

# **Comment inscrire la visibilité des atteintes liées au travail dans une perspective de santé publique ?<sup>1</sup>**

***Journée de la société de médecine du travail Dauphiné-Savoie***

24 Juin 2005

Annie Thébaud-Mony

## *Préambule*

*Tout d'abord, je tiens à vous exprimer tous mes regrets de ne pouvoir participer à cette journée préparée de longue date. Je fais en ce moment l'expérience, avec tant d'autres, des conséquences sur la santé de l'intensification du travail. Le « mal de dos » est d'une banalité qui pourrait faire sourire car elle fait écho à cette expression d'en avoir « plein le dos » ! Je crois plutôt qu'il s'agit pleinement d'un problème de santé lié au travail qui s'impose comme problème de santé publique.*

*Cela rejoint le thème de vos débats et la question que vous m'aviez demandé de traiter : Comment inscrire la visibilité des atteintes liées au travail dans une perspective de santé publique ?*

*Etant dans l'impossibilité d'écrire (ou dactylographier), allongée, le texte de la communication que je voulais vous faire, j'ai choisi de vous livrer un regard sociologique concernant l'évolution de la santé au travail par rapport aux enjeux de santé publique. Je reviendrai en conclusion sur la question posée.*

## **Introduction**

Il y a cent ans les lois sur les accidents du travail constituaient, en Europe, le premier acte d'une reconnaissance sociale et politique de l'impact sur la santé des conditions de travail. Pourtant, paradoxalement, les compromis sociaux au terme desquels, dans les différents pays, ces lois furent votées, n'ont pas fondé un droit des ouvriers à la protection contre les accidents de travail dans une logique de santé publique et de maîtrise des risques.

En France, depuis l'adoption de la loi de 1898 sur les accidents du travail et celle de 1919 sur les maladies professionnelles, l'accident du travail et la maladie professionnelle sont considérés comme risques professionnels assurables, c'est-à-dire inhérents à l'activité de travail et ouvrant droit à indemnisation. Le choix politique fait à l'époque a consisté non pas à inscrire la santé au travail dans le domaine de compétence et d'intervention de la

---

<sup>1</sup> Ce texte s'appuie sur un dossier *travail et santé* coordonné par Annie Thébaud-Mony et paru dans Problèmes politiques et sociaux, N°883, décembre 2002

santé publique mais à ouvrir un espace de négociation autour de l'indemnisation des victimes.

Pourtant, tout ou presque des grandes catégories d'atteintes à la santé liées au travail était connu dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle ou au début du 20<sup>e</sup> siècle. Cependant ces connaissances n'ont pas eu l'effet de transformation du travail – en vue de la prévention – qu'on aurait pu attendre. L'évolution récente fait même apparaître une stagnation des progrès en matière de décroissance des accidents du travail, une augmentation forte des maladies professionnelles reconnues et indemnisées et une croissance très importantes des contraintes organisationnelles, temporelles et hiérarchiques subies par les salariés dans le travail. L'épidémie de TMS en est un des symptômes, comme le sont également le suicide ou les diverses formes de harcèlement, moral ou sexuel, sur les lieux de travail. Cette contradiction entre l'évolution des connaissances scientifiques en santé au travail et leur prise en compte pour une transformation de la réalité du travail au quotidien est indissociable d'autres contradictions révélatrices des enjeux politiques et sociaux que cristallisent les rapports entre le travail et la santé.

### **La protection de la santé confrontée à la flexibilité**

Un premier élément d'explication – le plus déterminant – réside dans la contradiction entre l'avancée des droits à la prévention et les tendances structurelles lourdes de la précarisation du travail. Le début des années 80 a vu le droit du travail s'ouvrir à la création des CHS-CT, aux droits de retrait et d'alerte, mais aussi au droit d'expression des salariés sur leurs conditions de travail. Pour l'essentiel, ces droits donnent au salarié, individuellement et collectivement, un rôle actif dans l'analyse critique des situations de travail en vue de la prévention.

Ces « nouveaux droits » ont été inscrits dans le code du travail en France quelques années après l'adoption de deux lois restées relativement inaperçues des spécialistes en santé au travail et de syndicalistes, en dépit

de leur rôle majeur dans la légitimité qu'elles confèrent aux restructurations productives à l'œuvre depuis trente ans. Il s'agit de la loi de 1972 légalisant le travail temporaire et de la loi de 1975 sur la sous-traitance. Ces lois sont venues conforter des choix d'organisation du travail reposant sur des formes diverses de flexibilité : flexibilité d'emploi, polyvalence, mobilité, flexibilité du temps de travail, mais aussi licenciements, processus de sélection/exclusion par la santé....

