HAL
open science

Histoire du service d'hygiène industrielle du BIT

Thomas Cayet, Paul-Andre Rosental, Marie Thébaud-Sorger

To cite this version:

Thomas Cayet, Paul-Andre Rosental, Marie Thébaud-Sorger. Histoire du service d'hygiène industrielle du BIT. 2008. hal-03459793

HAL Id: hal-03459793

https://sciencespo.hal.science/hal-03459793v1

Preprint submitted on 1 Dec 2021

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.

Projet du Centenaire de l'OIT

Bureau international du Travail

Histoire du Service d'Hygiène Industrielle du BIT

Thomas Cayet
CNRS

Paul-André Rosental
EHESS-INED

Marie Thébaud-Sorger
Université de Warwick

PROJET DU CENTENAIRE
Si tu veux la paix, cultive la justice.

Ceci est un document de travail préliminaire mis à disposition sur le site du Projet du Centenaire pour information et commentaires. Il ne peut être cité sans la permission de son ou ses auteur(s).
Ce document de travail préliminaire n'engage que son ou ses auteur(s), et son inclusion sur le site ne signifie pas que le Bureau international du Travail ou le IIES souscrivent aux opinions qui y sont exprimées.

Institut international d'études sociales

Le présent article porte sur l'histoire de la section d'hygiène industrielle du BIT[1], avant et après sa fusion avec le service de sécurité industrielle en 1953. L'histoire institutionnelle tend trop souvent à s'enfermer dans les murs d'une organisation donnée et à l'étudier « à plat ». Afin d'éviter ces travers, nous situerons la place relative du BIT dans un cadre plus vaste, intégrant les autres organes internationaux compétents dans ce domaine d'intervention sociale et sanitaire, tant planétaires (Société des Nations, Organisation Mondiale de la Santé) que régionaux (Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier). De plus, nous appréhenderons l'histoire du service d'hygiène industrielle à partir de l'une de ses politiques, la lutte qu'il n'a cessé de mener contre la silicose et les pneumoconioses. Par bien des aspects en effet, elle aura constitué, depuis quatre-vingt-dix ans, *la* grande cause sanitaire du BIT.

Le caractère massif et donc coûteux de la silicose, qui a frappé de grandes industries de main d'œuvre à commencer par les mines, ainsi que la complexité de sa nosologie et de son étiologie[2], en ont fait un dossier difficile à plaider pour le mouvement ouvrier et pour les médecins hygiénistes. Sa « résolution » est du même coup passée systématiquement par des échanges internationaux : la silicose est par excellence une maladie transnationale, dont l'histoire ne peut être pleinement comprise en s'en tenant à des échelles d'analyse moins amples[3]. Le service d'hygiène industrielle du BIT y occupe une place de choix, y compris de nos jours : loin d'être désuète, cette affection toujours incurable, qui frappe les secteurs d'activité les plus divers, est aujourd'hui en pleine expansion dans les pays en voie d'industrialisation.

[1] Les auteurs remercient Remo Becci et tout le service d'archives du BIT pour l'aide et les conseils qu'il leur a prodigués lors des dépouillements préalables à la rédaction de cet article. Celui-ci est aussi le fruit du projet de recherche « Étude transnationale d'une maladie professionnelle exemplaire : la silicose et la santé au travail en France et dans les pays industrialisés », financé par le Programme Santé-environnement-travail (SEST) de l'Agence nationale de la recherche, en association avec la Dares. Il a été ainsi mis en forme afin de contribuer au projet du Centenaire du BIT dirigé par l'Institut International d'Etudes Sociales.

[2] Le déclenchement différé peut durer des décennies si les conditions d'exposition ne sont pas intensives. Durant cette phase, la détection clinique de la maladie est très difficile. La radiologie, plus efficace, ne se diffuse que lentement, plutôt dans le deuxième tiers du XXe siècle : encore l'identification d'un poumon silicosé suppose-t-elle un consensus médical international dont on évoquera les difficultés. La diversité des branches d'activité concernées démultiplie les problèmes d'identification de la maladie. Mais même à secteur donné, d'un lieu de travail à l'autre, les conditions d'exposition diffèrent selon la teneur en silice, la taille et le diamètre des particules, le mélange avec d'autres poussières, le degré d'humidité, la température et l'aération. L'intensité de l'inhalation de poussières, et donc l'exposition au risque, dépendent aussi de l'organisation du travail : intensité de l'effort, exposition plus ou moins continue ou plus ou moins intermittente, rythme de rotation de la main-d'œuvre – sans parler des techniques de prévention sous forme de ventilation ou d'humidification par exemple. Identifier les causes et les manifestations de la silicose est enfin compliqué par sa fréquente association à d'autres pathologies pulmonaires, à commencer par la tuberculose.

[3] Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *Revue française des Affaires sociales*, 2008, 2, sous presse.

I) LE SERVICE D'HYGIENE INDUSTRIELLE DU BIT DURANT L'ENTRE-DEUX-GUERRES

1) La silicose, une cause « stratégique » pour le BIT

Dès la création du service d'hygiène industrielle du BIT en 1921, la silicose a revêtu pour lui une importance stratégique. A l'époque en effet, deux transformations structurelles en font, pour une génération au moins, « la reine des maladies professionnelles »[4] : la mécanisation accrue des mines, qui aggrave considérablement le niveau d'exposition aux maladies des poussières, et le développement des systèmes assurantiels, sociaux ou privés. Pour le BIT, soumis à la rivalité du service d'hygiène de la Société des Nations, la silicose constitue une cause relativement sure et porteuse. Il s'agit en effet d'une maladie non infectieuse, qui se transmet dans le contact avec une matière et non avec des personnes : le risque de récupération par le service d'hygiène de la SDN en tant que cause de santé publique « générale » est donc limité dans son cas, à condition bien sûr de prouver qu'il s'agit d'une maladie spécifique d'origine exclusivement professionnelle.

