



HAL
open science

Risques professionnels : la santé sous surveillance ?

Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse, Laure Pitti

► **To cite this version:**

Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse, Laure Pitti. Risques professionnels : la santé sous surveillance ?. Travail et Emploi, 169-170-171, 257 p., 2022. hal-04872731

HAL Id: hal-04872731

<https://sciencespo.hal.science/hal-04872731v1>

Submitted on 8 Jan 2025

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.

Travail et Emploi

N° 169-170-171 – 2022

Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ?

coordonné par Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse et Laure Pitti

Défaire sa responsabilité financière en matière de risques professionnels

Delphine Serre

« Simple comme un coup de fil » ? La prévention des risques dans une cellule d'écoute de la souffrance au travail

Romain Juston Morival

Des usages managériaux de la science ?

Scarlett Salman

Une épidémiologie paritaire ?

Collectif 350 tonnes et des poussières

Le droit au suivi post-professionnel et sa non-mise en œuvre

Jorge Munoz, Marie Ghis Malfilatre, Quentin Durand-Moreau, Annie Thébaud-Mony

Intérim : troubles dans la prévention

*Blandine Barlet, Louis-Marie Barnier, Elena Mascova,
Arnaud Mias, Jean-Marie Pillon*

Quand la médecine du travail produit des données

Blandine Barlet, Sarah Memmi, Nicolas Sandret

Rationalisation et marchandisation
de la prévention

Lucie Horn

La socialisation aux dangers
d'opérateurs débutants
en raffinerie de pétrole

Edwige Rémy

Travail et Emploi

N° 169-170-171 – 2022

Ministère en charge du travail
Direction de l'animation de la recherche,
des études et des statistiques

Sommaire

N° 169-170-171 – 2022

Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ?

INTRODUCTION

Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ? <i>Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse, Laure Pitti</i>	5
---	---

ARTICLES

Défaire sa responsabilité financière en matière de risques professionnels Les stratégies documentaires des avocat-es d'employeurs <i>Delphine Serre</i>	21
« Simple comme un coup de fil » ? La prévention des risques dans une cellule d'écoute de la souffrance au travail <i>Romain Juston Morival</i>	45
Des usages managériaux de la science ? Le devenir en entreprise des modèles de mesure des risques psychosociaux au travail <i>Scarlett Salman</i>	71
Une épidémiologie paritaire ? Outils, savoirs et luttes de définitions relatifs à la santé au travail des fonctionnaires <i>Collectif 350 tonnes et des poussières</i>	97
Le droit au suivi post-professionnel et sa non-mise en œuvre Le cas des irradiés des armes nucléaires de Brest <i>Jorge Munoz, Marie Ghis Malfilatre, Quentin Durand-Moreau, Annie Thébaud-Mony</i>	123

Intérim : troubles dans la prévention	
Responsabilités limitées dans la prise en charge de la santé-sécurité des intérimaires	
<i>Blandine Barlet, Louis-Marie Barnier, Elena Mascova, Arnaud Mias, Jean-Marie Pillon</i>	147
Quand la médecine du travail produit des données	
L'histoire de l'enquête <i>Sumer</i> entre enjeux de production de connaissances et enjeux de légitimation professionnelle	
<i>Blandine Barlet, Sarah Memmi, Nicolas Sandret</i>	175
Rationalisation et marchandisation de la prévention	
Le levier de l'évaluation des risques professionnels dans les services de santé au travail	
<i>Lucie Horn</i>	201
La socialisation aux dangers d'opérateurs débutants en raffinerie de pétrole	
Enquête dans un centre d'apprentissage en entreprise	
<i>Edwige Rémy</i>	221
RÉSUMÉS	247
ABSTRACTS	253

Introduction

Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ?