La précarisation sociale est issue de ce choix de la flexibilité comme moteur des transformations de la division sociale du travail. Dès 1978, dans un rapport pour le Ministère de la Justice, B. Rettenbach mettait en évidence la fragilisation du droit du travail qu'entraînait les restructurations productives résultant de ce choix<sup>2</sup>. Quinze ans après, dans sa « Critique du Droit du Travail », A. Suppilot, souligne l'existence désormais constituée d' *«une fracture interne au droit du travail entre, d'une part, les travailleurs qui jouissent pleinement des droits de la personne garantis par le contrat de travail "typique" et, d'autre part, ceux qu'un contrat atypique rejette du côté du "travail marchandise" »*<sup>3</sup>.

Comme l'ont montré divers travaux de recherche, la précarisation sociale du travail s'avère lourde de conséquences sur la santé, la protection sociale et l'exercice des droits des salariés<sup>4</sup>, mais aussi sur les processus de construction des inégalités sociales de santé<sup>5</sup>. Les difficultés d'identification des causes de la catastrophe de Toulouse en septembre 2001 illustre la contradiction entre les prérogatives du CHS-CT définies par les lois Auroux et l'impact de la précarisation sociale sur la réduction des marges de manœuvre de cette institution de prévention dès lors que le travail et les risques sont sous-traités. Dans un rapport d'étape concernant l'enquête sur

---

<sup>2</sup> Bernard Rettenbach, *Droit du travail et restructurations productives. Les nouveaux contrats de travail*. la Documentation Française, 1978, Paris

<sup>3</sup> Alain Suppilot. *Critique du droit du travail*, paris, PUF, 1994

<sup>4</sup> Béatrice Appay, Annie Thébaud-Mony, Eds. *Précarisation sociale, travail et santé*. Iresco, Cnrs, Inserm, Paris, 1997 ; M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa, Eds.: *Précarisation, risque et santé* (pp. 47-67). Paris : Inserm. coll. "Question en santé publique". ; Véronique Daubas-Letourneux, Annie Thébaud-Mony, *Organisation sociale du travail et santé*. Analyse seconde de l'enquête sur les conditions de vie et de travail dans 15 pays de l'Union Européenne, Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en Europe, Dublin 2002

<sup>5</sup> Volkoff, S., & Thébaud-Mony, A. (2000). Santé au travail : l'inégalité des parcours. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, & T. Lang (Eds.), *Les inégalités sociales de santé* (pp. 349-361). Paris : Inserm/La découverte.

les causes de l'accident, les délégués CHS-CT témoignent de l'incapacité du CHS-CT à analyser les causes de l'accident<sup>6</sup>.

### **Les insuffisances du dispositif de contrôle et de prévention**

L'adoption de la directive-cadre sur la santé et la sécurité en 1989 et la recherche d'harmonisation des législations des différents pays de l'Union Européenne entraîne un renouvellement des principes fondateurs de la prévention en santé au travail, en particulier en ce qui concerne les institutions en charge de celle-ci. Mais on observe des évolutions contradictoires au sein de chacune de ces institutions, qui, selon le rapport de la cour des Comptes rendu public en février 2002 ou le rapport de l'IGAS en 2003, mettent en question leur efficacité en matière de prévention en santé au travail.

Avec 1200 agents de contrôle, l'inspection du travail - créée depuis plus d'un siècle - est pour sa part dépourvue des moyens nécessaires à l'exercice d'un contrôle effectif rapproché de l'application du droit du travail dans les entreprises. L'Etat se donne-t-il les moyens d'exercer sa mission d'ordre public social en matière de santé au travail ? Cette question est issue d'inspecteurs du travail regroupés en association, inquiets de l'orientation donnée à leurs pratiques professionnelles qui leur paraît contradictoire avec cette mission de contrôle dont ils sont les seuls acteurs agissant au nom de l'Etat.

En France, vous le savez, 6000 médecins du travail exercent leur métier très majoritairement dans des services interentreprises qui assurent la surveillance de plus de 90% des salariés. En moyenne, un médecin du travail a en charge la surveillance médicale de 3000 salariés travaillant dans 250 à 300 entreprises différentes. La formation et les conditions d'exercice

---

<sup>6</sup> « Le CHS-CT malgré ses nombreuses investigations en direction des pouvoirs publics est toujours, neuf mois après l'explosion, dans l'ignorance des conditions dans lesquelles ils (les salariés décédés sur le site dans l'accident) sont décédés (travaux accomplis au moment de l'accident, matériel mis en cause, conditions environnantes) [...] Le CHS-CT et les organisations représentatives du personnel ont peu d'informations et de prérogatives sur tous les aspects de la sous-traitance. Les représentants du personnel sont souvent intervenus sur la sous-traitance auprès de la direction Grande paroisse et de l'inspection du travail lors de recours répétés à l'intérim dans ces sociétés, lorsque la fréquence des accidents étaient trop élevée, lors de renégociations des contrats trop souvent à la baisse. » (Rapport d'étape au 28 juin 2002 de la commission d'enquête du CHSCT de l'usine de Grande Paroisse - Atofina de Toulouse sur l'explosion survenue le 21 septembre 2001 dans le bâtiment de stockage « 221 ».)

de la médecine du travail amènent ces médecins à concentrer leur activité sur la visite médicale d'aptitude, n'ayant souvent pas les moyens d'assurer une action effective sur le milieu de travail. Pourtant la loi leur impose d'y consacrer un « tiers temps », c'est-à-dire le tiers de leur temps de travail. La réforme récemment adoptée permettra-t-elle une plus grande disponibilité des médecins – en lien avec d'autres professionnels de la santé au travail – à engager une action effective pour la transformation des conditions de travail ?

