



HAL
open science

La santé publique peut-elle sauver la santé au travail ?

Sylvain Bertschy

► **To cite this version:**

Sylvain Bertschy. La santé publique peut-elle sauver la santé au travail?. Droit social, 2023, Travail et cancers, 100 (02), pp.100-107. hal-04440720

HAL Id: hal-04440720

<https://hal.science/hal-04440720v1>

Submitted on 7 Feb 2024

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.

Dossier

Travail et cancers

Ce dossier spécial reprend certaines contributions au colloque pluridisciplinaire et pluriprofessionnel qui s'est tenu en juin 2022 à l'université d'Avignon sous l'égide de l'AFDT (Association française de droit du travail et de la sécurité sociale). Autour de l'épineux thème des cancers liés au travail, ces deux journées avaient d'abord pour objectif de souligner l'invisibilité historique des cancers dus au travail, notamment au travers des recherches originales des GISCOP (groupements d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle). Après le constat de la sous-reconnaissance croissante des maladies professionnelles, les débats ont questionné les insuffisances de la réparation des cancers professionnels, sans occulter les enjeux de la prévention, notamment à la lumière du cumul des expositions à différents cancérogènes tout au long de la carrière, et sans ignorer la difficile question du travail « avec et après un cancer ». Enfin, ne pouvaient être esquivés l'évidence, ô combien prégnante, des atteintes environnementales et les liens entre santé au travail et santé publique.

La santé publique peut-elle sauver la santé au travail ?

Mise en perspective historique sur l'émergence d'une forme nouvelle de « gouvernement des dangers du travail »

L'essentiel

Plus d'un siècle de débats et de luttes jalonnent la construction du cancer en maladie professionnelle et sa mise à l'agenda comme problème public. Reconnu dès les années 1920, le rôle du travail dans la survenue de cette maladie industrielle est tour à tour mis en visibilité et invisibilisé. Les années 1970-1990 correspondent de ce point de vue à un moment charnière. Un ensemble de mobilisations sociales pour le droit à la santé au travail contribue alors à faire de la question « santé travail » un enjeu de santé publique. Près d'un quart de siècle après cette reconfiguration, la présente contribution voudrait montrer comment celle-ci a fait émerger d'une forme nouvelle de « gouvernement des dangers du travail » qui contribue à son tour à invisibiliser le rôle des expositions toxiques dans la survenue des cancers.



par Sylvain Bertschy
LEST UMR7317

En 2019, on estimait à 23,6 millions le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde (17,2 millions, à l'exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome) et à 10 millions le nombre de décès par cancer. Au regard des estimations de 2010, ces chiffres représentent des augmentations de 26,3 % des nouveaux cas et de 20,9 % des décès par cancer¹. En 2015, le cancer était ainsi devenu la deuxième cause de décès dans le monde² et, pour la Commission européenne, qui anticipe une hausse de 24 % du nombre de cas incidents, il pourrait devenir la première en Europe d'ici à 2035³. Loin de faire excep-

tion, la France est aujourd'hui en pleine épidémie de cancer. Bien que les autorités sanitaires résistent à la désigner comme telle, les chiffres officiels en attestent : entre 1984

¹ Global Burden of Cancer From 2010 to 2019, <https://ascopost.com>, 13 janv. 2022.

² Global Burden of Disease Cancer Collaboration (un réseau de 1 800 chercheurs dans plus de 120 pays qui, depuis 1990, collecte et analyse les données concernant plus de 300 maladies et accidents dans 188 pays), *Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015, A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study*, JAMA Oncol 2017, 3 déc. 2016.

³ Commission européenne, Un plan européen de lutte contre le cancer, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/cancer-plan-europe_fr.

et 2017 la population a augmenté de moins de 20 % tandis que l'incidence estimée des cancers a quasiment triplé – passant de 150 000 à presque 400 000 nouveaux cas par an en 2018 (Hunsmann et Thébaud-Mony, 2021). Si un vieillissement accéléré de la population caractérise également la période 1975-2019 (Blancpain, 2018), il est loin d'expliquer, à lui seul, comment le cancer a pu devenir la première cause de mortalité dans notre pays.

Depuis la fin du XIX^e siècle, on observe en effet une croissance significative et fortement inégalitaire de nombreuses maladies industrielles (Jobin, 2006) chroniques – c'est-à-dire de pathologies résultant d'activités industrielles et agricoles affectant les travailleurs et/ou les riverains des sites de production –, notamment du cancer, pathologie connue de longue date mais rare avant l'industrialisation. Son incidence est en augmentation constante et cette tendance s'est nettement renforcée depuis la Seconde Guerre mondiale dans tous les pays ayant connu un essor des industries métallurgiques, minières, chimiques, pétrochimiques et nucléaires, ainsi qu'une conversion de leur modèle agricole à l'agriculture chimique (Hunsmann et Thébaud-Mony, 2021). L'introduction dans la production – et dans l'environnement – de millions de molécules et mélanges de substances, dont la toxicité est pour une large part méconnue, et le maintien en circulation de toxiques identifiés de longue date (poussières de charbon, de silice et de fer, amiante, plomb, radioactivité, etc.), ont contaminé le monde (Jarige et Le Roux, 2017).