Jean-Noël Jouzel^{}, Jérôme Pélisse^{**}, Laure Pitti^{***}*

Du scandale de l’amiante dans les années 1990 au procès France Télécom/Orange en 2019, les enjeux de santé au travail ont connu une forte médiatisation ces trente dernières années. Depuis 2020, la pandémie de Covid-19 a, à son tour, contribué à la mise à l’agenda de ces enjeux, et ce, à plusieurs titres. D’abord, en mettant sous les projecteurs les risques pris par les salarié·es des secteurs de la « première ligne » assurant les tâches les plus vitales à la continuation de l’ordre social, dans les secteurs de la santé, de l’alimentation, des transports ou encore du traitement des déchets. Ensuite, en ouvrant un débat sur les effets du travail à distance et du confinement sur la santé mentale de nombreux·ses autres travailleur·ses. D’un point de vue plus structurel, les profondes transformations que connaît actuellement le monde du travail, qu’il s’agisse de l’expansion du télétravail ou de la numérisation de nombre d’activités, font l’objet d’un traitement médiatique qui met en avant les réorganisations de l’espace et des temps travaillés et leurs effets sur la santé des salarié·es.

Cette médiatisation croissante a été alimentée par des mobilisations collectives dénonçant et judiciarisant les failles des politiques de prévention et d’indemnisation des maladies professionnelles, en particulier celles liées à des facteurs de risque chimique (JOUZEL, 2013 ; MARICHALAR, 2017), cancérogène (MARCHAND, 2022) ou psychosociaux (PONGE, 2018). Ces mouvements protestataires ont débouché sur d’importants changements en matière d’action publique. Des plans nationaux dédiés à la santé au travail se sont succédé depuis 2004 pour réorganiser ce secteur longtemps sous-administré (HENRY, 2007 ; VERDIER, 2012). De nouveaux acteurs administratifs ont émergé, auxquels ont été confiées des missions relatives à l’évaluation et à la surveillance des risques auxquels sont exposé·es les salarié·es : l’Agence française de sécurité sanitaire de l’environnement et du travail, devenue Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (Anses) en 2010 ;

* Centre de sociologie des organisations, Sciences Po Paris, CNRS ; jeannoel.jouzel@sciencespo.fr.

** Centre de sociologie des organisations, Sciences Po Paris ; jerome.pelisse@sciencespo.fr.

*** Université Paris 8, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris ; laure.pitti@cnrs.fr.

ou encore le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire, devenu Santé publique France en 2016. Plusieurs rapports publics ont été rédigés sur la nécessité de mieux connaître et reconnaître les dégâts du travail sur la santé des travailleurs, de celui cosigné par Philippe Nasse et Patrick Légeron sur « la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » en 2008 à celui présenté par Charlotte Lecocq sur la santé au travail en 2018, en passant par le rapport de Michel Gollac et Marceline Bodier sur la mesure des facteurs de risques psychosociaux au travail en 2011. Plus récemment encore, de nouvelles initiatives institutionnelles sont venues renforcer la réparation et, plus encore, la prévention des maux du travail : ainsi, en 2020, un tableau a été créé en un temps record pour la reconnaissance de la Covid-19 comme maladie professionnelle pour certain-es salarié-es (CAVALIN *et al.*, 2021) et, le 2 août 2021, une loi a été adoptée « pour renforcer la prévention en santé au travail ».

L'étude de cette montée en puissance des questions de santé au travail et de ces transformations de l'action publique se trouve au cœur d'un important corpus de travaux de sciences sociales. Plusieurs revues y ont consacré des numéros spéciaux au cours des deux dernières décennies¹. Un réseau de recherche interdisciplinaire sur la souffrance, puis la santé au travail (le Gestes ou Groupe d'études sur le travail et la souffrance/santé au travail) a été fondé en Île-de-France en 2011, avant de s'étendre au niveau national en 2016, pour fédérer l'effort de recherche sur les enjeux de santé liés au travail. Parmi les voies multiples empruntées par ces travaux pour comprendre comment les risques professionnels sont pris en charge, l'une des plus importantes a porté sur l'étude de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles (THÉBAUD-MONY, 2006 ; PLATEL, 2009). Ce fait social – officiellement reconnu par des rapports parlementaires fixant périodiquement les sommes que la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) de la Sécurité sociale doit reverser à la branche Assurance maladie au titre de l'insuffisante prise en charge des maladies liées au travail² et objet de travaux académiques (CAVALIN *et al.*, 2020 ; BARLET, PRETE, 2021 ; MARCHAND, 2022) – est devenu un cas d'école pour l'étude de la « fabrique de l'ignorance » (PROCTOR, SCHIEBINGER, 2008 ; THÉBAUD-MONY, 2014 ; HENRY, 2017), autrement dit la construction sociale de la méconnaissance des effets délétères des produits et activités industriels sur la santé humaine.

