteur d'action publique dans lequel elles s'insèrent et les inégalités qui le caractérisent. Tout en se situant dans la continuité de travaux qui ont cherché à articuler la question des rapports de pouvoir à la production de systèmes de représentation³, cet article entend insister sur la spécificité de ces processus lorsqu'ils mobilisent des expertises fondées sur des connaissances scientifiques. Il se démarque ainsi de recherches qui, pour analyser l'action publique, accordent une importance centrale à ses dimensions cognitives⁴, puisque ces dimensions apparaissent au contraire fortement corrélées aux rapports de force qui structurent les relations entre les groupes d'acteurs intervenant à différents titres dans la production de l'action publique, comme cela a été bien montré par les travaux autour de la notion d'instruments d'action publique⁵. Nous mènerons cette analyse à partir du secteur de la santé au travail qui pousse à l'extrême certaines logiques observables dans d'autres domaines d'action publique. Ce secteur est notamment caractérisé par l'existence de représentations contradictoires des problèmes et des objectifs de ces politiques, portées par différents groupes sociaux. Dans ce contexte, l'expertise scientifique ne peut jamais se dégager totalement de ces oppositions pour se situer en position de surplomb. Cette expertise a pourtant été profondément réformée ces dernières années avec la création d'un département Santé Travail (DST) au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ou la prise en charge des questions de santé au travail, dans un premier temps au sein de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), puis depuis 2010, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) résultant de la fusion entre l'AFSSET et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation (AFSSA).

Les transformations qui touchent la production de connaissances et d'expertise dans le domaine de la santé au travail, en dotant l'administration du Travail de ressources supplémentaires, constituent le principal vecteur de changement de ce secteur d'action publique⁶. Cependant, malgré l'émergence de ces nouvelles ressources, ce qui caractérise le plus

1. Dominique Pestre, « Thirty Years of Science Studies : Knowledge, Society and the Political », *History and Technology*, 20 (4), 2004, p. 351-369 ; Scott Frickel, Kelly Moore (eds), *The New Political Sociology of Science. Institutions, Networks, and Power*, Madison, University of Wisconsin Press, 2006 ; en particulier, David J. Hess, « Antiangiogenesis Research and the Dynamics of Scientific Fields : Historical and Institutional Perspectives in the Sociology of Science », dans S. Frickel, K. Moore (eds), *The New Political Sociology of Science...*, *ibid.*, p. 122-147.

2. Scott Frickel, Kelly Moore, « Prospects and Challenges for a New Political Sociology of Science », dans S. Frickel, K. Moore (eds), *The New Political Sociology of Science...*, *ibid.*, p. 3-31.

3. Voir par exemple Bruno Jobert, Pierre Muller, *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, 1987.

4. Voir Peter A. Hall, « Policy Paradigms, Social Learning, and the State : The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, 25 (3), avril 1993, p. 275-296 ; pour une discussion sur la place des dimensions cognitives dans l'analyse de l'action publique, voir Pierre Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 50 (2), avril 2000, p. 189-208.

5. Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

6. Emmanuel Henry, « La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? », dans Nathalie Dedessus-Le-Moustier, Florence Douguet (dir.), *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Tec et Doc/Lavoisier, 2010, p. 259-270.

sûrement ce domaine est l'inertie des rapports de force entre acteurs, qui compromet durablement toute évolution importante. Nous montrerons ainsi tout d'abord que les changements qui touchent les politiques de santé publique conduisent à un certain nombre de transformations dans le domaine de la santé au travail, notamment dans les domaines de la production de connaissances et d'expertise. Nous analyserons ensuite comment une activité d'expertise se spécialise progressivement et les évolutions qui en résultent dans les rapports de force entre les différents groupes d'acteurs qui interviennent dans la définition de ces politiques, ainsi que les limites de ces changements¹.

La santé au travail « travaillée » par la santé publique

Les paradoxes des politiques de santé au travail tiennent à leur double rattachement. Ayant des effets sur l'état sanitaire d'une population, elles appartiennent au domaine de la santé publique. Un tel rattachement s'est de plus en plus nettement imposé à partir des années 1990, alors qu'auparavant, les politiques de santé au travail étaient uniquement considérées comme des politiques de négociation sociale, renvoyant donc aux relations professionnelles dans les entreprises². Même si cette appartenance au domaine des relations sociales n'est plus exclusive, ces politiques reposent toujours sur une forte concertation entre organisations syndicales et représentants des employeurs. Les décisions en santé au travail résultent en premier lieu de négociations entre partenaires sociaux, l'État se bornant le plus souvent à organiser ces discussions et à traduire leurs résultats en normes juridiques. Ces caractéristiques expliquent pourquoi, pendant longtemps, la notion même d'expertise a été quasiment impensable dans ce domaine d'intervention. Cependant, à partir des années 1990, la santé au travail s'impose progressivement comme une question d'ordre sanitaire, conduisant à une série de remises en cause.

Sciences et expertises longtemps absentes de la santé au travail

Le rattachement des politiques de santé au travail au domaine des relations sociales produit des formes particulières d'expertise et d'association (ou de non-association) des connaissances à la décision publique qui restent en vigueur jusqu'à la crise de l'amiante du milieu des années 1990. Comme déjà souligné, les décisions dans le domaine de la santé au travail se prennent en premier lieu en fonction des rapports de force tels qu'ils s'établissent entre représentants des salariés et des employeurs, consultés par exemple au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT, antérieurement Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, CSPRP), instance consultative du ministère du Travail. C'est au cours de ce type de négociations sociales que sont (ou non) mobilisées des connaissances scientifiques ou des expertises. Les dimensions sanitaires des questions de santé au travail n'étant pas prises en compte en tant que telles, aucune interrogation quant aux

1. Cet article est issu d'une recherche collective « Pratiques de l'expertise scientifique » financée par le CNRS/ Institut des sciences de la communication (Claude Gilbert, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, *Pratex. Analyse de l'expertise en pratique*, Paris, CNRS, Rapport pour l'Institut des sciences de la Communication (ISCC) du CNRS, 2009). L'enquête a consisté à reconstituer l'histoire de plusieurs enquêtes ou agences d'expertise dans le domaine de la santé au travail à partir d'analyses documentaires et d'entretiens effectués auprès de leurs principaux responsables. Cet article a bénéficié de la relecture attentive d'Isabelle Bourdeaux et de Renaud Crespin que je remercie ici.

2. Laurent Duclos, Guy Groux, Olivier Mériaux (dir.), *Les nouvelles dimensions du politique. Relations professionnelles et régulations sociales*, Paris, LGDJ, 2009.

conséquences en termes de santé publique des décisions prises n'est formulée. L'absence de production de données médicales ou épidémiologiques n'apparaît donc pas problématique puisqu'elle n'est que la conséquence de cette absence d'interrogation.

Cette situation se pérennise d'autant plus facilement que la réglementation en santé au travail est longtemps perçue comme assez périphérique au sein d'un ministère dont l'essentiel de l'attention est attiré par les questions liées à l'emploi et au traitement du chômage¹. Si les conditions de travail sont encore l'objet d'une attention prioritaire de l'administration et du personnel politique jusque dans la première moitié des années 1970, elles sont rapidement éclipsées avec la confirmation de la crise et la généralisation du chômage de masse². Peu d'initiatives politiques sont engagées dans ce secteur qui se caractérise plutôt par le *statu quo* ou plus précisément par la non-décision³. Lorsque, ponctuellement, des données scientifiques interviennent dans la discussion, elles occupent le même statut que d'autres types d'arguments sans qu'une démarche soit engagée pour distinguer ces éléments scientifiques. On a ainsi pu parler d'un « brouillage » entre dimensions scientifiques et dimensions sociales de la concertation⁴. L'expertise est de plus informelle et individuelle puisqu'il est généralement fait appel à un praticien hospitalier spécialiste en pathologies professionnelles, censé apporter les données nécessaires à l'administration. Dans cette configuration, les principales connaissances du risque professionnel émanent des acteurs patronaux, les plus à même de financer des expertises scientifiques ou de mobiliser les moyens de recherche de grands groupes industriels mais surtout disposant de l'accès exclusif aux sites et procédés industriels ainsi qu'aux principales données⁵. Ce rôle central des industriels est particulièrement visible dans le cas de l'amiante car poussé à son extrême, avec notamment la création d'organismes mêlant expertise scientifique et défense des intérêts industriels comme le Comité permanent amiante en France⁶. Il est cependant aussi observable dans les pressions sur les chercheurs de l'Institut national de recherche sur la sécurité (INRS) quand leurs recherches menacent des intérêts industriels, comme dans le cas des éthers de glycol ou de l'aluminium⁷.