En dépit de la multiplication des alertes sanitaires et environnementales (Fressoz, 2012 ; Le Roux, 2011), la colonisation toxique du monde (multiplication des molécules chimiques dans les processus de production à l'échelle internationale) s'accélère et se globalise tout au long de chaînes transnationales de pollution (Boudia et Jas, 2019). Qu'il s'agisse des filières de l'uranium (du Niger à Narbonne) ou de la bauxite (de la Guinée Conakry à Gardanne), des corridors de la pétrochimie (Cancer Alley de Louisiane, Fos-sur-Mer) ou des zones d'agriculture intensive (Andalousie, basse vallée du Rhône), des catastrophes industrielles (Bopal, Seveso, AZF, Lubrizol) ou, encore, des « accidents ordinaires » (les pollutions fluviales répétées), les contaminations environnementales prennent le plus souvent leur source sur des lieux de production – donc de travail – en activité ou à l'arrêt. En 2018, un rapport au Conseil des droits humains de l'Organisation des Nations unies (ONU)⁴ dressait un bilan catastrophique des conséquences sanitaires de l'exposition des travailleurs aux substances toxiques à l'échelle planétaire : selon les estimations, dans le monde, une personne meurt toutes les quinze secondes de son exposition à des produits toxiques au travail. Le rapporteur rappelle alors que « [l]es États ont le devoir de protéger les droits humains de tous les travailleurs en empêchant leur exposition à des substances toxiques ».

Un tel constat conduit à s'interroger sur les formes his-

toriques de gouvernement des dangers liées aux activités de production qui sont les nôtres et sur leurs évolutions contemporaines. La question est d'autant plus prégnante que nombre de travaux publiés en droit, histoire, sociologie et science politique ont mis en évidence – à rebours d'une lecture de sens commun qui tend à voir dans son évolution une trajectoire de progrès continu portée par l'amélioration des conditions de travail et l'évolution des connaissances médicales – la situation de crise structurelle dans laquelle se trouve la santé au travail, crise dont les acteurs et institutions partagent, sinon l'analyse, au moins le constat⁵. Présentée par ses promoteurs comme une réponse à cette crise, la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021⁶ – qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) conclu en décembre 2020 par les représentants des employeurs et les organisations syndicales dites « représentatives »⁷ – vise à réformer la santé au travail. Elle a notamment pour objectif de « décloisonner la santé publique et la santé au travail » (L. 2 août 2021, art. 1^{er} à 10) en plaçant au cœur du répertoire des solutions adoptées « le renforcement de la prévention au sein des entreprises »⁸.

La présente contribution n'a pas pour but de procéder à l'exégèse de la réforme et de ses critiques⁹. Elle voudrait d'abord montrer que, si elle est loin d'être neuve, cette requalification de la question « santé travail » en problème de santé publique n'est pas anodine. On défendra ici l'idée qu'elle est l'expression de l'institutionnalisation d'une forme nouvelle de « gouvernement des dangers du travail » (Rainhorn, 2019) dont les enjeux et les logiques sont loin d'être toujours compatibles avec des objectifs de réduction des expositions cancérigènes en milieu professionnel.

I. – GOUVERNER LES DANGERS DU TRAVAIL : LA NAISSANCE DU RISQUE PROFESSIONNEL ET LA QUESTION DU CANCER

Dans le cas français, une première forme de gouvernement des dangers du travail s'est constituée, entre le dernier tiers du XIX^e siècle et les deux premières décennies du XX^e, à la jonction de deux processus, la construction de la protection légale des travailleurs et l'émergence du droit à réparation.

⁵ W. Dab, Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail, Doc. fr., 2009.

⁶ L. n° 2021-1018, 2 août 2021, pour renforcer la prévention en santé au travail, JO 3 août.

⁷ Medef, U2P et CPME d'un côté, CFDT, CFTC, CGC, FO, CFE-CGC de l'autre.

⁸ *Ibid.*

⁹ Dans un appel aux organisations syndicales publié le 30 décembre 2020, l'association Henri Pézerat prenait fermement position contre l'accord dont elle jugeait qu'il mettait gravement en péril « des décennies de lutte pour l'amélioration des conditions de travail [...] ». Sur ce point, v. Association Henri Pézerat, Contre l'ANI sur la santé au travail – Appel aux organisations syndicales de salarié-e-s, 30 déc. 2020.

⁴ Il est produit par le rapporteur spécial sur « les incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux » : <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-workers-rights-and-toxic-exposures>

A – GENÈSE ET INSTITUTIONNALISATION DU « COMPROMIS RÉPARATEUR »

C'est d'abord l'institutionnalisation de l'hygiène industrielle et la constitution d'un corps de médecins spécialisés (Moriceau, 2009) qui ont conduit l'État à intervenir dans les rapports sociaux de production en développant la protection légale des travailleurs (Viet, 2016). Cette dynamique alimente la constitution d'un corpus juridique réglementant le travail au sein des espaces productifs : lois de 1841 et 1874 sur le travail des enfants et filles mineures, loi de 1848 sur la durée du travail (qui interdit le marchandage de la main-d'œuvre), la loi de 1892 sur le travail des femmes dans l'industrie et, surtout, la loi du 12 juin 1893 relative à « l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels ». L'ensemble forme le creuset (sur les plans cognitif, juridique et politique) du code du travail, qui voit le jour en 1910, et contribue à la formation d'un corps d'inspection en charge de la protection des travailleurs à l'échelle nationale (Viet, 1994).