Les obstacles à l'identification des maladies professionnelles sont en effet multiples. Ils tiennent, pour partie, à la nature des pathologies chroniques induites par l'exposition à des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail : parce que ces maladies sont à la fois multifactorielles et précédées de temps de latence parfois très longs, leur étiologie professionnelle est par définition très difficile à établir

1. Notamment *Actes de la recherche en sciences sociales* en 2006, la *Revue française des affaires sociales* et *Santé publique* en 2008, la *Revue d'histoire moderne et contemporaine* en 2009, *Politix* en 2010, *Travail et Emploi* et *La Revue de l'Ires* en 2012, *Sociologies pratiques* en 2013, *La Nouvelle Revue du travail* en 2014, *Pistes* en 2018.

2. Commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT/MP (2021), *Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Rapport au Parlement et au Gouvernement.

d'un point de vue médical. Mais la méconnaissance des liens entre travail et santé ne résulte pas que des difficultés à identifier des liens de causalité, que ce soit par la biologie et la toxicologie, ou encore l'épidémiologie. Elle s'explique tout autant par des mécanismes sociaux et politiques qui conduisent les acteur·rices (y compris les salarié·es elles et eux-mêmes) et les institutions chargées de la protection de la santé des travailleur·ses à *ne pas voir* les risques qui la menacent (OMNÈS, PITTI, 2009 ; MARCHAND, 2022). Certains de ces mécanismes jouent à l'échelle microsociale. Des travaux ont ainsi pointé que, dans certains métiers ou dans certaines situations, des salarié·es ont développé une attitude de déni du danger pour tenter d'y faire face (MOLINIER, 2010 ; COLLARD, 2012 ; CRU, 2014). D'autres, à une échelle mésosociale, se sont penchés sur les rapports de domination produisant un effet de censure parmi les victimes, ce qui a pour conséquence une invisibilité statistique des maux du travail (FLOCKS, 2012 ; MARICHALAR, 2017). Plusieurs autres enquêtes se sont plutôt intéressées à des mécanismes d'invisibilisation des maladies professionnelles jouant à des échelles macrosociales. Ainsi, certaines entreprises ont mis en place des stratégies de « production du doute » (MARKOWITZ, ROSNER, 2002 ; THÉBAUD-MONY, 2014) visant à masquer les effets néfastes pour la santé de leurs salarié·es des produits qu'elles utilisent ou des modes de management auxquels elles ont recours. Dans le même ordre d'idées, certains travaux ont pris pour objet d'étude les obstacles institutionnels ou professionnels liés aux conflits de perspective qui existent entre les acteur·rices public·ques ou privé·es chargées de ces questions (HENRY, 2017 ; BARLET, 2019 ; JOUZEL, PÉLISSE, 2021), ou les angles morts propres aux disciplines savantes produisant de la connaissance scientifique sur les liens entre travail et santé (MURPHY, 2006 ; BETANSEDI, 2018 ; COUNIL, 2019).