De façon encore plus structurante, le rôle des industriels apparaît surtout dans leur capacité à ne pas produire de connaissances ou à produire des formes particulières d'ignorance⁸. Cette

1. Voir dans le cas de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) : Étienne Pénissat, *L'État des chiffres. Sociologie du service de statistique et des statisticiens du ministère du Travail et de l'Emploi (1945-2008)*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2009.

2. Pierre Mathiot, *Acteurs et politiques de l'emploi en France (1981-1993)*, Paris, L'Harmattan, 2000.

3. Peter Bachrach, Morton S. Baratz, « Two Faces of Power », *The American Political Science Review*, 56 (4), décembre 1962, p. 947-952.

4. Jean-Paul Moatti, *Économie de la sécurité. De l'évaluation à la prévention des risques technologiques*, Paris, Inserm/La Documentation française, 1989, p. 24.

5. Gerald E. Markowitz, David Rosner, *Deceit and Denial. The Deadly Politics of Industrial Pollution*, Berkeley, University of California Press, 2002.

6. Voir Emmanuel Henry, « Militer pour le *statu quo*. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, 70, 2005, p. 29-50 ; et sur un plan international : Jock McCulloch, Geoffrey Tweedale, *Defending the Indefensible. The Global Asbestos Industry and its Fight for Survival*, New York, Oxford University Press, 2008. Contrairement aux États-Unis ou au Royaume-Uni où des travaux d'historiens et de sociologues ont mis en évidence le rôle des industriels dans la structuration des connaissances scientifiques grâce à la mise à disposition de leurs archives dans le cadre de procès, il est très difficile d'avoir accès à ces mêmes données en France.

7. Mireille Jarry, Françoise Lalande, Jean Roigt, Inspection générale des affaires sociales (Igas), *Contrôle du fonctionnement de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Igas, 1999.

8. Sur les logiques de production de l'ignorance, voir Scott Frickel, M. Bess Vincent, « Hurricane Katrina, Contamination, and the Unintended Organization of Ignorance », *Technology in Society*, 29 (2), 2007, p. 181-188.

forme de pouvoir invisible et peu coûteuse rend très difficile l'établissement de connaissances scientifiques des pathologies professionnelles et contribue à leur invisibilité. Ainsi, les connaissances scientifiques sont très lacunaires et ne permettent en aucune manière de mesurer les effets du travail sur la santé des travailleurs ni *a fortiori* la contribution du facteur travail aux inégalités sociales de santé¹. Les seuls chiffres globaux relatifs aux risques professionnels sont ceux produits par l'assurance-maladie qui, en ne comptabilisant que les maladies professionnelles effectivement indemnisées, sous-estiment fortement le risque professionnel². Bien que leur caractère peu représentatif des effets du travail sur la santé soit maintenant bien établi et confirmé par de nombreux rapports publics³, ces chiffres continuent à faire écran et à être utilisés comme indicateurs dans le pilotage des politiques de santé au travail.

Cette situation d'absence de données constitue une des conditions nécessaires au maintien d'une forte inertie dans les objectifs de ces politiques et donc à l'absence de mise en place de politiques plus protectrices de la santé des salariés⁴. Elle est donc centrale pour la structuration des rapports de force entre acteurs et pour le maintien des orientations des politiques publiques dans ce secteur. Par contrecoup, cette situation conduit à donner un statut très particulier aux initiatives visant à produire des connaissances nouvelles : émergeant dans un domaine clivé et dont les équilibres actuels tiennent à l'absence de données, ces initiatives apparaissent de fait comme engagées, comme ayant pour objectif de modifier les équilibres existants, et ce, indépendamment des inclinations de leurs initiateurs. Elles sont donc particulièrement coûteuses pour les acteurs qui en sont à l'origine car elles les exposent à des critiques parfois virulentes de la part de ceux jouant un rôle central dans la définition des orientations de ces politiques, ou occupant les positions de « propriétaires » de ces politiques, pour reprendre le terme de Gusfield⁵.

C'est en partie ce qui explique que les initiatives visant à produire une meilleure connaissance de la santé au travail ont eu des origines parfois assez éloignées de préoccupations scientifiques. Dans de nombreux cas, on a affaire à des engagements plus ou moins teintés de militantisme, notamment dans la période postérieure à 1968, caractérisée par de nombreux mouvements sociaux sur les conditions de travail⁶. Au cours des années 1970, certains scientifiques ont cherché à développer des enquêtes épidémiologiques s'appuyant sur des alertes issues du monde syndical.

« On avait l'idée de faire une vraie étude de mortalité dans les chantiers navals. L'idée, c'était de récupérer des données dans les entreprises. Donc ça nécessitait d'avoir des données de la part des services du personnel. On pouvait théoriquement passer par les CHSCT. [...] Et on s'est aperçus [...] que si on rentrait dans l'entreprise accompagnés d'un militant CGT, là, on était sûrs que la porte de la direction de l'entreprise était fermée. » (épidémiologiste Inserm, 20 février 2009)

1. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 2000.

2. Annie Thébaud-Mony, *De la connaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française, 1991 ; Ellen Imbernon, *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002 ; pour le cas espagnol, Alfredo Menéndez-Navarro, « A Camel through the Eye of a Needle : Expertise and the Late Recognition of Asbestos-Related Diseases », *International Journal of Health Services*, 2011, p. 121-135.

3. Pour le dernier en date : Noël Diricq, « Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale », Paris, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008.

4. Emmanuel Henry, « Les politiques de santé au travail : une légitimité fragile », dans L. Ducloux, G. Groux, O. Mériaux (dir.), *Les nouvelles dimensions du politique...*, op. cit., p. 147-161.

5. J. R. Gusfield, *La culture des problèmes publics...*, op. cit.

6. Françoise Piotet, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue française de sociologie*, 29 (1), janvier-mars 1988, p. 19-33.

Même lorsqu'elles sont moins directement liées à des mouvements sociaux, ces initiatives se donnent pour objectif indissociable d'améliorer les connaissances sur la santé au travail et de contribuer à leur mise en débat public. L'entretien avec un médecin inspecteur du travail à l'origine de plusieurs enquêtes dans ce domaine et qui avait été un des auteurs de l'ouvrage *Les risques du travail*¹, qui présentait au milieu des années 1980 un panorama des risques professionnels, le montre bien.