Le second processus s'inscrit dans le déploiement, à travers l'Europe, d'un droit de la responsabilité sans faute¹⁰ – technologie juridique au principe de la construction de systèmes de protection sociale fondée sur la technique actuarielle (Moses, 2018). Il inaugure, pour les travailleurs et travailleuses, un droit nouveau à réparation – dont « la présomption d'origine professionnelle » constitue le socle –, d'abord circonscrit aux seuls accidents de travail (loi du 9 avril 1898) avant d'être étendu aux maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919). Des études nombreuses¹¹ et convergentes ont montré comment le dispositif français de réparation, en dépit des réformes incrémentales dont il a fait l'objet (hausse du nombre des tableaux de maladies professionnelles, création de tableaux dans le cadre du régime agricole, mise en place d'un système complémentaire de reconnaissance en 1993)¹², a contribué à produire une forme d'acceptation sociale des accidents, maladies et décès engendrés par les activités de production en déplaçant les luttes sociales dans des arènes de négociations discrètes largement dominées par le patronat et en inaugurant pour lui une ère d'irresponsabilité relative (Ruffat et Viet, 1999 ; Bruno *et al.*, 2012 ; Cavalin *et al.*, 2020).

Le caractère structurellement restrictif et inégalitaire de ce régime d'administration des risques professionnels, largement contrôlé par les employeurs, se traduit concrètement par une importante sous-déclaration des cas de maladies professionnelles (qui contrairement aux accidents ne sont pas déclarés par les employeurs) et une sous-reconnaissance massive des maux du travail. Si ces deux phénomènes sont des tendances lourdes qui caractérisent l'histoire de la gestion du risque professionnel en France, celle-ci est aussi scandée par l'alternance de séquences de mise en visibilité/invisibilisation des pathologies du travail.

B – LA CONSTRUCTION DES CANCERS PROFESSIONNELS (1920-1930)

Si l'hypothèse d'un lien entre cancer et travail est ancienne, c'est dans les années 1920-1930, en lien avec la construction de la cancérologie (comme sous-espace de pratique médicale spécialisée) que le rôle du travail dans l'étiologie du cancer est constitué en un problème médico-légal légitime, publicisé comme tel et reconnu, processus qui débouche, en 1931, sur la création d'un premier tableau de maladies professionnelles dédié¹³.

Lorsque la loi de 1919 entre en vigueur, seules deux familles de maladies liées au plomb et au mercure, les deux poisons identifiés à l'époque comme les plus meurtriers, figurent sur les listes des maladies indemnifiables. Mais le cancer est devenu un fléau social de premier plan et une cause mobilisant les réseaux internationaux de la réforme sociale¹⁴. Sous l'influence de médecins hospitaliers appuyés par les pouvoirs publics ou, comme aux États-Unis, par de grandes compagnies d'assurances, il fait l'objet d'enquêtes épidémiologiques, en particulier dans les pays anglo-saxons et en Allemagne (Pinell, 1992). Des sociétés savantes et des centres de traitements spécialisés voient le jour en Amérique du Nord, au Japon et en Europe, notamment en France où la cancérologie se structure comme spécialité.

C'est dans ce contexte que les premières enquêtes transnationales sur les cancérogènes professionnels sont réalisées. Le Bureau International du travail et le Comité d'hygiène de la Société des Nations (SDN) mettent en évidence la gravité de certains cancers professionnels, en particulier les cancers de la peau et de la vessie. Ils dénoncent l'utilisation des sous-produits du goudron (braie de houille) et de l'aniline qu'ils soupçonnent, sans pouvoir en faire la preuve, d'être impliqués dans les mécanismes de la cancérogénèse encore très mal connus (Devinck, 2011). Directeur de l'Institut du cancer de la faculté de médecine de Paris, Gustave Roussy, dans un tiré à part publié en 1927, affirme que le lien de cause à effet entre cancer et exposition aux rayons X est établi. Des travaux liant amiante et cancers émergent, notamment à la Conférence internationale du cancer de Londres de 1928 lors de laquelle un sous-comité de la SDN conçoit un programme d'enquête sur l'incidence du cancer dans les industries réputées cancérogènes. L'hypothèse d'une origine professionnelle de la pathologie cancéreuse est évoquée pour la première fois en 1926 dans les réunions de la commission supérieure des maladies professionnelles¹⁵ (CSMP) (Marchand, 2020 et 2022).

Le cancer a désormais droit de cité dans le cadre des maladies professionnelles, mais il faut attendre la loi du 1^{er} janvier 1931¹⁶, qui transforme la CSMP en une commission paritaire, pour que sous la pression combinée des organisations ouvrières, de parlementaires réformateurs et

¹⁰ V., J. Moses, *The First Modern Risk. Workplace Accidents and the Origins of European Social States*, CUP, 2018.

¹¹ V., parmi d'autres, Dr. soc. 2020. 968.

¹² L. n° 94-43, 18 janv. 1993, JO 19 janv.

¹³ V. tableau « Affections provoquées par les rayonnements ionisants », www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%206.

¹⁴ Création, en 1918, de La Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer.

¹⁵ La commission supérieure des maladies professionnelles (CSMP) a été créée en 1920.