Malgré son hétérogénéité d'échelles ou d'approches disciplinaires, ce corpus d'enquêtes repose sur un constat commun : les données permettant de relier la santé des salarié·es aux conditions de travail de ces dernier·ères sont rares. Durant des décennies, les statistiques de la Sécurité sociale sur l'indemnisation des AT/MP ont constitué la principale, si ce n'est l'unique, source de données sur les effets du travail sur la santé en France. La recherche sur la prévention des risques professionnels était, quant à elle, concentrée au sein de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), association relevant de la loi de 1901, financée par les cotisations patronales à la branche AT/MP de la Sécurité sociale. Si cette prémisse était incontestable il y a une vingtaine d'années, elle nous semble devoir être interrogée à nouveaux frais aujourd'hui. On assiste en effet depuis la fin du siècle dernier à la production d'un nombre croissant de données sur les expositions des travailleur·ses aux facteurs de risque en milieu professionnel et sur les effets de ces risques sur la santé. Les institutions chargées du champ de la santé au travail ont cherché à produire directement des données, en mettant en œuvre des enquêtes statistiques récurrentes. Le ministère du Travail a ainsi lancé, dès la fin des années 1970, la série des enquêtes *Conditions de travail* (périodicité de sept ans entre 1978 et 2013 ; tous les trois ans depuis 2013) qui ont permis de mieux connaître les facteurs de risque auxquels sont exposé·es les salarié·es, à partir notamment d'un

échantillon de 19 569 actif·ves occupé·es répondant en 2019. Il a ensuite mis en place la série des enquêtes *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels* (Sumer), environ tous les sept ans depuis 1994, et, avec le ministère de la Santé, l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (SIP) en 2006 et 2010. De leur côté, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), puis l'Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sont devenues d'importants financeurs des recherches épidémiologiques portant sur les facteurs de risque en milieu de travail. L'Institut de veille sanitaire (InVS) puis Santé publique France ont également mis en place des programmes de surveillance de certaines pathologies notoirement liées à des facteurs de risque professionnels, comme le mésothéliome causé par l'exposition à l'amiante. Cette production de données est longtemps restée hors des radars des enquêtes de sciences sociales sur les liens entre travail et santé en partie en raison des difficultés d'accès à ces enquêtes. Mais cette absence des sciences sociales procède aussi de l'orientation du champ de recherche sur la santé au travail (BRUNO, 2008) et de sa focalisation sur les lacunes dans les données disponibles³.

À rebours des travaux centrés sur les obstacles à la production de connaissances concernant les liens entre travail et santé, l'objectif de ce dossier est de documenter la prolifération, dans le champ de la santé au travail, d'instruments dédiés à produire des données sur l'état de santé des salarié·es et sur les facteurs de risque auxquels celles et ceux-ci sont exposé·es. De manière générale, la surveillance, ou « veille sanitaire », se trouve en effet au cœur des politiques qui ont visé à « rénover » l'administration de la santé publique à l'issue des crises sanitaires des années 1990, telles que la pandémie de VIH-sida ou encore l'affaire dite du sang contaminé (BUTON, PIERRU, 2012). Le terme « veille sanitaire » désigne trois types de mission : de surveillance, de vigilance et d'alerte (*ibid.*, p. 69) et un ensemble d'activités ayant pour objectif de recueillir de façon régulière des données sur l'état de santé d'une population et sur ses déterminants. En matière de risques professionnels, outre le recueil d'informations, on peut par extension y inclure des dispositifs de mise à disposition de ces informations aux acteur·rices en situation d'activités productives (employeur·ses, représentant·es du personnel, salarié·es, travailleur·ses plus généralement) et à ceux et celles dont le mandat professionnel couvre la prise en charge des risques professionnels (formateur·rices, préventeur·rices, médecins, inspecteur·rices, etc.).

Dans le champ de la santé au travail, la surveillance recouvre en effet une multitude de dispositifs dont les objectifs et les échelles d'analyse varient considérablement, mais qui ont en commun leur relative nouveauté (GOLDBERG, IMBERNON, 2008). Cette surveillance s'appuie sur des enquêtes de grande ampleur, comme celles citées plus haut, ou portant sur des facteurs de risque précis, que diverses recherches ont pu mobiliser : consommations d'alcool et de psychotropes (CRESPIN *et al.*, 2017), stress (PONGE,

3. Ce faible intérêt pour les données produites par l'administration du travail et les institutions de veille sanitaire était d'ailleurs relevé par les auteurs et autrices de l'introduction du numéro spécial publié en 2019 pour les quarante ans de *Travail et Emploi* (AMOSSÉ *et al.*, 2019).