### **Les effets ambigus de la médecine prédictive**

L'ampleur de l'épidémie des cancers liés à l'amiante a été le révélateur des graves carences de l'ensemble des institutions de prévention en matière de protection des salariés contre les risques les plus graves, notamment ceux qui ont des effets différés qui provoquent le cancer. Cette prise de conscience a conduit les médecins du travail eux-mêmes à critiquer la notion d'« aptitude », notamment à l'occasion de la promulgation du décret 2001 sur les risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. Mais l'évolution même des travaux scientifiques et de la législation tendent à renforcer la recherche des facteurs de risque individuels au détriment d'une stratégie de contrôle des risques cancérigènes en milieu de travail.

L'inquiétude des médecins du travail français s'inscrit dans un contexte plus général lié aux possibilités ouvertes par le développement de la médecine prédictive. L'évolution des recherches scientifiques, dominée par la génétique, introduit en effet un changement de perspective dans la problématique de la santé au travail. Interdite en France et en Europe, l'utilisation de tests génétiques permettant de déterminer des prédispositions ou des sensibilités personnelles est déjà très répandue aux Etats-Unis. L'introduction de telles pratiques renforce bien évidemment les discriminations sur le marché du travail, en individualisant les facteurs de risque, et au détriment d'une stratégie de contrôle et de prévention.

## **La prévention ... une obligation de résultats**

Pourtant, en février 2002, la chambre sociale de la Cour de Cassation a admis la légitimité de l'action en justice des travailleurs victimes de l'amiante et condamné les employeurs pour « faute inexcusable ». Ces employeurs avaient ou auraient dû avoir conscience du danger que représentait l'amiante et ils n'ont pas respecté l'obligation de sécurité du chef d'entreprise inscrite dans le code du travail. Ces arrêts ont fait jurisprudence et leur portée a peut-être ouvert enfin une brèche dans la logique exclusivement centrée sur la réparation des risques professionnels, à l'œuvre en France depuis plus d'un siècle. L'obligation de sécurité n'est plus une formule générale mais un impératif qui, selon la Cour de Cassation, doit avoir des résultats en termes de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles. Les procès engagés par les victimes de l'amiante ont ainsi une portée politique qui dépasse le seul problème de l'amiante. L'obligation de résultats en matière de sécurité placent les acteurs publics et privés de la prévention devant leurs responsabilités pour tous les autres champs de mise en péril de la santé sur les lieux de travail, y compris ce qui concerne les atteintes à la santé psychologique des salariés.

## **Et la mondialisation...**

Par ailleurs, les effets de la mondialisation dans l'évolution des rapports entre le travail et la santé met actuellement tous les acteurs le dos au mur devant une menace constamment brandie par les entreprises de délocaliser les établissements dès lors que la question de la santé au travail est mise en débat par les salariés, l'inspecteur du travail, le médecin du travail.

Depuis un siècle, les progrès législatifs en droit du travail ont eu pour objectif de dégager la santé des travailleurs d'une mise à disposition discrétionnaire vis-à-vis de l'employeur. L'évolution récente montre une contradiction entre ces avancées et la légitimité absolue d'une rationalité économique baptisée « mondialisation » dont l'objectif premier est la réduction à tout prix du coût du travail. Cet impératif a pourtant lui aussi un coût qui doit être reconnu pour ce qu'il est : il s'agit du droit à la vie, à la

santé des hommes et des femmes dans le travail, en France et dans les autres pays d'Europe ou des autres continents.

**Comment inscrire la visibilité des atteintes liées au travail dans une perspective de santé publique ?**

En conclusion, il me semble important de souligner que la visibilité des atteintes liées au travail est un choix à partir du moment où la priorité est mise sur la prévention et non sur la seule réparation. Elle dépend aussi de la conception de la prévention sous-jacente au sens donné à la production de connaissances en santé au travail : s'agit-il de stigmatiser la responsabilité individuelle des travailleurs sur des comportements voire une vulnérabilité individuelle, ou d'assumer collectivement l'ensemble des connaissances acquises sur les effets sur la santé des conditions et contraintes d'organisation du travail pour faire progresser l'amélioration des conditions de travail ?

L'enjeu n'est pas de débattre indéfiniment de la part attribuable aux seuls risques professionnels mais de considérer qu'il n'est pas plus légitime aujourd'hui qu'hier de « perdre sa vie à la gagner ».

Tel me paraît être le défi à relever par les services de santé au travail.