« J'ai toujours pensé que les enquêtes en santé travail étaient un des éléments tout à fait importants pour faire bien reconnaître la santé au travail. [...] Mon but, c'est de sortir de cette invisibilité sociale. Donc prendre tous les moyens possibles et imaginables pour qu'on arrive à sortir de l'invisibilité sociale dont on n'est pas encore sorti à l'heure actuelle. » (Médecin inspecteur du travail, 14 mai 2009)

Les versions exploratoires des enquêtes Conditions de travail et Sumer (Surveillance médicale des risques), qui vont devenir les principales sources de connaissances des conditions de travail en France, sont lancées respectivement en 1978 et 1982². La première s'appuie sur l'enquête Emploi de l'Insee et reste très proche dans sa conception des enquêtes statistiques produites par cet organisme ; la seconde est plus originale puisqu'elle s'appuie sur les médecins du travail pour le recueil des données. La mise en place de ces enquêtes au sein du ministère du Travail confirme la conjonction de forte attention portée aux questions de conditions de travail. Cependant, plus qu'à la volonté de développer ce type d'enquête, on a plutôt affaire à un contexte qui permet à des individus motivés par ces questions de s'y investir fortement, comme le montre ce récit des débuts de l'enquête Sumer.

« La DARES était très préoccupée comme toujours par les politiques d'emploi, par le niveau des salaires [...]. Et nous, comme des petites fourmis, on s'est activé, on a travaillé dans notre coin. [...] Et donc la Direction des relations du travail avait laissé des médecins inspecteurs s'occuper de ça. Il y avait bien une ou deux personnes qui regardaient mais bon, ils étaient vraiment accaparés par plein d'autres choses... Ce n'était pas l'initiative centrale de l'administration, je crois que c'est ça qui à mon avis a fait que ça a pu marcher. » (Statisticienne, DARES, 25 mai 2009)

De la même manière, la pérennité de ces enquêtes s'explique avant tout par l'intérêt des acteurs directement investis et une certaine inertie des institutions impliquées. Comme le constatent Michel Gollac et Serge Volkoff au sujet de l'enquête Conditions de travail :

« Une fois lancé, un tel dispositif bénéficie de l'inertie des structures qui en sont le support ; cette inertie le met à l'abri des modes politiques, administratives et même scientifiques. D'autre part, la publication de résultats renforce l'intérêt des acteurs impliqués dans le réseau de l'enquête et donc consolide ce réseau au fil du temps »³.

Les conditions dans lesquelles se mettent en place ces enquêtes révèlent que jusqu'aux années 1990, les questions relatives aux conditions de travail et à la santé au travail ne sont pas ou très peu appréhendées sous un angle sanitaire. Elles relèvent plutôt de la sphère sociale au

1. Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer, Annie Touranchet-Hebrard (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.

2. Pour un récit de leur mise en place, voir Michel Gollac, Serge Volkoff, « Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », *Document de travail du Centre d'études de l'emploi*, 127, juillet 2010, p. 1-18.

3. M. Gollac, S. Volkoff, *ibid.*, p. 9.

sens large, voire du domaine politique. Dans ce contexte, les initiatives conduisant à produire de nouveaux instruments de connaissance sont surtout d'origine militante (politique ou syndicale) ou tout au moins engagées dans le but de donner une visibilité sociale à ces questions. Ainsi, jusqu'aux années 1990, le domaine de la santé au travail fonctionne et se structure indépendamment d'une expertise sanitaire et les initiatives observées relèvent de la construction d'indicateurs statistiques sur le modèle de ceux existant dans le domaine des politiques sociales.

Une transformation dans le sillage de celle de la santé publique

Les années 1990 sont caractérisées par la succession de crises de santé publique qui révèlent la publicité croissante accordée à ces questions¹ et les difficultés de l'administration de la santé (notamment la Direction générale de la Santé) à prendre effectivement en charge ces problèmes². Dans le domaine de la santé au travail, l'émergence de l'amiante comme un scandale public éclaire de façon très crue l'absence d'expertise publique autonome et la place importante occupée par les acteurs patronaux dans les arbitrages autour de ces politiques³.

La redéfinition de l'amiante comme un enjeu de santé publique menaçant la population générale conduit les acteurs publics à rapprocher leurs modalités de traitement de cette question de celles qui prévalent pour d'autres questions de santé et, du même coup, à afficher une certaine distance à l'égard des modalités routinières de traitement des risques professionnels⁴. Pour la première fois, le ministère du Travail adosse l'ensemble de ses décisions sur une expertise collective officiellement commandée à l'Inserm⁵, se donnant ainsi les moyens d'instruire de façon autonome les aspects scientifiques du problème. Cette expertise et le fait qu'ensuite, plusieurs autres sont demandées à l'Inserm conduisent aussi à éclipser les cliniciens, traditionnellement bien écoutés au sein du ministère, pour donner une place plus centrale aux épidémiologistes et, à travers eux, à une logique de quantification du risque⁶. Cette évolution s'accompagne d'une réflexion sur les rapports entre l'expertise scientifique et la décision. Un exemple en est la mise en place en 1998-1999 d'une charte visant à séparer la phase d'expertise scientifique et celle de concertation sociale dans le processus de création ou de modification des tableaux de maladies professionnelles au sein du CSPRP⁷.

1. Jean-François Girard, Jean-Michel Eymeri, *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette Littératures, 1998.

2. Voir Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996 ; ou « La sécurité sanitaire : enjeux et questions », numéro spécial de *Revue française des affaires sociales*, 3-4, décembre 1997.

3. Emmanuel Henry, *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007.

4. Emmanuel Henry, « Quand l'action publique devient nécessaire. Qu'a signifié "résoudre" la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique*, 54 (2), avril 2004, p. 289-314.

5. Cette procédure qui existe depuis le début des années 1990 consiste à rassembler un groupe d'experts pendant plusieurs mois autour d'une question spécifique dans le but de proposer un état des lieux scientifique d'un problème déterminé à partir de la littérature existante (Jeanne Etienne, « L'expertise collective à l'Inserm », dans Geneviève Decrop, Jean-Pierre Galland (dir.), *Prévenir les risques. De quoi les experts sont-ils responsables ?*, La Tour d'Aigues, L'Aube, 1998, p. 63-77).

6. Theodore M. Porter, *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

7. La législation française prévoit que l'indemnisation des risques professionnels passe en premier lieu par la définition d'un certain nombre de pathologies comme étant d'origine professionnelle dans la réglementation. Cette définition des maladies professionnelles se fait sous forme de tableaux mettant en regard des pathologies et des travaux susceptibles de les provoquer. Sur les négociations autour de la création ou de la modification de ces tableaux, voir Marc-Olivier Déplade, « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 53 (5), octobre 2003, p. 707-735.

Ces transformations se déroulent à un moment où l'administration de la santé publique est elle-même sujette à de profonds bouleversements, avec notamment la création de différentes agences françaises de sécurité sanitaire par la loi du 1^{er} juillet 1998¹. Parmi les agences créées en 1998 figure l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui devient le principal instrument de veille sanitaire à la disposition du ministère de la Santé, au sein duquel est créé le département Santé Travail (DST)². Même si, dans cette période, l'affaire de l'amiante a contribué à publier les risques professionnels, il n'en reste pas moins que la création d'un tel département ne va pas de soi pour les acteurs de la santé publique et ne fait l'objet d'aucune initiative planifiée par les initiateurs des réformes des politiques de santé publique. Ce sont plutôt les futurs responsables de ce département qui cherchent à convaincre ces responsables d'intégrer les dimensions professionnelles dans la création d'un institut au départ essentiellement tourné vers la santé publique (excluant en pratique les dimensions professionnelles). Ces futurs responsables sont d'autant plus écoutés qu'ils ne sont pas tout à fait des inconnus dans le monde de la santé publique. C'est notamment le cas de Marcel Goldberg qui y est bien identifié par son rôle dans l'enseignement de l'épidémiologie, son statut de professeur des universités et de responsable d'unité Inserm.