¹⁶ JO 4 janv.

de l'Organisation internationale du travail, le champ de la réparation s'élargisse. Quatre nouveaux tableaux sont alors créés, correspondant aux intoxications par le tétrachloréthane, la benzène, le phosphore blanc, les rayons X et les corps radioactifs. Le « cancer des radiologistes » est donc officiellement reconnu en 1931. Cette extension du domaine de la réparation s'accélère sous le Front populaire : quatorze tableaux supplémentaires voient le jour entre 1936 et 1938. Mais, à cette date, les délais de prise en charge sont de cinq ans alors que les temps de latence des cancers peuvent se compter en décennies.

Les cancers professionnels, comme la silicose, sont des maladies négociées, définies au terme de débats et de luttes entre les « partenaires sociaux » qui mettent en balance l'opportunité économique d'une telle reconnaissance et les connaissances médicales sur la pathologie. Parce qu'ils sont collectifs, diffus et différés (avec des temps de latence pouvant parfois atteindre quarante ans), mais surtout parce que leur reconnaissance impliquerait une transformation potentiellement coûteuse des modes de production, les effets sur l'homme des expositions cancérigènes font l'objet de stratégie d'endiguement dans les arènes discrètes au sein desquelles la gestion du risque professionnel s'est institutionnalisée.

Ces années sont également marquées par une extension du secteur de la prévention des risques. Une multitude d'expériences sont menées, essentiellement dans les secteurs clés qui soutiennent la croissance (métallurgie, sidérurgie, BTP), par différents types d'acteurs – médecins d'usine et surintendants, experts, ingénieurs-conseils, formateurs spécialisés – qui contribuent à transformer la prévention (Omnès et Pitti, 2009). Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, elles prennent essentiellement pour cible les populations « vulnérables ». De manière générale, il s'agit, dans le prolongement des expériences menées pendant la Grande Guerre, de faire en sorte que la santé de la main-d'œuvre ne nuise pas aux impératifs de productivité (Machu, Lespinet-Moret et Viet, 2018). Les syndicats ouvriers sont également actifs, ils obtiennent notamment, en 1935, l'élargissement de la notion de faute inexcusable de l'employeur.

Mais la Seconde Guerre mondiale va briser cette dynamique et inaugurer une longue séquence d'invisibilisation de la question des pathologies du travail. Ni l'institutionnalisation de la médecine du travail en 1942, reconduite en 1946, ni l'intégration de la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles au sein de la Sécurité sociale (Ruffat *et al.*, 2006) à partir du 1^{er} janvier 1947 (ordonnances du 4 oct. 1945) n'inversent la tendance. Le monde du risque professionnel est organisé dans le cadre d'une relation tripartite (Sécurité sociale, employeurs, représentants des salariés) et, en réalité, largement géré par et pour les employeurs. En d'autres termes, les atteintes à la santé liées au travail ne constituent pas un problème de santé publique.

II. – VERS UN NOUVEAU GOUVERNEMENT DES ATTEINTES À LA SANTÉ LIÉES AU TRAVAIL : LE RISQUE PROFESSIONNEL SAISI PAR LA SANTÉ PUBLIQUE

À la fin des années 1960, dans le sillage immédiat de la crise politique de mai-juin 1968 (Gobille, 2008 et 2018), s'ouvre une séquence historique marquée par la

multiplication des mobilisations sociales revendiquant un droit à la santé (Hatzfeld, 2016). La remise en cause du compromis réparateur est alors portée à la fois par des salariés en marge des organisations syndicales – c'est le cas des ouvriers de Pennaroya, alors premier producteur de plomb en France (Pitti, 2009) – et par des militants syndicaux, notamment dans le nucléaire (Ghis Malfilatre, 2021) et la chimie (Thébaud-Mony, 2014, et Bécot, 2021). Des mouvements médicaux alternatifs développant une approche critique de la santé ouvrière (Marichalar et Pitti, 2013), des intellectuels et des chercheurs « militants » y participent. Réunissant des ouvrières des filatures et usines de tissage d'amiante (Condé-sur-Noireau, Clermont-Ferrand) et un collectif intersyndical de l'université de Jussieu, le mouvement pour la reconnaissance des dangers de l'amiante est emblématique de ces mobilisations qui contribuent à politiser la santé ouvrière et à faire inscrire à l'agenda politique la question des conditions de travail. Cette séquence historique ouvre ainsi « une nouvelle ère de mise en visibilité des risques cancérigènes » (Marchand, 2022) et produit au moins trois types d'effets.