Dans ce domaine, l'action du service d'hygiène industrielle et de son responsable l'Italien Luigi Carozzi (1875-1963) est par bien des aspects conforme à celle des autres services du BIT. En premier lieu, elle joue sur l'avantage comparatif que constitue la centralisation d'un savoir documentaire planétaire, à partir de l'exceptionnel réseau de correspondants dont le BIT dispose de par le monde[5]. En ce qui concerne la silicose, elle s'incarne par les impressionnantes bibliographies que le service d'hygiène industrielle fournit à ceux – services gouvernementaux, associations, experts – qui lui en font la demande, ainsi que par les articles rédigés pour l'*Encyclopédie de médecine, d'hygiène et de sécurité du travail*, publiée par le BIT en 1930. Au-delà du cas des pneumoconioses, cette entreprise éditoriale représente le cœur de la stratégie du service d'hygiène, en même temps que son grand accomplissement de l'entre-deux-guerres. Les décennies suivantes, jusqu'à nos jours, ne feront qu'en confirmer la pertinence[6].

En second lieu, l'action du BIT passe largement par la constitution d'un réseau d'experts sympathisants de ce que l'on pourrait appeler la « cause » de la silicose, experts dont il s'agit

[4] Selon une expression de l'époque citée par Gerald Markowitz et David Rosner, *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth Century America*, Ann Arbor (MI), University of Michigan Press, 2005, 1ère éd. 1991.

[5] Nous avons eu l'occasion, dans un autre contexte, de montrer à quel point la manifestation d'un véritable monopole documentaire à l'échelle mondiale s'était révélée cruciale pour le développement voire la survie même du BIT : cf. Paul-André Rosental, « Géopolitique et État-Providence : le Bureau International du Travail et la politique mondiale des migrations dans l'entre-deux-guerres », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 61, 1, 2006, n° thématique « Histoire politique des populations », p. 99-134.

[6] Deux éditions ultérieures en seront données en français : *Encyclopédie de médecine, d'hygiène et de sécurité du travail*, Genève, BIT, 1973-1974, 2 vols ; et Jeanne Mager Stellman, *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Genève, BIT, 2000-2004, 4 vols.

d'effectuer le repérage de par le monde, de tester les convictions médicales au besoin par des missions sur place, et de certifier la légitimité internationale tout en utilisant les compétences en les nommant dans des comités spécialisés. Qu'une partie substantielle des archives du service de Carozzi (comme de celles du BIT) soit composée de dossiers de nomination n'a rien d'un hasard : c'est dans la composition des commissions, dans la ventilation des experts selon leur nationalité d'origine, leurs compétences mais aussi leurs convictions médicales, que le BIT a, simultanément, créé un forum médical mondial sur la silicose tout en en façonnant les rapports de force interne.

Il lui a fallu à cet effet mettre en œuvre une diplomatie au sens propre du terme puisqu'il est arrivé que les États membres refusent ou imposent, contre le gré du Bureau, la nomination de tel ou tel de leurs experts. Une diplomatie, également, en ce qu'elle a dû simultanément tenir compte des rapports de force économiques et des rapports de force savants, respecter les grandes puissances industrielles mais aussi savoir les tenir à distance si leurs positions médicales étaient trop hostiles à l'avancée du dossier. La France, la Belgique et les Pays-Bas, hostiles tout au long des années 1930 au principe de l'existence de la maladie, en firent les frais en étant écartées des forums de discussion majeurs et en étant réduits, par réaction, à tenir des espèces de congrès du refus en 1936 et 1937.

3) Johannesburg (1930), ou la première conférence du BIT hors d'Europe

Le sommet de cet art du dosage est atteint pour la conférence de 1930 de Johannesbourg, convoquée à l'initiative des mines du Transvaal qui assurent une partie de son financement. Cet activisme reflète pour partie la position pionnière de l'Afrique du Sud sur le plan médical et radiologique dans la lutte contre la silicose[7]. Mais il illustre aussi la particularité de l'approche réformatrice internationale : plutôt que de s'exercer contre le principe du marché, ou simplement de chercher à le contenir, elle prend appui sur lui pour diffuser les lois sociales au nom de l'égalisation des conditions de concurrence. La seule manière de garantir une égalité de chances aux employeurs des pays protégeant le mieux leur main d'œuvre, est d'imposer le même degré de protection à ceux des autres nations.

La rencontre de Johannesburg est exceptionnelle à plusieurs titres. Il s'agit de la première conférence du BIT à se tenir hors d'Europe. Son ordre du jour est purement médical et consiste, ni plus ni moins, à définir ce qu'est la silicose. Elle réunit pendant deux semaines la poignée d'experts internationaux censés être les plus qualifiés sur le sujet, en leur demandant de dégager un accord sur la nosologie et l'étiologie de la maladie à partir d'un questionnaire détaillé établi par les soins du BIT. Ses suites se révèleront décisives : plus encore peut-être que la convention internationale C 42 sur la

[7] Sur cette antériorité médicale et ses ambiguïtés (elle suit de strictes hiérarchies raciales), cf. entre autres Randall M. Packard, « Tuberculosis and the Development of Industrial Health Policies on the Witwatersrand, 1902-1932 », *Journal of Southern African Studies*, 13, 2, 1987, p. 187-209 ; ou Beris Penrose, « Medical Monitoring and Silicosis in Metal Miners: 1910-1940 », *Labour History Review*, 69, 3, 2004, p. 285-303.

silicose qui sera adoptée quatre ans plus tard[8], c'est elle qui marque le début du processus de reconnaissance de la silicose par les différents États-membres de l'OIT.