Du point de vue des responsables administratifs de la santé publique et des professionnels de ce domaine (en règle générale peu sensibles aux questions de santé au travail), investir les risques professionnels est une façon d'élargir le champ des compétences de leur espace professionnel aux dépens de groupes qui leur sont extérieurs et donc avec lesquels il est relativement peu coûteux de s'opposer (d'autant plus que les spécialistes de santé au travail sont traditionnellement mal reconnus au sein de la profession médicale). Le seul risque est de susciter des conflits avec le milieu de la médecine du travail, notamment les spécialistes universitaires de ces disciplines, ainsi qu'avec les espaces institutionnels liés au ministère du Travail, donc avec des acteurs extérieurs au domaine de la santé publique. Une fois la méconnaissance des problématiques professionnelles dépassée, la volonté est souvent de s'approprier ce domaine sur le même mode que l'ensemble des autres risques pris en charge par le système de santé, c'est-à-dire dans une perspective où seule une place périphérique est accordée aux acteurs non médicaux. Cette volonté est mal ressentie par les acteurs traditionnels de la santé au travail, en particulier les médecins du travail et les responsables hospitaliers des services de pathologies professionnelles.

« Les gens en santé travail ont eu peur d'être un peu phagocytés et de ne plus avoir d'identité propre. [...] [Ils] avaient peur que ce soit une logique d'intégration dans la santé publique. Et d'ailleurs, il y a toujours un peu cette volonté de la part de certains acteurs de santé publique quand même, très clairement. » (Professeur de médecine du travail, aujourd'hui responsable au sein d'une agence sanitaire, 16 janvier 2008)

Le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) est le premier projet mis en place au sein du DST confirmant l'importance de l'amiante dans les transformations récentes de la santé au travail³. Ce programme qui rassemble sur un projet commun des équipes de santé publique et de santé au travail en lien avec les deux secteurs ministériels concernés (DGT et DGS) consolide la légitimité de ce nouveau département. La

1. D. Benamouzig, J. Besançon, « Administrer un monde incertain... », art. cité.

2. François Buton, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, 2006, p. 71-91.

3. Sur ce programme, voir le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 40, octobre 2003.

transformation de l'expertise dans le domaine de la santé au travail s'opère donc dans un premier temps sur la question de l'amiante. Sur cette question, les acteurs administratifs savent qu'ils n'ont pas « droit à l'erreur », que leurs décisions sont suivies de près par le personnel politique et par les acteurs associatifs susceptibles de mobiliser les médias d'information en cas de besoin. Le regain d'attention sur la question de l'amiante a aussi des effets sur les transformations à plus long terme de l'expertise sur d'autres thèmes de santé au travail.

La production de connaissances nouvelles en santé au travail

Postérieurement au PNSM, de nombreux programmes sont mis en œuvre par le DST. Ils concernent soit des pathologies particulières (troubles musculo-squelettiques ou troubles mentaux), soit des secteurs économiques spécifiques (industrie de la viande ou secteurs médicaux et paramédicaux), soit ont une vocation plus généraliste, comme les programmes visant à recenser l'ensemble des maladies à caractère professionnel (MCP)¹. Le lancement de ces programmes, même s'il revient à l'InVS, repose souvent sur des équipes qui disposent déjà d'une expérience sur certaines problématiques.

La région des Pays de la Loire, par exemple, rassemble plusieurs initiatives de ce type dont un programme de recherche épidémiologique sur les TMS développé par un professeur de médecine du travail, aujourd'hui unanimement reconnu par la communauté scientifique internationale. À partir de ce savoir-faire existant, l'InVS propose de mettre en place un programme de surveillance épidémiologique des TMS, confirmant la forte complémentarité entre recherche scientifique et surveillance épidémiologique. En 2002 est ainsi constitué dans cette région un « réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS », dans un premier temps de 2002 à 2004². La réussite de ce deuxième grand programme de surveillance épidémiologique après le PNSM contribue à légitimer l'existence du DST et sert de modèle pour d'autres projets. C'est le cas du programme de signalement des MCP.

Depuis une réglementation de 1946, tout docteur en médecine est dans l'obligation de signaler toute atteinte physique liée à une activité professionnelle. Or, depuis 1976, les textes ne précisent pas à quel destinataire faire parvenir ces déclarations³. Au cours des années 1990, plusieurs initiatives sont prises pour recenser les MCP au niveau national *via* les médecins inspecteurs régionaux du travail. Dans les Pays de la Loire, cette collecte s'appuie sur l'intérêt des médecins du travail pour le développement d'initiatives dans le domaine de la santé au travail⁴. Dans un premier temps, cette initiative est intégrée au programme de surveillance des TMS avant de s'autonomiser. Ainsi, en s'engageant dans ce projet, les acteurs du DST

1. Pour avoir une idée des activités du DST, voir, notamment, sur le site de l'InVS (<<http://www.invs.sante.fr/dossiers-thematiques/travail-et-sante>>).

2. Catherine Ha, Yves Roquelaure, Annie Touranchet, Annette Leclerc, Ellen Imbernon, Marcel Goldberg, « Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 44-45, 2005, p. 219-221 ; et « La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques », numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 44-45, 15 novembre 2005.

3. Véronique Daubas-Letourneux, « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, 62 (2-3), avril-septembre 2008, p. 213-235.

4. Comme l'indique l'existence depuis 1986 de l'Association pour la recherche en épidémiologie et en ergonomie de l'Ouest (AREEO) : Véronique Daubas-Letourneux, Annie Thébaud-Mony, *Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Étude sociologique du dispositif de signalement des maladies à caractère professionnel dans les pays de la Loire*, Nantes, Maison des sciences de l'Homme Ange Guépin, 2006.

ne partent pas de rien puisque des projets autour des MCP existent déjà dans la région. Cependant, en proposant une nouvelle méthodologie plus systématique avec un objectif plus affirmé de veille sanitaire et épidémiologique, le DST donne une nouvelle dimension à ces données qui connaissent aussi de nouveaux supports de diffusion. Alors qu'en 2003, le dispositif MCP était expérimenté dans les Pays de la Loire, il est aujourd'hui développé dans sept régions françaises et devrait continuer à s'étendre.

L'InVS joue ainsi un rôle de catalyseur par rapport à des équipes prêtes à s'engager dans des travaux proches de ses préoccupations, ou à la tête de programmes de recherche en épidémiologie. Même s'il est à l'initiative du lancement de ces programmes de surveillance, l'InVS le fait à partir d'équipes qui disposent déjà de connaissances et de savoir-faire stabilisés. Dans les premières années où sont lancés ces programmes, le département dispose de moyens extrêmement limités et est contraint de fonctionner en réseau avec des équipes extérieures pour lancer ses programmes. Avec la structuration progressive d'une équipe plus nombreuse, l'InVS devient capable de piloter lui-même certains programmes, comme par exemple dans le cas de Samotrace, une enquête de surveillance des risques mentaux liés au travail développée depuis 2006 et dirigée par un médecin membre de l'InVS et non par un chercheur extérieur.

Une fois endossée et organisée par le DST, une enquête épidémiologique bénéficie d'une reconnaissance qui dépasse les seuls cercles des spécialistes en santé au travail pour toucher des groupes plus vastes dans les milieux de la santé publique, de l'administration et de la recherche. En donnant une plus grande visibilité aux résultats de ces enquêtes et en intéressant des publics plus larges, l'InVS contribue à modifier les rapports de force qui structurent les politiques de santé au travail, puisqu'une des conditions au maintien d'une forte inertie dans les orientations de cette politique tient à la faible visibilité des effets du travail sur la santé.