A – RECONNAISSANCE DES LUTTES POUR LE DROIT À LA SANTÉ ET AFFAIBLISSEMENT DES COLLECTIFS DE TRAVAIL

Sur le plan politique d'abord, elles créent les conditions de possibilité pour une réforme du secteur qui place la prévention et le renforcement des droits des salariés au cœur des enjeux. La création, en 1973, de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail symbolise la reconnaissance étatique des luttes pour le droit à la santé et de la nécessité d'agir sur le travail. En 1975, une direction des relations de travail est créée au sein du ministère éponyme et elle s'organise autour des questions de sécurité et de prévention. Surtout, un tournant juridique est pris avec la loi du 6 décembre 1976 qui introduit le concept de sécurité intégrée et le tiers-temps des médecins du travail (qui doit leur permettre d'exercer effectivement en milieu de travail). L'année suivante, la Commission d'hygiène industrielle (créée en 1900) disparaît au profit d'un conseil supérieur de la prévention des risques (CSPRP) présidé par le ministre en charge du Travail. En 1982, l'adoption d'un ensemble de quatre lois relatives aux droits et libertés des travailleurs dans l'entreprise, dites « loi Auroux », permet des innovations notables en matière d'expression des salariés sur leurs conditions de travail et de prévention des risques. Elles rendent les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) obligatoires dans toutes les entreprises de cinquante salariés ou plus. Elles instaurent un droit d'alerte pour les délégués du personnel et le droit de retrait du salarié se trouvant dans une situation de travail présentant un « danger grave et imminent pour sa santé ou sa sécurité ». Les CHSCT disposent alors d'un pouvoir de suspension du travail et d'un droit de recours à une expertise externe. En mai 1985, le texte est complété par une circulaire émanant de Martine Aubry – alors directrice des relations du travail – relative « à la formation des représentants du personnel aux CHSCT »¹⁷. Celle-ci renforce les droits des travailleurs en matière d'évaluation des risques, d'information, de formation et réaffirme la

¹⁷ JO 9 juill. 1985.

hiérarchie des normes en faisant passer la prévention collective avant la prévention individuelle. Un second texte réglementaire relatif à « la prévention des cancers d'origine professionnelle »¹⁸ préconise de s'intéresser aux cancérogènes dont les effets sont avérés sur l'homme mais aussi aux cancérogènes probables, promouvant ainsi un principe de précaution rejoignant ainsi les positions des fondateurs du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (Marchand, 2022).

Les tensions historiques entre les logiques sociales et les logiques économiques se sont toutefois accrues dans les années 1970, notamment depuis que ministère du Travail s'est vu attribuer le développement des politiques économiques de l'emploi. Aussi, à mesure que se construit un droit du travail plus protecteur, un mouvement de libéralisation du marché du travail se déploie avec, notamment, la légalisation de l'intérim en 1972 (qui neutralise l'interdiction du marchandage de la main-d'œuvre de 1848) et l'autorisation de la sous-traitance (1975). Les effets de ces transformations qui ont affecté le travail, en particulier depuis les années 1980, sont aujourd'hui bien documentées et on sait qu'elles ont eu un impact direct sur la prévention, qu'elles ont entraîné un affaiblissement structurel des conditions de possibilités pour qu'existe une prévention incarnée, articulée à des collectifs de travail, à la réalité du travail vécu, et ce pour deux séries de raisons au moins. D'abord, l'action des organisations syndicales est rendue difficile par le développement important de la sous-traitance et de l'externalisation qui, ces vingt dernières années, ont entraîné un accroissement des entreprises de petites tailles moins couvertes par la présence syndicale. Les ouvriers et les employés sont ceux qui sont le plus concernés par ce mouvement d'externalisation et se retrouvent donc désormais dans des entreprises où la présence syndicale est faible, voire absente, ce qui les prive d'une ressource essentielle pour défendre leur santé et améliorer leurs conditions de travail. Dans le même temps, les multiples réformes de la représentation du personnel intervenues dans les vingt d'années ont contribué à affaiblir les ressources dont ils disposent. Cette situation s'est accentuée avec l'adoption des lois travail de 2015 et 2016 et la promulgation d'une série « d'ordonnances loi travail » venues modifier le code du travail. Elles ont entraîné une disparition des délégués du personnel et des CHSCT, désormais regroupés au sein d'une instance unique appelée comité social et économique (CSE). Cette fusion a entraîné une diminution du nombre de représentants du personnel et de leurs moyens et donc des sujets dont ils sont capables de traiter et du temps dont ils disposent pour le faire, ce qui a pu favoriser une reprise en main managériale des instances de prévention dans les entreprises. Elles ont également entraîné la suppression des outils de traçabilité des expositions : les attestations et fiches d'exposition ont disparu au profit d'un document unique évaluation des risques (DUER), produit par le CES avec l'appui des services interentreprises, deux instances gérées par des conseils d'administration à majorité patronale qui permettent aux entreprises de neutraliser, en partie au moins, ce DUER.