La condition du succès a bien entendu été le choix des experts internationaux et des pays qu'ils représentent de fait (jusqu'à l'élimination d'un pays comme la France qui avait été le seul à s'opposer au principe de la conférence[9]), ainsi que l'élaboration de l'ordre du jour et du questionnaire. Les deux hommes qui en auront été le moteur en sont bien évidemment Luigi Carozzi pour le BIT, mais aussi Alexander Jeremiah Orenstein (1879-1972), responsable médical des mines du Rand et père de la médecine du travail sud-africaine : la grande complicité qui les unira tout au long de la période de reconnaissance de la silicose se révèlera très importante pour Carozzi.

Au-delà d'un cas singulier, elle illustre une autre constante de l'action du BIT, à savoir sa véritable symbiose avec les associations internationales de réformateurs sociaux. Dans la façon dont Carozzi développe ses relais dans le réseau mondial des médecins du travail – avec une plus grande latitude, mais aussi de plus grandes tensions avec Albert Thomas, que les autres chefs de service du BIT – on trouve le rôle crucial de la Commission Internationale Permanente pour la Médecine du Travail. Créée en 1906, renommée en 1931 « Commission Internationale Permanente pour la Médecine du Travail » ou CIPMT, appuyée depuis l'origine sur la *Clinica del Lavoro* à Milan dont est issu Carozzi, elle contribue à la fabrication de cette arène internationale dont le caractère est stratégique pour le BIT. Les membres de la CIPMT contribuent à son réseau d'informateurs, dont on a déjà souligné l'importance, et relaient la pression du Bureau en direction de ses deux tâches principales, la signature de conventions internationales et leur transposition aux législations nationales.

Les congrès triennaux de l'association tendent en effet à s'articuler avec l'action du BIT. En 1929 même, la CIPMT se réunit à Lyon dans le cadre d'un congrès spécifique, dans l'idée délibérée de faire pression sur la France pour rattraper son retard en matière de lutte contre les maladies professionnelles en général, et contre la silicose en particulier. L'initiative, qui se révèlera effectivement structurante pour la France[10], émane cette fois du tandem composé par Albert Thomas et Étienne Martin : le second, professeur de médecine légale à Lyon, avait durant la Première Guerre Mondiale été inspecteur médical dans les usines d'armement dont le premier avait la charge en tant que ministre. Si la conférence échoue à imposer aux employeurs de prendre en considération la

[8] Le BIT, malgré les objurgations du mouvement syndical international, avait refusé de coucher la silicose sur la liste des maladies professionnelles reconnues par la convention internationale de 1925, parce qu'il jugeait que le dossier n'était pas suffisamment étayé. Sur cette tendance du BIT à privilégier, pour le meilleur et pour le pire, les seuls dossiers assurés, cf. Paul Weindling, réfs, in idem, *International Health Organisations and Movements 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

[9] Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « 'Une maladie sociale avec des aspects médicaux' : La difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XXe siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009, à paraître.

[10] Sur l'effet de la conférence sur l'avènement même de la notion de « médecine du travail » et sur son institution, notamment sur le plain de la formation, voir Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *La santé au travail, 1880-2006*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2006.

silicose, elle exercera en France un effet différé sur le processus de reconnaissance de la maladie en déclenchant la recherche radiologique à son propos. Ce type d'influence, directe ou indirecte, pèse, par des voies chaque fois différentes, sur les pays les plus divers, du Japon à l'Espagne en passant par le Chili[11].

II) DE L'HYGIENE INDUSTRIELLE A L'HYGIENE ET SECURITE : ANALYSE D'UN REPOSITIONNEMENT STRATEGIQUE

1) Une éclipse préjudiciable

Après une éclipse pendant la Deuxième Guerre Mondiale, le Conseil d'Administration du BIT charge en 1944 le chef de la section de Sécurité industrielle, D. Vaage, d'œuvrer à la reconstitution du Comité de Correspondance d'Hygiène Industrielle. En février 1946, Vaage adresse un rapport pessimiste à E.J Phelan et demande à être relevé de sa tâche. Faute de moyens financiers suffisants, le BIT, déplore-t-il, n'est pas dans ce domaine à la hauteur de sa réputation d'excellence acquise durant l'entre-deux-guerres, alors que la déclaration de Philadelphie de mai 1944 lui assigne la « protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les professions ».

Qui plus est, la création en cours d'une Organisation Mondiale de la Santé (OMS) impose au BIT de préciser sa compétence en matière de santé au travail. Il la configure de nouveau autour de son expérience de lutte contre la silicose, avec pour point d'orgue l'organisation d'une grande conférence sur les pneumoconioses prévue en 1950 à Sydney. Dès 1946 est reconstitué à cet effet le sous-comité d'experts de la silicose. Retraité mais toujours présent, Carozzi incite le bureau à réintégrer des personnalités dont la compétence est incontournable, tels Alexander J. Orenstein ou le médecin anglais John Middleton : la réactivation, au sein du BIT, d'une compétence en matière d'hygiène industrielle, se fonde de nouveau sur l'établissement d'un réseau d'experts, partiellement renouvelé.