2018), exposition à des pesticides (BRUNIER *et al.*, 2020), à l'amiante (HENRY, 2017) ou à des nanomatériaux (JOUZEL, PÉLISSE, 2021), contamination par la Covid-19 (analysée par le réseau Sentinelles⁴), etc. Mais elle passe aussi par le recours à une myriade d'instruments hétérogènes, publics ou privés, permettant d'objectiver les problèmes de santé affectant les travailleur·ses : outils de diagnostics psychosociaux, questionnaires et auto-questionnaires de santé, *hotlines* de signalement, tests de dépistage, dispositifs de suivi professionnel et post-professionnel pour certain·es salarié·es exposé·es à des facteurs de risque spécifiques, comme l'amiante ou les rayonnements ionisants. Cette surveillance s'incarne enfin dans la création ou le renforcement d'organisations scientifiques et administratives déjà évoquées (agences, organisation paritaire de surveillance et de prévention comme l'INRS, etc.), mais aussi privées et managériales qui se spécialisent plus ou moins dans le recueil et le suivi de données sur la santé des travailleur·ses et leurs conditions de travail. C'est le cas des services de médecine du travail, devenus services de prévention et de santé au travail avec la loi du 23 juillet 2021, qu'ils soient internes aux grandes entreprises ou opérant sur un territoire pour les moyennes et petites entreprises. C'est aussi le cas d'une structure paritaire de branche comme l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) ou de services de ressources humaines comme ceux d'une entreprise comme EDF-GDF (BENQUET *et al.*, 2010) à la fin des années 2000 ou, plus récemment, ceux de la grande banque étudiée par **Scarlett Salman** dans ce dossier, qui font remplir des questionnaires visant à mesurer les risques psychosociaux puis la qualité de vie au travail avec l'appui de cabinets de conseil spécialisés.

Nos interrogations portent donc sur ces acteurs et ces dispositifs : quels sont les effets sociaux de ces instruments de surveillance ? Si ces derniers permettent de mieux connaître les liens entre travail et santé, sont-ils mobilisés à des fins de prévention des risques du travail sur la santé ? Quelle est la conséquence de leur déploiement pour les acteur·rices des politiques de santé au travail, qu'il s'agisse de services de santé au travail, d'inspecteur·rices du travail, de conseiller·ères en prévention, de responsables hygiène et sécurité d'entreprise, de représentant·es du personnel, ou des salarié·es elles et eux-mêmes ? De quelles formes d'appropriation ces instruments font-ils l'objet, de la part des médecins du travail, des entreprises spécialisées qui les commercialisent, des institutions du champ de la santé publique, des gestionnaires des ressources humaines ou encore des responsables syndicaux·ales ? Comment réagissent les travailleur·ses qui y sont confronté·es, selon leurs propriétés sociales et leurs contextes d'activité ? Les subissent-elles et/ou en produisent-elles elles et elles-mêmes ? Pour répondre à ces questions et analyser la diffusion des dispositifs de surveillance et les effets juridiques, politiques, économiques et sociaux de celle-ci à partir d'enquêtes et de données originales, trois axes structurent le contenu de ce dossier.

4. Présentation des travaux du réseau Sentinelles sur la Covid 19 : <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=covid19>, consulté le 1^{er} décembre 2023.

Savoir, vouloir : la surveillance des risques professionnels en marche

Un premier axe de réflexion vise à décrire la montée en puissance de ces dispositifs de surveillance, les formes que ceux-ci prennent, les controverses qui les entourent, les savoirs qu'ils incorporent. Quels risques professionnels ont été étudiés, ont donné lieu à une surveillance particulière et lesquels ont été laissés dans l'ombre ? À quelles catégorisations de ces risques a-t-on eu recours, quelles modalités pratiques ont été pensées pour alimenter cette production de données sur le travail et la santé et la mise en évidence (ou non) des liens qui peuvent exister entre telle situation de travail et tel événement de santé ? Quelles connaissances la surveillance des risques professionnels produit-elle ? Quelles alertes sur la santé au travail peut-elle alimenter ?