B — OBJECTIVER LES CONDITIONS DE TRAVAIL MAIS PAS LES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ

Sur le terrain des connaissances ensuite, les mobilisations en faveur d'un droit à la santé contribuent à légitimer le développement d'un appareil d'objectivation statistique des conditions de travail. En 1978, le service des études et prévisions¹⁹ du ministère du Travail et le Conseil national de la statistique²⁰ (institué depuis deux ans auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques [Insee]) mettent en place la première enquête statistique française portant sur les conditions de travail. Élaborée et mise en œuvre par l'économiste Anne-Françoise Molinié et le statisticien Serge Volkoff, elle est sans cesse renouvelée par l'Insee, à partir de 1984. Pour autant, jusqu'à la fin des années 1980, l'appareil statistique d'État ne s'intéresse pas explicitement à la question des effets du travail sur la santé des populations. Ce tournant est pris lorsqu'en parallèle de l'enquête sur les conditions de travail, le ministère pilote, à partir de 1987, la série des enquêtes « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels » (Sumer) menées tous les cinq, six ou sept ans – qui mettent en évidence le nombre très élevé de travailleurs exposés à des cancérogènes dans la semaine qui précède l'enquête, notamment les jeunes et les précaires. Le ministère du Travail participe à la constitution de CAREX (Carcinogen Exposure), une base de données internationale rassemblant des informations sur l'exposition professionnelle à 139 substances ou produits classés cancérogènes par le CIRC. Les enquêtes Santé, travail et vieillissement (Estev, 1990), Santé et vie professionnelle après cinquante ans (SVP 50, réalisée en 2003 par le groupe « épidémiologie » du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise [Cisme]), ou encore l'observatoire Evrest (groupement d'intérêt scientifique [GIS] Évolution et relations en santé au travail créé en 2009) complètent ce dispositif statistique d'objectivation des conditions de travail et de la santé au travail que les institutions européennes présentent comme l'un des plus élaborés au monde (Geerkens *et al.*, 2019). Le ministère du Travail, et particulièrement la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (la Dares), a donc joué un rôle historiquement clé sur ce terrain et s'est largement transformé. Aujourd'hui, l'action du ministère du Travail s'articule avec celle de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation.

En dépit de ces évolutions décisives, les connaissances des effets du travail cancérogène restent particulièrement lacunaires. En 1974, l'Organisation internationale du travail (OIT) avait fait de la prévention des cancers professionnels un enjeu prioritaire de l'action pour la santé des travailleurs en adoptant la Convention n° 139 sur les cancers professionnels. Celle-ci déterminait de façon précise les enjeux de connaissance, d'information et de prévention des expositions, et stipulait dans son article 3 que « tout

18 JO 6 juill. 1985.

19 Le service des études et prévisions est, en fait, créé le 6 oct. 1966 au sein du ministère du Travail. Le service des études et de la statistique lui succède le 25 juill. 1975, puis la Dares, le 15 janv. 1993.

20 Le CNS est institué depuis 1976 auprès de l'Insee qui est une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances.

membre qui ratifie la présente convention devra [...] instituer un système d'enregistrement des données »²¹. Entrée en vigueur le 10 juin 1976, elle est ratifiée par la France près de vingt ans plus tard (le 24 août 1994) et, si elle est toujours en vigueur aujourd'hui, la France ne dispose cependant d'aucun dispositif institutionnel de recensement et de traçabilité des expositions permettant d'identifier les expositions professionnelles aux cancérogènes, leur évolution sur les lieux de travail et dans la carrière des travailleurs exposés. Les registres de cancer du réseau FRANCIM – sur la base desquels est estimé le nombre de nouveaux cas de cancer – ne couvrent qu'environ 22 % de la population française et, surtout, ils ne comportent aucune information sur l'exposition à des facteurs de risque professionnels ou environnementaux, à plus forte raison sur les inégalités face au cancer et les facteurs de risque associés.

Mobilisant les données produites dans le cadre de l'enquête Sumer 2003, le groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle de Seine-Saint-Denis (GISCOP 93) a réalisé en 2009, une post-enquête. Celle-ci visait à rendre compte des dimensions structurelles de l'exposition aux cancérogènes des travailleurs au regard de l'évolution de l'organisation du travail. En comparant les parcours professionnels d'un « échantillon raisonné » de la population de salariés de Sumer et des patients de même génération atteints de cancer enquêtés par l'équipe, la post-enquête du GISCOP 93 met en lumière la grande commensurabilité des trajectoires d'exposition. Ses résultats montrent que les enquêtés de Sumer seront, pour partie au moins, les malades du travail de demain. En l'absence de dispositif pérenne et efficace de suivi des salariés exposés²², l'hypothèse n'a jamais pu être vérifiée et on ne sait rien de ce que sont devenus les « exposés » identifiés lors des éditions successives de Sumer. Autrement dit, les acteurs et institutions en charge de la santé et de la sécurité au travail ne se sont pas donnés les moyens de savoir, ni de prévoir la survenue potentielle de cancers chez ces salariés exposés.

À plus de deux décennies de distance des mobilisations qui ont conduit à l'interdiction de l'amiante en 1997, force est de constater que l'espace des possibles ouvert par cette séquence historique s'est refermé et les cancers d'origine professionnelle sont à nouveau invisibilisés. Plusieurs processus historiques sont à l'œuvre dans la réactivation d'un régime d'invisibilité des cancers liés aux activités de production. La dynamique de dérégulation du marché du travail, la fragilisation des collectifs de travail et l'effacement des traces des expositions en participent. Dans le cas du cancer, on est également fondé à penser que l'indexation des questions de santé au travail sur les logiques propres à la santé publique n'y est pas étrangère, or celle-ci procède aussi de la séquence de mobilisations évoquée précédemment.

C – LA SANTÉ PUBLIQUE CONTRE LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

La mise en scandale opérée par les mobilisations engagées dans les années 1970, et notamment par la mobilisation victorieuse contre l'amiante, a conduit à une profonde remise en cause du dispositif de gestion du risque professionnel (Henry, 2007). En transformant un risque professionnel strictement limité à une population ouvrière spécifique en une menace environnementale susceptible d'affecter toute la population, cet épisode critique a produit une forme de déssectorisation de l'espace des risques professionnels (Dobry, 2009), déssectorisation caractérisée par « l'irruption des enjeux de santé publique dans le champ de la santé au travail » (Henry, 2015)²³. Les enjeux spécifiques à la gestion du risque professionnel, qui historiquement relevaient de la négociation entre organisations syndicales et employeurs, ont alors pris une dimension de plus en plus technique et scientifique. Simultanément, sous les effets combinés du renouveau de la surveillance épidémiologique et d'une métamorphose de l'action publique en lien avec la réforme de l'État (Buton, 2015), la santé publique s'est transformée, conduisant à une marginalisation de certaines formes de savoirs.