2) Le sanitaire et le politique : enjeux de la conférence de Sydney (1950)

Le nouveau directeur du BIT, David A. Morse, poursuivant la ligne de son prédécesseur, juge alors le moment venu de recréer formellement la section d'Hygiène industrielle. Le Bureau la confie à un médecin danois, Aage Grut, ayant travaillé à l'Inspection du Travail puis à la direction générale des assurances sociales de son pays[12]. Sans se ranger parmi les grands spécialistes des pneumoconioses, il saisit bien les enjeux de la conférence projetée : il s'agit, pour la section d'hygiène industrielle reconstituée, de prendre place dans la nouvelle configuration internationale en passe de se mettre en place. L'OIT et l'OMS s'engagent en effet à mettre en commun leurs connaissances dans trois

[11] Cf. Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », art. cit.
[12] Cf. le dossier personnel d'Aage Grut, Archives du BIT, P 4180.

domaines sensibles : la sécurité sociale, l'aide à l'organisation des services médicaux et l'hygiène industrielle, sans préciser cependant leurs compétences respectives ni leurs modalités de coopération, qui restent à définir par des comités mixtes.

Dans cette dynamique, Aage Grut compte sur la Conférence de Sydney pour affirmer la « compétence médicale » du BIT. Elle se situe à l'articulation entre des préoccupations médicales (fixer des standards internationaux afin de déterminer les droits des ouvriers à la réparation) et un nouveau contexte politique, défini par l'évolution interne au BIT, l'adhésion de nouveaux pays et la création de l'OMS. Les participants à Sydney proviennent essentiellement du monde anglo-saxon, États-Unis et pays du Commonwealth (Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, Canada). S'y ajoutent les pays d'Europe du nord (Danemark, Suède, Norvège), la Suisse et la France, ainsi que les experts du BIT. Dans un monde encore colonial, peu de pays émergents sont représentés, et la conférence ne compte ni experts allemands ni italiens[13].

De nombreux changements affectent le cadre législatif des pays membres, avec la mise en place de systèmes d'assurance-maladie et d'une médecine du travail dans nombre de pays industrialisés, mais également des transformations dans la production industrielle avec une mécanisation accentuée dans de nombreuses branches. Du coup, l'enjeu de Sydney est aussi bien, au sortir de la guerre, de faire le point sur la situation, les études et les législations dans les différents pays représentés, que de tenter d'harmoniser les techniques du diagnostic. Le passage d'une maladie bien identifiée, la silicose, à une famille de pathologies, les pneumoconioses, est le produit d'une nouvelle appréhension du problème : elle s'affranchit peu à peu de la vision en terme d'empoisonnement qui, historiquement, était sous-jacente à la définition des maladies professionnelles[14]. Elle invite à raisonner de plus en plus du point de vue des mécanismes respiratoires produits par l'inhalation de poussières dans des circonstances professionnelles variées[15]. Sydney institue le glissement de la *silicose* aux *pneumoconioses*, en dégageant un énoncé de base encore utilisé de nos jours : « la pneumoconiose est une maladie pulmonaire pouvant être diagnostiquée, due à l'inhalation de poussières, le terme 'poussière' s'appliquant à des particules à l'état solide, à l'exclusion des organismes vivants »[16].

---

[13] *Troisième conférence d'experts en pneumoconioses, Sydney, février-mars 1950*, BIT, Genève, 1953, vol. 1, p. VIII-XI.

[14] La distinction est clairement faite dès la première séance de la conférence, qui précise que les pneumoconioses sont des « maladies des poumons » pour lesquelles « la question de l'empoisonnement ne se pose pas » (*Troisième conférence d'experts en pneumoconioses*, ibid., vol. 1, p. 9). Parallèlement, la réflexion médicale autour de la réactualisation de la liste des produits chimiques jugés dangereux est relancée en 1950 en lien avec la commission des industries chimiques (cf. BIT, *Bulletin Officiel*, 1950, 33, 4) et poursuivie continûment ensuite.

[15] Outre l'extraction, de multiples cas de figure sont envisagés comme les activités de sablage, le charriage de caisse soulevant des poussières, les travaux publics (creusement de tunnels), entre autres.

[16] Cette définition pose un nouveau cadre et est référencée comme telle dans la dernière édition de *l'Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* du BIT ou encore dans le document *Exposition à certaines poussières minérales (silice, charbon) : limites recommandées d'exposition professionnelle à visée sanitaire : rapport d'un groupe de l'OMS*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1986.

Mais cette évolution suscite la controverse. Luigi Carozzi lui oppose une définition, issue de l'approche « classique » en termes d'empoisonnement, qui fait de la silicose le produit de l'inhalation de poussières de silice : pour lui, seul le mécanisme qui enclenche la maladie offre encore matière à débat[17]. On peut pareillement différencier plusieurs types de pneumoconioses telles l'asbestose, provoquée par les poussières d'amiante, la sidérose (poussières de fer) ou la byssinose (poussières de coton). Traiter d'emblée toutes ces maladies comme un ensemble, objecte Carozzi, fait courir le risque de complexifier excessivement l'approche. De plus, l'amalgame risque aussi bien de nuire à l'harmonisation et à l'efficacité d'une législation souvent différente d'une pneumoconiose à l'autre, que de s'étendre à des maladies respiratoires moins graves, qui ne devraient pas nécessairement ouvrir droit à réparation financière. De fait, plus qu'un basculement définitif en faveur des pneumoconioses, le congrès de Sydney illustre une dichotomie voire un conflit entre deux approches des maladies professionnelles des poussières, qui se continue encore de nos jours.