Les articles retenus pour composer ce dossier thématique donnent plusieurs clés pour répondre à ces questions. D'abord, ils interrogent à nouveaux frais les limites des données historiquement disponibles pour prendre la mesure des risques professionnels. C'est tout particulièrement le cas des données de reconnaissance AT/MP. En effet, non seulement les AT/MP sont sous-déclarés, mais la contribution de **Delphine Serre** à ce dossier montre que ces données peuvent aussi être largement manipulées par des entreprises dans le cadre de stratégies de contestation sur le plan légal lorsque leurs salarié·es déclarent des dommages corporels induits par leur travail. Produit d'une hybridation entre science et droit, ces données sont le reflet de rapports de force tendanciellement favorables aux grandes entreprises qui ont les moyens de recourir à des cabinets d'avocats spécialisés afin d'alléger la note de la reconnaissance AT/MP. À un niveau agrégé, ces stratégies avantagent les acteur·rices dont les ressources leur permettent de « mettre en scène l'ignorance » pour contester la parole des travailleur·ses blessé·es ou malades et limiter le coût de la reconnaissance. Quand bien même les données AT/MP existent, rien ne garantit qu'elles favorisent *in fine* une meilleure protection des salarié·es. L'article de **Blandine Barlet, Louis-Marie Barnier, Elena Mascova, Arnaud Mias et Jean-Marie Pillon** le montre au sujet des travailleur·ses intérimaires. Bien que très nombreux·ses, ces salarié·es échappent largement aux acteur·rices chargé·es du suivi de l'état de santé des travailleur·ses, médecins du travail et préventeur·rices. Les données AT/MP à leur sujet existent pourtant, et font clairement état d'une suraccidentalité manifeste par comparaison avec les salarié·es permanent·es, comme le montrent les auteur·rices de l'article – avec 63,4 accidents pour 1 000 salarié·es dans l'intérim en 2019 contre 33,5 toutes branches confondues. Mais l'interprétation de ces données fait l'objet de luttes entre les entreprises qui emploient cette main-d'œuvre et celles qui y recourent, luttes dont le résultat exonère largement les secondes de leurs responsabilités et conduit à une forme d'inertie dommageable à la santé de ces travailleur·ses. Autrement dit, savoir que le risque existe ne suffit pas à vouloir mieux le prévenir.

Le déploiement des dispositifs de surveillance des risques professionnels est souvent le fruit d'une volonté politique forte. Mais dans un contexte d'ignorance structurelle et de processus de « production d'ignorance », vouloir ne suffit pas non plus à savoir. Les outils de surveillance étudiés dans les contributions à ce dossier sont souvent le produit de tâtonnements, d'hésitations, voire de bricolages. Leur destin apparaît dès lors marqué par une forme de contingence. **Romain Juston Morival** montre ainsi comment la cellule d'écoute créée en 2016 par la collectivité territoriale qu'il étudie a été initialement pensée comme un instrument de lutte contre les harcèlements et les discriminations, avant de devenir, de façon imprévue, un espace interne d'objectivation des facteurs de risque. De leur côté, **Blandine Barlet**, **Sarah Memmi** et **Nicolas Sandret** proposent un retour réflexif sur l'histoire d'une enquête devenue récurrente et centrale sur le sujet des expositions à des facteurs de risque en milieu professionnel : l'enquête *Sumer* initiée dès les années 1980 par le ministère du Travail. En restituant les choix méthodologiques qui ont été faits au fil des différentes versions de l'enquête et les bifurcations qu'ont dû effectuer ses concepteur-rices, les auteur-rices proposent de replacer cet outil de surveillance dans le contexte des luttes institutionnelles et politiques autour de la santé au travail en général, et de la médecine du travail en particulier. Mais, si riches soient-elles, ces initiatives institutionnelles ne suffisent pas toujours à mettre en place une action publique visant à corriger les biais structurels favorisant la sous-reconnaissance des maux du travail. L'enquête *Sumer* souffre ainsi non seulement des procès en légitimité que lui font régulièrement les représentant-es des employeur-ses, mais aussi et surtout des difficultés de l'inspection médicale du travail pour faire exister cette problématique au sein du ministère du Travail.