La santé publique désigne aujourd'hui dans le langage courant l'ensemble des actions de prévention des maladies et, plus largement, de promotion de la santé exercées en direction d'une population ou de sous-populations cibles. Les travaux qui s'y sont intéressés depuis les sciences sociales et historiques ont montré qu'elle résultait de « l'entrée des phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine dans l'ordre du savoir et du politique, dans le champ des techniques du politique »²⁴.

Sans revenir sur le processus de « mise en risque » du monde social (Berlivet, 2000 ; Peretti-Watel, 2004), on se bornera à rappeler ici que la gestion des risques par la prévention en constitue un des éléments clés et qu'elle est aujourd'hui largement dominée par la discipline épidémiologique, notamment l'épidémiologie des facteurs de risques (Buton 2006 ; Buton et Pierru 2012). Or cette dernière repose sur une distinction entre les risques collectifs et individuels, distinction qui tend à effacer les dimensions sociales de ces derniers, comme si la consommation de tabac ou d'alcool n'étaient pas, aussi, inégalement distribuées et déterminées socialement (Buton, 2016). Les tenants d'une épidémiologie sociale (Rose, 1985) et, plus récemment, d'une épidémiologie environnementale et professionnelle²⁵ ont mis de longue date en évidence l'incompatibilité entre approches en termes de facteurs de risques individuels et approches en termes de déterminants sociaux de la santé. Mais cette manière de faire de l'épidémiologie est aujourd'hui minoritaire dans le monde des agences d'expertise, dominées par les logiques, outils et techniques de la « surveillance

²¹ V. en ligne, sur www.ilo.org.

²² Si les données sont évidemment anonymées, les salarié-es exposé-es de Sumer sont identifiables à l'échelle des médecins-inspecteurs du travail qui collectent les résultats d'enquête.

²³ E. Henry, La santé au travail : enjeu politique ou technoscientifique ? in A. Thébaud-Mony (dir.), Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, La Découverte, 2015. 431.

²⁴ J.-P. Gaudillière, La médecine et les sciences, XIX^e-XX^e siècles, La Découverte, 2006.

²⁵ On pense notamment aux travaux développés autour de Jack Siemiatycki à l'université McGill de Montréal.

épidémiologique » (Buton, 2015). Celle-ci s'est imposée comme un savoir de gouvernement qui vise à gouverner à distance, par un jeu d'incitation positive et/ou négative, la conduite d'individus pensés comme des acteurs libres, autonomes et rationnels. Et c'est précisément ce paradigme qui s'impose, depuis les années 1990, dans le champ de la prévention en santé au travail (Horn, 2018), contribuant ainsi à renouveler l'invisibilisation des risques cancérigènes et les inégalités face au cancer qui y sont associés.

Conclusion. Si, dans les années 2000, le cancer est devenu un enjeu majeur de santé publique, une priorité à l'agenda des autorités sanitaires, les pathologies cancéreuses liées au travail (à l'exception de l'amiante) ont à nouveau été reléguées au rang de préoccupations secondaires. Depuis lors, le cancer reste d'abord et avant tout perçu, présenté et gouverné comme un phénomène naturel, lié au vieillissement de la population, et comme un événement individuel, résultant le plus souvent de conduites individuelles « à risque ». Cette grille d'analyse, largement diffusée et reprise aujourd'hui, fait des comportements individuels la première cause des cancers et fait silence sur le rôle du travail dans la morbidité et mortalité différentielle liée au cancer. L'Institut national du cancer (INCa) et Santé publique France la partagent et la promeuvent. Elle est au cœur de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, présentée à l'occasion de la Journée mondiale contre le cancer par le président de la République, sans qu'il ne dise un mot du rôle du

travail²⁶. Elle fonde et légitime les politiques successives de prévention qui restent largement aveugles aux expositions toxiques, tant au niveau professionnel qu'environnemental. Or les maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies métaboliques, etc.), comme les maladies infectieuses et les maladies mentales, sont étroitement liées à la qualité de notre environnement au sens large du terme. La promotion de la santé publique suppose de travailler – en amont des actions curatives – à une amélioration des conditions de vie et de travail, à une réduction des inégalités sociales, économiques et écologiques qui déterminent l'état de santé des individus et des populations. Promouvoir la santé publique aujourd'hui implique donc de prendre en compte de multiples crises en cours – pollution généralisée des milieux, changement climatique, effondrement de la biodiversité, aggravation des inégalités sociales, multiplication des risques toxiques présents en milieu de travail et sur les territoires. Or ce sont précisément ces enjeux dont l'épidémiologie des facteurs risques, désormais inscrite au cœur du champ de la santé publique, ne permet pas de rendre compte. En ce sens, on peut douter que la requalification des enjeux de santé au travail en enjeux de santé publique, telle qu'elle s'exerce aujourd'hui, produise autre chose qu'une forme renouvelée d'invisibilisation des expositions toxiques et de leurs effets ■

²⁶ Unis pour lutter contre les cancers !, www.elysee.fr, 4 févr. 2021.