Il marque aussi pour le BIT l'entrée dans une phase nouvelle, marquée par une double ambiguïté. Sur le plan médical tout d'abord, le congrès permet au Bureau de réaffirmer sa prééminence à propos, rappelons-le, de la famille la plus grave de maladies professionnelles. Mais il échoue à établir des critères cliniques uniformes de diagnostic, qui permettraient de calculer le degré d'incapacité des victimes des maladies de l'empoussièrement, reconnaît la conclusion de la conférence[18]. Intégrer la silicose dans l'ensemble des pneumoconioses complique encore une question déjà diffractée, on l'a vu, selon la nature des particules inhalées, les différents stades de dégradation des poumons, les surinfections éventuelles (tuberculose, bronchiolite), entre autres. Sur un plan politique ensuite, cette « globalisation » de la maladie accentue la place des industries non extractives (sidérurgie, travaux publics, etc.), dont beaucoup étaient déjà concernées par les poussières de silice.

En troisième lieu, le cadre intellectuel qui se dégage de la conférence met sur la sellette la place relative des médecins, qui pourtant tiennent un rôle encore central à Sydney. L'élargissement à toutes les poussières renforce d'une part le rôle de la prévention, l'établissement de seuils d'exposition jugés tolérables à la maladie donnant la prééminence à la mesure et à la réduction des taux d'empoussiérage, voire à l'espoir de supprimer les poussières. Il promeut d'autre part les politiques de réadaptation, avec la définition de normes fonctionnelles destinées à formaliser la frontière entre maintien dans l'emploi et invalidité : la conférence s'achève du reste sur l'appel à une réunion sur les pneumoconioses « du point de vue des ingénieurs, des physiciens et des chimistes »[19].

[17] La distinction entre « maladies causées par un agent toxique » et « maladies professionnelles » (silicose, cancer…) est réitérée d'emblée lors des sessions du Comité de recherche d'hygiène et de médecine du travail chargées, en décembre 1954, de mettre à jour la liste des maladies professionnelles. L'indifférenciation de toutes les pneumoconioses pose problème, tandis que la question de l'agent inhalé – renvoyant au débat sur la toxicité – laisse subsister quelques ambiguïtés : faut-il *a priori* considérer toutes les pneumoconioses comme maladies professionnelles ?

[18] *Troisième conférence d'experts en pneumoconioses, op.cit.*, vol. 1, p.157.

[19] *Ibid*.

Enfin, autour du diagnostic précoce se dessinent des enjeux qui, tout en étant certes pour partie thérapeutiques, touchent surtout à « l'optimisation » de la gestion de la main d'œuvre : en dépendent les politiques d'embauche, de réadaptation et de réparation[20]. La fixation de standards internationaux, fussent-ils minimalistes, se fait plus prioritaire que jamais, en privilégiant la mise en relation – dont on a évoqué la difficulté – entre diagnostic physiologique (épreuves respiratoires, détection de dyspnée) et diagnostic radiologique.

3) L'affaiblissement de la position médicale et le redéploiement des années 1950

Dans les années qui suivent la conférence, Aage Grut fait de l'harmonisation des standards radiologiques un axe essentiel de son activité, malgré son échec à établir un sous-comité radiologique et à réunir les ressources financières suffisantes pour recruter un chercheur qui ferait le lien sur cette question entre les différents laboratoires. Il encourage le *Pneumoconiosis research Unit* (PRU) de Cardiff, dirigé par C.M. Fletcher[21] et le Centre d'études et de recherches médicales des Houillères du Nord et du Pas-de-Calais, dirigé à Douai par le Dr Balguairies, à établir une première « entente radiologique ».

Mais, signe de la montée en puissance des préoccupations de sécurité industrielle, le BIT ne relaie pas la diffusion des standards dits « Cardiff-Douai ». La démarche de Grut est jugée trop « médicale » en interne ainsi que par des membres du Conseil d'Administration. Le BIT est en effet en passe de redéployer son énergie vers la lutte technique contre les poussières[22]. De 1952 à 1962, trois réunions internationales successives se consacrent à la « prévention et à la suppression des poussières dans les mines, les galeries et les carrières »[23], débouchant sur des recommandations en matière de législation, d'administration et de recherche. Ce cadre permet au BIT de travailler sur les problèmes de santé, silicose comprise, par le biais de questions techniques : les pneumoconioses sont traitées du point de vue de la prévention, de la réglementation et de la réhabilitation, y compris les questions du diagnostic radiologique, sans interférer avec les définitions médicales. Grut a beau juger indispensable la prise en compte des aspects physiologiques de l'inhalation et la mesure des effets de la prévention sur la santé des ouvriers, les ingénieurs sont défavorables à la présence de médecins.

---

[20] La conférence de Sydney engage une réflexion sur le « Reclassement professionnel des pneumocotiques » (*ibid.*, vol. 2, p. 353) : l'enquête analyse notamment la législation en vigueur dans les différents pays et pose la question des barèmes d'invalidité et de leurs implications sur le diagnostic précoce (*ibid.*, vol. 1, Rapport de la 8e séance, p. 69-86).