Les transformations de la santé publique et son rapprochement avec la santé au travail induisent donc d'importantes transformations au sein de la santé au travail. Ainsi, la création et le caractère durable du DST s'expliquent en premier lieu parce qu'il devient de plus en plus difficile pour les acteurs de la santé au travail de maintenir en l'état leurs modalités de fonctionnement antérieures. Se donner les moyens de mesurer les effets du travail sur la santé et le faire faire par des acteurs dotés d'une certaine indépendance dans le cadre d'une agence fait partie des concessions à effectuer pour assurer une cohérence minimale entre les politiques de santé au travail et de santé publique. Le fait que l'initiative de la création du DST soit extérieure au milieu de la santé au travail et résulte plus d'initiatives individuelles que d'une réelle volonté impulsée par les responsables de santé publique est assez révélateur des modalités de transformation de la santé au travail. Celle-ci ne peut pas ne pas intégrer ces transformations mais ce processus se confronte à d'autres logiques qui cherchent au contraire à maintenir les équilibres antérieurs en accordant une place centrale sinon exclusive à la concertation entre partenaires sociaux.

Une expertise de plus en plus incontournable... ou de plus en plus « approuvée » ?

Les premières années de la décennie 2000 permettent d'assister à un processus plus systématique d'organisation de l'expertise et de la production de connaissances. Jusqu'alors plutôt en retrait, la DGT joue progressivement un rôle de premier plan dans la constitution de ressources d'expertise propres. L'objectif est de constituer un outil d'expertise plus directement mobilisable par cette administration et les professionnels (médecins du travail, ingénieurs de prévention) intervenant dans la mise en œuvre de cette politique¹. Ce faisant, on observe une systématisation des évolutions observées précédemment avec le passage d'une expertise sollicitée au cas par cas à la spécialisation d'agences spécifiquement constituées dans l'objectif de produire de la connaissance et de l'expertise. La constitution progressive d'une expertise d'État n'est pas sans ambiguïtés puisque, tout en modifiant les rapports de force entre acteurs, elle le fait non pas en permettant une sortie des rapports de domination antérieurs mais en transformant simplement les modalités de leur actualisation.

De l'AFSSE à l'AFSSET : la mise en place du T (Travail) de l'AFSSET

Même si la mise en place et la montée en puissance du département Santé Travail de l'InVS permettent d'augmenter la production de données en épidémiologie des risques professionnels et donc de fournir des données potentiellement utilisables pour conduire les politiques dans ces secteurs, l'ancrage de ce service dans la culture de santé publique et l'épidémiologie tranche avec les logiques dominantes dans le domaine de la santé au travail. De plus, même si la DGT partage la tutelle de ce département avec la DGS, l'InVS est lui sous la tutelle unique du ministère de la Santé, si bien que le DST n'apparaît pas spontanément comme un organisme directement mobilisable par cette administration. Ceci pose d'autant plus problème que, depuis les années 1990 et les différentes crises de santé publique, des tensions régulières existent entre responsables de la DGS et de la DGT, certains responsables de la DGT craignant de voir la santé au travail devenir une attribution de la DGS et donc d'en être dessaisis. Ces tensions sont récurrentes et s'observent notamment sur la question du paysage des agences de sécurité sanitaire. La position de la DGS penche structurellement vers la réduction du nombre d'agences car plus l'agence est grande, plus la tutelle de la DGS s'impose comme la principale et plus son contrôle est aisé. À l'inverse, la DGT penche plutôt pour la défense d'une agence spécifique santé travail ou à défaut pour une agence santé travail environnement qui lui laisse espérer une meilleure prise en compte de ses propres options. L'évolution des contours des agences d'expertise dans le domaine santé travail révèle ainsi les rapports de force entre ces différents secteurs ministériels et leur instabilité. En 2005, la création d'un département Santé Travail au sein de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement (AFSSE), qui devient alors l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement *et du travail* (AFSSET), marque une certaine prédominance du Travail et de l'Environnement sur la Santé. À l'inverse, la fusion intervenue en juillet 2010 entre l'AFSSET et l'AFSSA pour créer l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de

1. Ces professionnels sont eux-mêmes en forte évolution ces dernières années, notamment avec la perte d'importance des médecins du travail au profit d'autres corps professionnels : voir Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck, Paul-André Rosental, *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006 ; et Pascal Marichalar, « La médecine du travail sans les médecins ? », *Politix*, 91, 2010, p. 27-52.

l'environnement et du travail (ANSES) semble signer la revanche du secteur de la santé. Il est encore trop tôt pour anticiper les conséquences de cette nouvelle fusion et l'analyse développée ici ne prendra en compte que la période de montée en puissance de la santé au travail au sein de l'AFSSET de 2005 à juillet 2010.

À partir de 2005, le secteur de la santé au travail se consolide rapidement au sein de l'AFSSET jusqu'à la redéfinition de l'organigramme qui, opérée en 2007, fait fusionner dans chaque service les dimensions environnementales et professionnelles d'un même risque, rapprochant les deux problématiques. La création de l'AFSSET ne va pourtant pas sans poser de difficultés. Les agences de sécurité sanitaire sont déjà nombreuses et couvrent des domaines qui peuvent parfois se recouper avec ceux de l'AFSSET. De plus, d'autres acteurs, comme l'Institut national de recherche sur la sécurité (INRS), revendiquent une expertise dans le domaine de la santé au travail. Ces difficultés de positionnement qui marquent les débuts de la dernière née des agences sanitaires¹ comptent parmi les facteurs qui expliquent le caractère particulièrement rigide du positionnement de l'agence sur un certain nombre de dossiers, que ce soit l'appui revendiqué sur la norme Afnor NF-X 50-110 pour encadrer son processus de production d'avis ou la mise à distance de tout ce qui pourrait apparaître comme une relation pouvant ne serait-ce que potentiellement porter atteinte à l'indépendance de l'agence².

Pour la DGT, la création de l'AFSSET est une étape importante dans la constitution d'une expertise autonome et directement mobilisable dans le cours de ses activités routinières. Même si l'AFSSET est sous la cotutelle de trois ministères (Santé, Environnement, Travail), la DGT, qui assure plus de 50 % de son financement, joue un rôle prépondérant dans son pilotage. De plus, les modes de fonctionnement de l'agence facilitent ses relations avec la DGT. Le fait par exemple que les organisations syndicales de salariés et d'employeurs soient présentes dans le conseil d'administration de l'AFSSET permet à ces organisations d'être associées aux programmes d'expertise et d'être informées de leur état d'avancement, réduisant la méfiance parfois observée entre ces organisations et le DST de l'InVS. Sur un plan disciplinaire aussi, les compétences de l'AFSSET sont plus larges que celles présentes à l'InVS. Rapidement, l'AFSSET dispose de savoirs issus de la médecine du travail ou des sciences de l'ingénieur qui peuvent être investis plus facilement dans les entreprises ou par les professionnels intervenant directement sur les lieux de travail, comme les agents des caisses régionales d'assurance maladie, par exemple.

La création de l'AFSSET conduit à une articulation de l'expertise scientifique à la décision sur le modèle de celle qui existe dans l'administration de la santé publique, c'est-à-dire affichant une frontière étanche entre l'établissement du risque et sa gestion, entre la production de l'expertise et la décision. Même s'il s'agit plus d'une norme de référence et que les pratiques réelles de fonctionnement s'éloignent de ce modèle théorique, l'affirmation de cette stricte séparation est un des éléments qui justifie l'autonomisation des agences de sécurité sanitaire³. Pourtant, cette séparation est loin de détenir la même légitimité en santé au travail qu'en santé publique. Elle est parfois perçue comme la « marque » de la DGS et

1. Nous ne reviendrons pas ici sur les controverses autour des premiers rapports d'expertise de l'AFSSE en 2003 sur la téléphonie mobile : voir Olivier Borraz, Michel Devigne, Danielle Salomon, *Controverses et mobilisations autour des antennes-relais de téléphonie mobile*, Paris, Centre de sociologie des organisations/CNRS/Sciences Po, 2004.

2. Sur des mécanismes similaires au sein de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, C. Granjou, M. Barbier, *Métamorphoses de l'expertise...*, op. cit.