Bibliographie

- **R. Bécot**, *Les valeurs de la santé : des syndicalistes dans le gouvernement des risques industriels, 1966-1987*, Sociétés contemporaines, n° 121, 2021. 29.
- **L. Berlivet**, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, th. Rennes 1, 2000.
- **N. Blancpain**, *Le vieillissement de la population française est-il inéluctable ?*, Insee, Économie et statistique, n° 520-521, 2020.
- **S. Boudia et N. Jas**, *Gouverner un monde toxique*, Quae, 2019.
- **A.-S. Bruno, E. Geerkens, N. Hatzfeld et C. Omnès**, *Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^e-XX^e siècles)*, in C. Courtet (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, La Découverte, 2012. 35.
- **F. Buton**, *De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire*, Genèses, n° 65, 2006. 71.
- **F. Buton et F. Pierru**, *Instituer la police des risques sanitaires : mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire*, Gouvernement et action publique, 2012. 67.
- **F. Buton**, *De la santé pour tous à la sécurité de tous ? Logiques scientifiques et politiques de la surveillance épidémiologique*, Agone, n° 58, 2016. 151.
- **C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzel et J. Pélisse**, *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Presse des Mines, 2020.
- **J.-C. Devinck**, *Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977)*, in A.-S. Bruno et al., *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, PUR, 2011. 243.
- **M. Dobry**, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*. Presses de Sciences Po, « Références », 2009.
- **J.-B. Fressoz**, *L'Apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Seuil, 2012.

Bibliographie (suite)

- **E. Geerkens et N. Hatzfeld**, 1978 : la première enquête statistique sur les conditions de travail en France. Entretien avec ses concepteurs, in E. Geerkens (dir.), *Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine*, La Découverte, 2019. 268.
- **E. Henry**, *Amiante : un scandale improbable, sociologie d'un problème public*, PUR, 2007.
- **M. Hunsmann, A. Thébaud-Mony et al.**, *Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérigène et ses conséquences*, *Anthropologie et Santé*, n° 22, 2021.
- **F. Jarrige et T. Le Roux**, *La Contamination du monde. Une histoire des pollutions à l'âge industriel*, Le Seuil, « L'Univers historique », 2017.
- **P. Jobin**, *Maladies industrielles et renouveau syndical au Japon*, Paris, Éd. de l'EHESS, 2006.
- **M. Gbis Malfilatre**, *Les travailleurs de l'atome dans la mobilisation antinucléaire : savoirs professionnels, contre-expertise syndicale et citoyenneté au travail dans l'après-68*, *Sociétés contemporaines*, n° 121, 2021. 57.
- **B. Gobille**, *L'événement Mai 68. Pour une sociohistoire du temps court*, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2008/2 (63^e année), p. 321-349.
- **B. Gobille**, *Mai 68*. La Découverte, « Repères », 2018.
- **Le Roux**, *Le laboratoire des pollutions industrielles, Paris, 1770-1830*, Paris, Albin Michel, 2011.
- **L. Machu, I. Lespinet-Moret et V. Viet**, 1914-1918, *mains-d'œuvre en guerre*, Ministère du Travail, Doc. fr., 2018.
- **A. Marchand**, *Mourir de son travail aujourd'hui. Enquête sur les cancers professionnels*, Éd. de L'Atelier, 2022.
- **P. Marichalar et L. Pitti**, *Réinventer la médecine ouvrière : retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 196-197, 2013. 114.
- **C. Moriceau**, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Éd. EHESS, 2009.
- **J. Moses**, *The First Modern Risk. Workplace Accidents and the Origins of European Social States*, CUP, 2018.
- **C. Omnés et L. Pitti**, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX^e siècle. La France au regard des pays voisins*, PUR, 2009.
- **P. Peretti-Watel**, *Du recours au pragmatisme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque*, *Rev. fr. sociol.*, vol. 45, 2004. 103.
- **P. Pinell**, *Naissance d'un fléau : Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Éd. Métailié, 1992.
- **L. Pitti**, *Penarroya 1971-1979 : « Notre santé n'est pas à vendre ! »*, *Plein droit*, n° 83, 2009. 36.
- **J. Rainborn**, *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*, Presses de Sciences Po, 2019.
- **G. Rose**, *Sick Individuals and Sick Populations*, *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, n° 1, 1985, p. 32.
- **M. Ruffat et V. Viet**, *Le choix de la prévention*, *Economica*, 1999.
- **A. Thébaud-Mony**, *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, La Découverte, 2014.
- **V. Thomas**, *La cause du cancer : le Centre international de recherche sur le cancer dans les luttes transnationales pour la définition des cancérigènes*, th. Paris Dauphine, PSL, 2021.
- **V. Viet**, *Les voltigeurs de la République : l'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, vol. I et II, CNRS éd., 1994.
- **V. Viet**, *Hygiène intérieure et salubrité extérieure : un point aveugle de l'action publique ?*, *Chronique de deux domaines séparés en France (1810-1917)*, *Travail et emploi*, 2016/4 (n° 148), p. 81-101.