[21] Arthur McIvor et Ronald Johnston, *Miners' Lung. A history of dust disease in British Coal Mining*, Ashgate, 2007, expliquent bien la position atypique des médecins de Cardiff et retrace leur cursus et l'histoire du PRU, p. 96-98. Très progressistes, ces experts sont résolument tournés vers la recherche de reclassement, et privilégient la prévention par un usage très innovant de la radiologie.

[22] Par le biais de conférences sur la suppression des poussières, mais également via l'action de la commission des industries charbonnières. Cf. BIT, *Bulletin Officiel*, 1951, Commission des industries charbonnières, 4e session, Genève, 7-17 mai 1951, p. 60-86.

[23] Voir par exemple la préface du *Premier rapport international sur la prévention et la suppression des poussières dans les mines, les galeries et les carrières*, période 1952-1954, Genève, 1957, 374 p.

Cette tension est relayée par les luttes internes au BIT. Le nouveau chef de la section de Sécurité industrielle, Marcel Robert, plaide pour un rapprochement des deux services, en s'appuyant notamment sur les demandes des Commissions d'Industrie dont les plus actives (Charbon d'une part, Fer et Acier d'autre part), réclament une meilleure coordination entre les services, notamment sur le problème des risques dus aux poussières et aux fumées. Tant les membres patronaux qu'ouvriers du Conseil d'Administration adoptent ce point de vue lors de la présentation du rapport de la Conférence de Sidney en juin 1950. Une Commission d'experts sera chargée de redéfinir le programme de l'OIT en matière d'hygiène et de sécurité, en améliorant la coopération entre ingénieurs et médecins[24].

Dès la fin de 1951, le directeur du BIT commence à préparer la création d'une section unique d'Hygiène et de Sécurité, et Marcel Robert réorganise sur cette base la composition du comité de correspondance. Aage Grut est hostile à ce processus, qui remet en cause la spécificité médicale de son service. Il se réclame du travail de Luigi Carozzi, et des conflits qui l'avaient opposé à sa hiérarchie durant tout l'entre-deux-guerres. Le conflit débouchera en 1952 sur sa démission. Réclamée par David A. Morse au nom d'un manque de capacités administratives, elle traduit en fait cette affirmation dogmatique et maladroite de son indépendance, qui avait mené Grut à une situation d'affrontement direct avec le directeur général adjoint Jef Rens. Marcel Robert, qui se voit reconnaître ses qualités de leader, reçoit la direction de la nouvelle section constituée par fusion des deux services en janvier 1953. Elle compte alors neuf membres, trois assistants et quelques secrétaires, mais le bureau convient de la nécessité de recruter des médecins. Dans le même temps, l'amalgamation des deux comités de correspondance se met progressivement en place à partir de 1954. C'en est fini non seulement de l'autonomie du service d'hygiène industrielle, mais aussi de sa prééminence par rapport au service de sécurité.

III) COMPLEMENTARITE ET CONCURRENCE : LE BIT ET LA CECA

Le milieu des années 1950 représente donc un tournant pour les questions d'hygiène au BIT, qui doit repenser son action dans la constellation des autres organisations internationales et des nouvelles organisations politiques et économiques régionales. Cette réorientation stratégique repose en dernier ressort sur une remise en cause de son monopole sur les questions d'assurances sociales, qui avait été décisive dans l'entre-deux-guerres. Il lui est désormais opposé la nécessité d'un avis international « proprement médical », qui ne peut légitimement émaner que de l'OMS. La relation entre les deux institutions se fait d'autant plus complexe que l'OMS crée dès 1950 une section de « Santé sociale et professionnelle » fort active. Le BIT, menacé de se voir déposséder de ce champ

[24] Annexe V, *Programme de Travail dans le domaine de la Sécurité et de l'Hygiène industrielle*, Procès-Verbal de la 112e session du Conseil d'Administration, Genève, juin 1950, p. 120-127. Elle voit dans la santé sur les lieux de travail la formule adéquate pour envisager de concert les aspects d'hygiène et de sécurité, dans leurs dimensions de prévention et de réglementation.

d'action, s'efforce d'en redéfinir la spécificité : la fusion de 1953 ne constitue qu'une réponse imparfaite à cet effritement progressif, que reconnaît Marcel Robert en 1961. L'OMS admet l'efficacité et la supériorité du BIT en ce qui concerne la médecine du travail dans les pays anciennement industrialisés. Mais elle entend affirmer son leadership sur les pays en voie de développement, pour lesquels l'importance du secteur rural et la protection sociale balbutiante, renvoient dans son esprit à des problèmes épidémiologiques généraux[25].

Or, même sur son continent de prédilection, le BIT doit composer avec un autre organisme émergent, à savoir la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier, créée le 8 avril 1951 par le Traité de Paris[26]. L'article 55 du traité engage en effet la CECA à poser les prémices d'une Europe sociale par un programme de protection des travailleurs. Elle développe son propre programme d'hygiène et de médecine du travail, dans le cadre de sa Division des problèmes du travail : il s'agit d'impulser et fédérer la recherche pour la protection des travailleurs des deux industries concernées dans les six pays membres. La silicose est alors au centre de ses préoccupations et un partenariat s'esquisse immédiatement avec la Section hygiène et sécurité du BIT. La CECA donne forme à un Comité de recherche d'hygiène et de médecine du travail en 1955. D'emblée, il collabore avec la section hygiène et sécurité du BIT, en privilégiant le diagnostic radiologique de la silicose et la lutte contre les poussières.