3. Olivier Borraz, *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.

ressentie comme une tentative pour appliquer à la santé au travail des façons de faire issues de la santé publique. Au contraire, le maintien d'une certaine porosité des frontières entre évaluation et gestion des risques, rendue possible par la faible publicité des politiques de santé au travail, est revendiqué par certains acteurs comme constitutif de ce secteur d'intervention.

Refonder l'expertise pour transformer les rapports de force : un risque acceptable ?

Les transformations en cours de l'expertise et de la production de connaissances ont des effets importants sur les rapports de force entre les différentes catégories d'acteurs intervenant dans l'élaboration de ces politiques. La possibilité pour l'administration d'adosser certaines de ses décisions sur des données scientifiques validées est un moyen pour elle de renforcer son poids. S'appuyer sur un argumentaire scientifique rend plus complexe une éventuelle remise en cause car celle-ci doit se faire à son tour sur le terrain scientifique et donc mobiliser des ressources spécifiques. L'administration se dote ainsi d'une légitimité supplémentaire dans les discussions avec ses partenaires. La question de l'établissement des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) est sur ce point intéressante à analyser puisqu'on voit, durant la période étudiée, une tendance croissante à durcir l'appareillage scientifique qui entoure ces prises de décision. Si l'établissement de ces valeurs est l'objet d'une attention du ministère du Travail depuis les années 1980, les groupes d'experts créés en son sein ont toujours eu un statut assez informel, constituant simplement la première étape de l'instruction interne de ces dossiers par les services du ministère. L'établissement des valeurs limites n'a été formalisé que depuis 2005 avec une évaluation scientifique préalable confiée à l'AFSSET. Même si le processus en est à ses débuts (l'AFSSET n'a expertisé que quelques toxiques à ce jour et aucune décision n'a encore été prise dans ce nouveau cadre), on peut supposer que les décisions à venir mettront en avant le caractère « scientifique » de ces valeurs¹.

L'hypothèse d'un renforcement du poids relatif de l'administration est cependant à nuancer pour deux principales raisons. La première tient au fait que, dans le domaine des relations sociales, la recherche du consensus entre l'ensemble des partenaires sociaux conditionne de nombreuses décisions. Même si on peut penser que l'administration a beaucoup à gagner à s'octroyer une marge de manœuvre plus importante, préserver la place relative des autres acteurs dans la concertation reste aussi un élément important pour ne pas exacerber les tensions sociales et/ou pour ne pas avoir à assumer plus fortement un rôle d'arbitre que l'administration du travail n'a jamais tenu à jouer. Un renforcement trop brutal des ressources propres d'expertise pourrait ainsi paradoxalement affaiblir l'administration du travail qui tire une grande part de sa légitimité de sa capacité à garder de bonnes relations avec l'ensemble des partenaires sociaux. La deuxième raison tient au fait que, même s'il y a un renforcement des acteurs administratifs au sens large, on ne peut toutefois pas parler d'un renforcement de la DGT en tant que telle puisque ce mouvement s'accompagne d'une redistribution des rôles et des marges de manœuvre entre les différents acteurs qui composent cet espace. La légitimation de l'action administrative par l'expertise s'effectue au prix d'un morcellement des acteurs étatiques, dont certains revendiquent parfois une forte autonomie. Cet émiettement des acteurs se fait de plus à un moment où les règles de fonctionnement

1. Emmanuel Henry, « "License to Expose" ? OELs, Scientific Expertise and State in Contemporary France », *Sciences as Culture*, 2011.

qui régissent leurs relations sont de plus en plus publiques et rendent donc moins courantes des négociations informelles entre eux. Il est toutefois possible de supposer que le recours régulier à une expertise publique aura pour effet connexe de réduire les effets liés aux inégalités de moyens entre délégations patronales et syndicales dans les processus de concertation et de prise de décision. L'ampleur de ce mouvement dépendra cependant de l'autonomie que sauront ou non garder les agences et acteurs administratifs vis-à-vis des acteurs économiques.

Au-delà des transformations des rapports de force entre acteurs, ce sont aussi les modalités même des confrontations qui sont redéfinies, en particulier dans la mesure où les rapports à la publicité et à la mise en débat public sont progressivement modifiés. Comme déjà indiqué, c'est dans une relative discrétion que sont discutées les questions relatives aux risques professionnels, entre acteurs spécialisés et avec des arguments qui n'ont *a priori* pas vocation à sortir de ces espaces feutrés. L'irruption de nouveaux acteurs et de nouvelles logiques d'action modifie ces règles traditionnelles de fonctionnement en plusieurs sens.

La mise en place des agences s'est tout d'abord accompagnée de nouveaux rapports à l'espace public. En effet, les expertises produites par l'InVS et l'AFSSET sont toujours rendues publiques et diffusées sur leur site *web* à partir du moment où elles sont validées par leurs instances dirigeantes. Cela conduit à élargir considérablement les espaces de circulation des connaissances relatives à la santé au travail. Dans le cadre d'un processus de décision et de négociation qui reste dans des espaces spécialisés et confinés, il est toujours possible de revenir sur des accords antérieurs et de remettre en cause certains éléments scientifiques pourtant actés dans les réunions précédentes. À l'inverse, à partir du moment où des connaissances sont validées par un comité d'experts et rendues publiques, il devient plus complexe de les remettre en cause ou de faire comme si elles n'étaient pas stabilisées. Le cas de l'amiante, même s'il est antérieur à la création des agences, est révélateur de ce changement des règles de débat internes. Alors que de nombreux aspects de la dangerosité de l'amiante étaient encore controversés avant sa parution, la publication de l'expertise collective de l'Inserm en 1996 a donné un statut beaucoup plus solide aux connaissances des dangers de l'amiante et mis fin à la plupart des controverses. En confirmant de façon définitive l'estimation de la mortalité liée à l'amiante, elle contraint l'ensemble des acteurs à prendre pour acquis ces éléments dans le processus d'élaboration de nouvelles décisions. La publication des rapports de l'AFSSET sur les VLEP aura sans doute le même type de conséquences en réduisant considérablement le spectre des réponses possibles à un problème, même si on observe déjà l'apparition de nouveaux espaces de négociation non plus autour du niveau des valeurs édictées mais des dates de leur entrée en application¹. Dans ce sens, la procédure d'expertise publique d'un problème contribue à stabiliser certaines modalités de ses définitions en interdisant certains retours en arrière ou remises en cause toujours possibles dans des espaces plus discrets.

Au-delà de l'influence de la publicité sur les groupes participant à l'élaboration des politiques de santé au travail, les procédures qui rendent publics les rapports d'expertise ont aussi des conséquences plus générales en termes d'appropriation de ces questions dans des espaces sociaux plus vastes. On peut en effet supposer que la diffusion publique de connaissances scientifiques sur la santé au travail contribue à élargir les cercles des personnes potentiellement intéressées à ces questions. Cette diffusion dans des milieux plus différenciés peut ainsi

1. E. Henry, « "Licence to Expose" ?... », *ibid.*

être un facteur qui concourt à sortir les problématiques professionnelles de l'invisibilité sociale dans laquelle elles sont maintenues¹. Le rapprochement avec l'ensemble des thématiques liées à l'environnement contribue aussi à ce décloisonnement de la santé au travail et rend de plus en plus difficile le maintien des logiques antérieures de fonctionnement du milieu de la santé au travail. De façon plus générale, la croissance d'un intérêt public sur ces problématiques impose progressivement de nouveaux registres de justification et de légitimation des choix effectués parmi les parties prenantes. En effet, alors que des compromis peuvent se maintenir durablement en milieu confiné sans qu'il soit nécessaire d'explicitier les bases sur lesquelles ils se sont construits et consolidés, la contrainte d'avoir potentiellement ou réellement à rendre compte de ses actions ou de devoir expliquer les compromis effectués limite considérablement le champ des possibles².