Initialement, c'est la complémentarité entre les deux organismes qui l'emporte, les premières commissions de la CECA s'engageant dans de gros projets de recherche fondamentale alors même que ces aspects diminuaient au sein du BIT. Dans certains cas, ces commissions de recherches ont pu participer aux efforts de standardisation du BIT, ou à l'inverse ont offert l'occasion aux industriels d'en ralentir la cadence, ce dont semble témoigner une question sensible comme la classification radiologique. D'autres dossiers, comme la réadaptation, rapprochent les deux organismes[27]. Les parentés sont également réelles avec la commission de la CECA consacrée aux « facteurs humains ». Celle-ci entend se développer autour de la physiologie et de la physiopathologie du travail, en toute une série de thèmes classiques (adaptations et accidents) ou plus novateurs (effets du bruit et des températures), qui font écho avec les préoccupations de la Section hygiène et sécurité du BIT. Un certain nombre d'experts-conseils passent fréquemment d'un organisme à l'autre, en facilitant ainsi l'intégration des points de vue. Mais sans parler bien sûr de la différence dans leurs échelles d'interventions respectives, la CECA et le BIT continuent à se distinguer par leurs modalités d'actions, leurs moyens financiers et la place relative donnée aux intérêts des industriels.

[25] On peut cependant préciser que cette vision évoluera. Dès le début des années 1970, le BIT est sollicité pour travailler sur les conditions du travail agricoles (notamment par rapport à la chimie utilisée par les agriculteurs), et de proposer des modèles au pays en voie de développement.

[26] Cf. Marie-Thérèse Bitsch, *Histoire de la construction européenne de 1945 à nos jours*, Éditions Complexe, 1996, p. 61-79.

[27] Voir par exemple la *Commission d'experts gouvernementaux pour la médecine du travail et la réadaptation*, créée en 1958 par la CECA.

En revanche, des tensions sont manifestes dans le domaine stratégique des standards radiologiques. La capacité du BIT à produire une norme mondialement acceptée est en jeu, les comités de recherche de la CECA disposant d'importants moyens financiers et expérimentaux, et d'une capacité à diffuser leurs conclusions au sein des gouvernements et des groupes industriels européens[28]. Or le travail d'ajustement des clichés, la lecture des opacités et des effets des lésions sont très variables d'un type de poussière à l'autre et révèlent la difficulté à statuer sur la maladie. La question revient *in fine* dans l'escarcelle du BIT, avec l'organisation, lors de la IVe conférence sur les pneumoconioses à Bucarest en 1971, d'un groupe de travail sur la radiologie[29]. A cette occasion, sa section d'hygiène industrielle intègre la CECA dans les réunions préparatoires tout en demeurant l'ordonnatrice des discussions comme de l'harmonisation et de l'actualisation des standards internationaux des pneumoconioses, et la classification radiologique connait une dernière révision en 1980. Si elle ne présume ensuite en rien des législations locales en terme de décision d'invalidité ou de réparation, la classification permet l'accord sur la lecture des stades d'évolution de la maladie. Toutefois cet exemple montre que le BIT, pour garder sa légitimité et rester à la pointe des questions, doit savoir à la fois jouer de la complémentarité avec les autres organisations, et contrer les concurrences qui la desservent et lui font perdre la force de son arbitrage.

Un bilan tout aussi contrasté s'impose quant aux effets politiques des interactions entre les deux organismes. En ne prenant comme référent international que le BIT, la CECA a contribué à renforcer sa compétence pour les questions de médecine du travail des pays industrialisés face à l'OMS. Mais en même temps, le processus d'intégration européenne a paradoxalement compliqué l'action du BIT en imposant ses propres normes de régulation sociale et sanitaire : jusqu'alors, c'était typiquement au sein des pays d'Europe de l'Ouest qu'il construisait et imposait ses standards en priorité.

CONCLUSION

L'histoire que l'on vient de retracer incarne non seulement la faiblesse relative du BIT par rapport aux États, faiblesse qui est en quelque sorte consubstantielle pour ne pas dire normale, mais surtout peut-être la façon dont il est parvenu à faire évoluer son action et son rôle par rapport aux autres organisations internationales. Il s'agit d'un point important pour faire pièce aux lacunes traditionnelles de l'histoire institutionnelle : se centrer sur une organisation amène trop souvent à en hypostasier l'importance et la marge d'action, en perdant de vue le cadre politico-institutionnel plus large dont elle n'est qu'un fragment. Ce biais d'observation, qu'encouragent les vagues

[28] La CECA disposerait des moyens techniques et politiques pour produire des standards qui lui soient utiles, mais la Haute Autorité n'est pas très volontaire en terme de protection sociale. Ernst Haas souligne ainsi son échec en matière de logement social, et la difficulté pour les travailleurs de peser efficacement sur les industriels (*The Uniting of Europe…*, *op. cit.*, ch. 12, « The High Authority : independent federal executive? », p. 451-485).
[29] *Working group on the international classification of radiographies of pneumoconiosis*, BIT, 1971.