La science et l'expertise toujours encadrées dans le social

La prise en compte de ces transformations progressives de la santé au travail ne doit pas conduire à une représentation idéalisée de la science et de l'expertise qui les verraient comme à l'origine exclusive de ces transformations grâce à leur rapport d'extériorité vis-à-vis des conflits et des oppositions qui caractérisent ce secteur. Au contraire, les programmes de production de connaissances et d'expertises sont l'objet de conflits et d'oppositions qui révèlent que la réalité qu'ils renseignent est elle-même objet de controverses et de définitions contradictoires. Ainsi l'enquête Sumer, qui est aujourd'hui reconnue comme une des grandes études de suivi des conditions de travail (elle sert d'instrument d'évaluation de nombreux objectifs de la loi de santé publique de 2004 et de celle attendue pour 2011), fait-elle l'objet de remises en cause régulières. Alors que la première enquête Sumer date de 1983, chacune de ses rééditions (1987, 1994, 2003 et 2009) a été engagée au cas par cas avec à chaque fois des discussions importantes entre représentants des employeurs et organisations syndicales de salariés, faisant parfois peser des menaces assez directes sur la pérennité de l'enquête. Cette enquête qui dresse un tableau cru des conditions de travail a toujours posé problème aux employeurs et à leurs représentants. La principale critique qu'ils formulent porte sur la représentativité des médecins du travail participant à l'enquête. Étant volontaires pour y participer, ils sont jugés militants et partisans par les représentants patronaux. Cette critique avait déjà été à l'origine de l'enquête de validation de Sumer effectuée par Nicolas Dodier à la fin des années 1980³. Elle tend de plus en plus à être contenue au fur et à mesure que le taux de participation des médecins du travail va croissant et que le nombre de médecins ayant participé à une édition de l'enquête Sumer est lui aussi de plus en plus important. Pour contrer ces difficultés, les responsables de dispositifs de production de connaissance ou d'expertise doivent investir énormément pour solidifier leur légitimité scientifique⁴. Convaincre de la rigueur scientifique d'une étude ou d'une institution constitue une ressource essentielle pour limiter les remises en cause de ses résultats, autrement sujets à une

1. Renaud Crespin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, « Peut-on sortir de la méconnaissance des effets du travail sur la santé ? Quelques pistes de réflexion pour les sciences humaines et sociales », dans *Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?*, Grenoble, CNRS/MSH Alpes, 2008, p. 253-263.

2. Claude Gilbert, Emmanuel Henry, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, à paraître.

3. Nicolas Dodier, *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. La contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels*, Paris, La Documentation française, 1990 ; et *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

4. S. Hilgartner, *Science on Stage... op. cit.*

perpétuelle discussion dans le cadre des instances de concertation des politiques de santé au travail. Le label de scientificité et d'intérêt public obtenu par Sumer de la part de la Commission nationale de l'information statistique (CNIS) est sans doute pour beaucoup dans le fait qu'il était difficile, même pour un gouvernement s'affichant proche des milieux patronaux, de mettre fin à l'enquête Sumer en 2008, alors qu'elle était à nouveau fortement critiquée par les représentants des employeurs.

Cet encastrement de la science dans les rapports sociaux est aussi particulièrement visible dans les modalités par lesquelles elle est mobilisée par les acteurs qui interviennent dans les processus de décision. En effet, malgré des discours parfois très catégoriques sur le partage entre science, expertise, concertation sociale et décision politique, les frontières entre ces différents espaces sont extrêmement controversées au point que l'établissement et le renforcement des frontières est en tant que tel un enjeu central de ces luttes¹. Dans le cas des négociations qui s'opèrent au sein d'une instance comme le COCT, nombreux sont les participants aux négociations au titre d'une organisation syndicale ou patronale qui revendiquent aussi une compétence professionnelle sur les points abordés². Médecins, médecins du travail, praticiens hospitaliers spécialisés en pathologies professionnelles figurent en effet souvent au sein des délégations. Leur engagement dans les négociations sur la reconnaissance ou non d'une maladie professionnelle ou sur le caractère adapté d'une réglementation s'effectue donc autant au titre de leur appartenance à une délégation qu'au titre de leur connaissance scientifique de la question. Ces phénomènes d'appartenances multiples se posent de façon généralisée dans le domaine de la santé au travail car les arbitrages juridiques sont toujours effectués en fonction des rapports de force entre les différents négociateurs. Les arguments scientifiques y ont ainsi toujours le statut d'arme dans un affrontement plus ou moins frontal et la capacité à cumuler les ressources joue un rôle central dans le cours des négociations. Si la ressource scientifique tend à devenir de plus en plus importante, elle ne constitue qu'une ressource parmi plusieurs en concurrence et son statut est loin de s'imposer uniformément comme prioritaire à l'ensemble des acteurs. La séparation entre expertise et concertation est même parfois dénoncée comme néfaste par certains représentants des organisations syndicales car induisant des biais qui renforcent les inégalités entre représentants des employeurs et des salariés.

[C'est] complètement absurde et inutile de dissocier une expertise éthérée, sortie du contexte, basée soi-disant sur des connaissances – dont on peut d'ailleurs discuter à mon avis le caractère pertinent parce que les connaissances scientifiques, ce ne sont que des connaissances scientifiques. En la matière, c'est très très loin de la réalité, puisqu'on ne connaît que ce qu'on cherche, que ce qu'on peut chercher, ce qu'on est payé pour chercher, ce qu'on nous laisse comme accès, etc. etc. On voit bien que cette pseudo-dissociation entre des gens qui décideraient (que nous ne sommes pas) et des gens qui sauraient (mais qui ne savent pas en matière de santé et de travail, ils ne savent pas puisqu'ils ne sont pas sur le terrain, ils ne sont pas dans les entreprises, ils n'ont pas les données, ils n'ont pas les moyens), donc c'est absurde. La bonne solution, c'est de permettre cette espèce d'alchimie qui est un peu compliquée mais qui finalement fonctionne assez bien. (Professeur en pathologie professionnelle représentant d'une organisation syndicale de salariés dans une des commissions du COCT, 19 février 2009).

1. Sh. S. Jasanoff, « Contested Boundaries in Policy-Relevant Science », art. cité.

2. M. Callon, A. Rip, « Forums hybrides et négociations des normes socio-techniques dans le domaine de l'environnement... », cité.

Plus fondamentalement le caractère biaisé de la science renvoie aux difficultés de la recherche académique à mesurer et rendre visibles les effets du travail sur la santé des travailleurs. Cette incapacité de la recherche scientifique (essentiellement sanitaire et épidémiologique) et de l'expertise à effectuer ce travail résulte de plusieurs traits propres au travail scientifique tels qu'une approche de sociologie des sciences peut les révéler¹. Tout d'abord, la formulation du problème en termes exclusivement scientifiques ou épidémiologiques conduit à produire des données dans un délai très long par rapport aux expositions et donc aux besoins beaucoup plus immédiats des salariés en termes de prévention ou de reconnaissance². C'est ce type d'argument qui conduit à voir dans les travailleurs, selon la représentation négative ou positive que l'on en a, soit des « cobayes » sur lesquels on procède à des expérimentations humaines, soit des « sentinelles avancées » vis-à-vis de risques environnementaux rencontrés à des doses beaucoup plus fortes en milieu professionnel³. Ensuite, une expertise purement académique risque de sous-estimer l'importance des risques professionnels dont certaines caractéristiques (le fait qu'ils touchent essentiellement des collectifs de travail et sont fortement liés à la situation de subordination dans laquelle se trouvent les salariés) les rendent particulièrement difficiles à appréhender pour des disciplines qui font souvent abstraction de l'environnement social dans lequel évoluent les individus et raisonnent prioritairement en termes de risque individuel ou en termes de risques sur des agrégats d'individus indépendamment de leur statut⁴. De plus, les enquêtes épidémiologiques privilégient les groupes de salariés les plus stables, sous-estimant les risques auxquels sont de plus en plus exposés les salariés issus d'entreprises sous-traitantes ou les travailleurs intérimaires, ainsi que les salariés aux parcours professionnels diversifiés, contribuant ainsi à leur invisibilité sociale⁵. Plus globalement, les activités de production de connaissances et d'expertise, parce qu'elles sont dépendantes de données issues des acteurs industriels et économiques, ne sont pas à l'abri de leurs stratégies de dissimulation ou de production d'ignorance⁶. L'ensemble de ces arguments souligne la distance entre la science académique (ou les différentes formes de sciences académiques, les questions de risques professionnels donnant évidemment lieu à de nombreuses et durables controverses) et les mobilisations sociales cherchant à faire mieux