commémoratives, se fait de plus en plus problématique à mesure que l'on s'approche de la période contemporaine, le processus de création d'organismes internationaux (planétaires ou régionaux) que nous avons évoqué avec l'OMS et la CECA s'étant bien entendu poursuivi depuis. En même temps, au prix d'une plus grande formalisation de ses procédures de rassemblement et de diffusion des informations, le BIT a su jouer de cette multiplication des organisations, en faisant valoir sa longue expérience dans la stabilisation d'un langage commun. La création en 1959 d'une nouvelle structure, le Centre International d'informations de sécurité et d'hygiène du travail (CIS)[30], axée sur la prévention[31], montre qu'il a engagé avec profit des échanges avec les instituts et organismes produisant les enquêtes qu'il n'a plus les moyens de financer, tout en gardant son rôle de synthèse par sa capacité à produire des normes mondiales censées s'imposer aux situations locales. La capacité renouvelée de la section d'hygiène et de sécurité industrielles du BIT à publier les encyclopédies de références sur ses domaines d'action, sur le modèle inauguré par Carozzi dans l'entre-deux-guerres, confirme la validité intacte de sa stratégie documentaire, assise sur un savoir-faire relationnel, politique et savant, maintenu malgré la complexification du paysage institutionnel international[32].

Cet affaiblissement relatif sur le plan d'une famille de maladies professionnelles phare n'est pas allé sans contrepartie. Dans un rapport de 1961, Marcel Robert avait souligné que la section hygiène avait dû, non sans difficultés d'adaptation, passer à une vision plus globale de la santé, en renonçant à une approche compartimentée par branches d'activités pour une approche qui considère le travailleur au sein de son environnement. Elle n'est pas sans préfigurer, à sa manière, le passage de la notion de « médecine du travail » à celle de « santé au travail », qui sur la base de ces réflexions s'affermira dans les années 1970 avant d'être promue par l'Union Européenne. La fusion des sections d'hygiène industrielle et de sécurité, qui avait pour finalité de défendre le « statut du travailleur sur son lieu de travail », avait engagé le BIT dans une réflexion sur l'ergonomie et les nuisances (sons, chaleur). Cet élargissement de son point focal, des seules maladies professionnelles au « bien être physique, social et psychologique » du travailleur, n'était du reste pas allé sans une ambiguïté

[30] Créé en liaison avec l'Association Internationale de Sécurité Sociale et avec le soutien financier de la CECA, le CIS est chargé de centraliser les informations, l'organisation des fichiers, des bibliothèques, des collections de publications. En 1962, Robert quitte la direction de la Section hygiène et sécurité pour prendre la tête du CIS. Luigi Parmeggiani marque à cette occasion le retour d'un médecin à la direction de la section hygiène et sécurité, retour d'autant plus symbolique qu'il est, comme Luigi Carozzi, issu de la *Clinica del Lavoro*.

[31] Le CIS a notamment pour vocation la prévention de risques nouveaux telles la « cadence du progrès technologique » ou « l'apparition de nouvelles substances aux effets inconnues ».

[32] Cf. *supra*, n. 13. En 1969, dans le contexte du cinquantenaire du BIT, Luigi Parmeggiani et Marcel Robert cosignent un article de synthèse sur l'action menée en matière hygiène et de sécurité par le BIT, « Cinquantenaire de la collaboration interne au service de la santé et de la sécurité du travail », *Revue internationale du Travail*, 1969, 49, 1 (voir aussi *L'OIT au service du progrès social*, Genève, BIT, 1969)**.** Ils y soulignent les grandes continuités qui font sa caractéristique à savoir l'œuvre normative de l'OIT, la prise en compte des substances dangereuses pour l'homme au travail, la protection de la médecine dans l'entreprise, et surtout son action en matière de recherche d'information, la poursuite de *l'Encyclopédie* de 1930, les règlements type de sécurité, les recueils de directives. Ils évoquent également les réalisations nouvelles, comme la création des CIS, le travail mené sur les standards radiologiques et la lutte contre les poussières qui leur semble emblématique d'une action innovante, interdisciplinaire et en fin de compte efficace par les législations et directives qui en découlent.

fréquente dans les politiques de santé au travail, à savoir son interaction avec un usage productiviste de la main d'œuvre.

Ce programme, en effet, s'efforce de faire face à la dernière grande transformation de la période, et la plus décisive peut-être, à savoir la montée en puissance des pays en voie d'industrialisation. Alors qu'avant guerre le BIT avait construit son efficacité sur un ensemble de pays industrialisés relativement homogènes[33], il se trouve désormais confronté à une plus grande hétérogénéité des situations. A l'heure de la fermeture progressive des extractions minières dans les pays du Nord, l'industrialisation des pays du Sud pose de manière évidente le problème de la transposition d'une législation créée pour l'essentiel dans le cadre européen. Elle met fin au cercle vertueux qui avait permis au BIT de l'entre-deux-guerres de construire son influence internationale. Il lui était possible, à l'époque, de s'appuyer sur les logiques de marché et de concurrence économique internationale pour construire la protection sociale et juridique des travailleurs, car les États européens partaient grossièrement d'un même niveau de développement économique et social et pouvaient, progressivement, se mettre au niveau de régulations nationales comparables. Le processus est pour le moins inversé aujourd'hui, par des États qui empêcheraient leur économie de « décoller » en s'imposant d'emblée des contraintes équivalentes. Si l'on a à l'esprit la difficulté qu'a eue le BIT à faire appliquer, dans un état de développement socio-économique international qui était plus symétrique et donc plus favorable, les mesures destinées à contrer les effets de la silicose, on ne peut que redouter que celle-ci ne demeure, dans les décennies à venir, parmi les grands fléaux du travail.

[33] K. Nandrup Dahl, « The role of ILO standards in the global integration process », *Journal of Peace Research*, 5, 4, 1968, p. 309-351.