1. D. Pestre, « Thirty Years of Science Studies... », art. cité ; S. Frickel, K. Moore (eds), *The New Political Sociology of Science...*, *op. cit.*

2. Annie Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé : sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, Paris, La Découverte, 2007, p. 190 et suiv.

3. Sur le lien originel de la recherche scientifique sur les risques environnementaux avec celle sur les risques professionnels, voir Christopher C. Sellers, *Hazards of the Job. From Industrial Disease to Environmental Health Science*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1997.

4. Marcel Goldberg, « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences sociales et santé*, 1 (1), 1982, p. 55-110 ; Marcel Goldberg, Maria Melchior, Annette Leclerc, France Lert, « Les déterminants sociaux de la santé. Apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, 20 (4), décembre 2002, p. 75-128.

5. Annie Thébaud-Mony, « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 2008, p. 237-254 ; Annie Thébaud-Mony, Béatrice Leconte, « Mémoire du travail et des expositions professionnelles aux cancérrogènes. Enquête en Seine-Saint-Denis (France) », *Pistes*, 12 (3), novembre 2010.

6. Robert Proctor, *Cancer Wars. How Politics Shapes what we Know and don't Know about Cancer*, New York, BasicBooks, 1995 ; G. E. Markowitz, D. Rosner, *Deceit and Denial...*, *op. cit.* ; David Michaels, Celeste Monforton, « Manufacturing Uncertainty : Contested Science and the Protection of the Public's Health and Environment », *American Journal of Public Health*, 95 (1), 2005, p. 39-48 ; Annie Thébaud-Mony, « Les fibres courtes d'amiante sont-elles toxiques ? Production de connaissances scientifiques et maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 28 (2), juin 2010, p. 95-114.

reconnaître et prendre en compte les altérations de la santé issues du travail¹. Ainsi, les transformations analysées dans cet article trouvent leur principale limite dans une incapacité quasiment structurelle de la science académique à se dégager des conditions sociales dans lesquelles elle s'élabore et donc à servir d'appui à une remise en cause de certains rapports de force.

*
* *

Le cas de la santé au travail montre bien l'intérêt qui existe à mener l'étude des capacités de production de connaissances et d'expertises en perspective avec les rapports de force qui s'établissent entre les acteurs intervenant dans un secteur d'action publique. Tout d'abord, dépassant les généralités sur l'expertise, ce type d'analyse conduit à insister sur la spécificité de chaque processus d'expertise et son sens par rapport aux enjeux qui structurent un secteur d'activité et les relations entre les acteurs qui s'y investissent. Ainsi, l'absence d'expertise qui marque durablement la santé au travail de même que l'irruption progressive par importation de logiques et de dispositifs issus de la santé publique ne peuvent pas se comprendre indépendamment des rapports de force entre acteurs qui interviennent dans la définition des orientations de ces politiques (représentants des organisations syndicales de salariés, des employeurs et de l'État) et qui définissent les politiques de santé au travail avant tout comme relevant du domaine de la concertation entre partenaires sociaux. Ensuite, ces analyses montrent comment les enjeux de connaissances et d'expertise sont indissociablement des enjeux de pouvoir, et que ces deux types d'enjeux constituent les deux facettes d'un même processus. Les tensions autour de la mise en place de nouveaux programmes de recherche ou d'expertise ou la difficile institutionnalisation des dispositifs de recherche et d'expertise sur ces thèmes en sont des signes.

Enfin, elles mettent en évidence un paradoxe propre aux secteurs d'action publique s'appuyant fortement sur une expertise scientifique. En modifiant les savoirs sur lesquels s'appuie l'action publique, les transformations visant la production de connaissances et les capacités d'expertise constituent aujourd'hui un des principaux vecteurs par lesquels on peut durablement transformer cette action publique et donc peser sur les intérêts qui sont privilégiés par une politique publique. Cependant, et là se situe le paradoxe, ce vecteur constitué par la recherche scientifique et l'expertise, tout en devenant de plus en plus central et nécessaire, apparaît lui-même tant modelé et influencé par les rapports de force entre groupes sociaux impliqués dans un domaine que le degré de nouveauté apporté par ces recherches ou leur capacité de perturbation des équilibres apparaissent en définitive bien faibles. Ainsi, loin de constituer un point d'appui permettant de peser de l'extérieur sur les rapports de force, cette transformation de l'expertise ne produit que des effets assez limités sur les relations entre les différents acteurs pesant sur l'orientation d'une politique. C'est dans ce sens que, dans le cas de la santé au travail, on est conduit à formuler le constat paradoxal suivant.

1. Comme cela a déjà été bien montré sur les questions d'environnement par un certain nombre de travaux de sociologie et d'histoire des sciences, comme Phil Brown, « Popular Epidemiology and Toxic Waste Contamination : Lay and Professional Ways of Knowing », *Journal of Health and Social Behavior*, 33 (3), 1992, p. 267-281 ; Marcel Calvez, « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, 27 (2), juin 2009, p. 79-106 ; Barbara L. Allen, « Shifting Boundary Work : Issues and Tensions in Environmental Health Science in the Case of Grand Bois, Louisiana », *Science as Culture*, 13 (4), 2004, p. 429-448. Voir aussi Alan Irwin, *Citizen Science. A Study of People, Expertise, and Sustainable Development*, Londres, Routledge, 1995.

L'administration du Travail, dotée de nouveaux instruments de production de connaissances et d'expertise, voit son pouvoir progressivement renforcé vis-à-vis des autres acteurs intervenant dans la production de ces politiques. Cependant, malgré les importants bouleversements analysés, un certain nombre d'indices montrent dans le cadre de ces évolutions une relative stabilité des rapports de force entre acteurs, si bien que rien ne permet pour l'instant de postuler que ces changements conduiront à orienter ces politiques vers une meilleure prise en compte de la santé des travailleurs.

— Emmanuel Henry —

Emmanuel Henry est maître de conférences en science politique à Sciences Po Strasbourg et chercheur au Groupe de sociologie politique européenne (GSPE, UMR Prisme, CNRS, Université de Strasbourg). Il est l'auteur de *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007 ; et a récemment codirigé (avec Claude Gilbert) *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009. Ses travaux développent une sociologie de l'action publique attentive aux différentes formes d'inégalités caractérisant nos sociétés contemporaines, notamment à travers une réflexion sur les processus de construction et de définition des problèmes publics. Il travaille actuellement sur l'expertise dans le domaine de la santé publique en dirigeant un programme de recherche collectif financé par l'ANR et en poursuivant ses recherches sur l'expertise en santé au travail (GSPE, IEP de Strasbourg, MISHA, 5 allée du Général Rouvillois, CS 50008, F-67083 Strasbourg cedex <emmanuel.henry@misha.fr>).