Pouvoir : les usages sociaux de la surveillance des risques professionnels

Si les concurrences entre acteur-rices privées, publiques, syndicales et associatives sont si vives autour de la surveillance des risques professionnels, c'est à l'évidence parce que celle-ci constitue un enjeu de pouvoir. Les liens de causalité entre travail et santé renvoient en effet à des questions de responsabilités, elles-mêmes connectées à des enjeux de financement de l'indemnisation des maux du travail. Les acteur-rices qui initient et mettent en œuvre la surveillance des risques professionnels et de leurs effets sur la main-d'œuvre ont tous-tes un agenda politique. En rendre compte permet de mieux comprendre les contours parfois inattendus de ces dispositifs de surveillance.

La surveillance de la santé au travail est au cœur de luttes et de jeux de concurrence qui peuvent produire de nouvelles initiatives en la matière. Certes, les plans Santé travail qui se succèdent depuis 2004 ont sans doute eu pour effet de donner aux acteur-rices public-ques la possibilité de mieux se coordonner, si ce n'est de moins

se concurrencer. Et plusieurs des articles de ce dossier donnent à voir des tentatives réussies d'objectivation des maux du travail portées par les travailleur·ses concerné·es, en particulier lorsqu'ils et elles parviennent à se constituer en collectifs, à mobiliser des professionnel·les rompu·es à la mesure et à l'objectivation des risques (médecins, épidémiologistes, toxicologues, voire sociologues), et à engager un rapport de force avec leurs employeur·ses, renouant ainsi avec des répertoires d'action initiés durant les années 1968, en matière d'enquêtes ouvrières, de mobilisation des savoirs profanes et d'alliances entre experts certifiés et « experts bruts » en vue de produire des contre-expertises sur les risques professionnels (PITTI, 2010 ; MARICHALAR, PITTI, 2013). La plus emblématique de ces mobilisations est sans doute celle des fonctionnaires qui, rassemblé·es dans le Tripode à Nantes et exposé·es à l'amiante floquant les murs du bâtiment, qu'étudient **Renaud Bécot, Clémentine Comer, Gabrielle Lecomte-Ménahès, Anne Marchand et Pierre Rouxel**, se sont dénommé·es « Collectif 350 tonnes et des poussières ». Face aux atermoiements des administrations concernées, les syndicats représentant ces agent·es entreprennent de peser de tout leur poids dans la mise en œuvre d'une enquête épidémiologique et dans l'interprétation des données que celle-ci produit, afin de s'assurer qu'elle débouche sur la reconnaissance du préjudice subi par les travailleur·ses concerné·es. De la même manière, **Jorge Muñoz, Marie Ghis Malfilatre, Quentin Durand-Moreau et Annie Thébaud-Mony** rendent compte d'une recherche-action conduite en lien avec un autre collectif – celui des irradiés de l'Île Longue –, qui réunit d'anciens travailleurs civils de l'industrie nucléaire militaire employés au montage des missiles et à la maintenance des sous-marins nucléaires en rade de Brest. Ces travailleurs se voient opposer l'argument du secret-défense pour qu'ils ne documentent pas leurs propres expositions, et font face aux lacunes du suivi post-professionnel auquel ils ont théoriquement droit mais dont la mise en œuvre apparaît complexe et inefficace. L'appui de sociologues et de médecins permet alors à ce groupe de produire des données alternatives pour attester la réalité de ces expositions.

Symétriquement, les employeurs peuvent également chercher à tirer parti de la surveillance des risques professionnels, et pas seulement, comme c'est courant, tenter d'y échapper ou d'en minimiser la portée. En proposant leurs propres outils de surveillance, il leur est possible de mieux connaître et de tenter parfois de contrôler ce qui est surveillé, dans un objectif de limitation du coût de la prise en charge des maux répertoriés. C'est ce que montre l'article de **Scarlett Salman**, qui rend compte de l'appropriation par une grande entreprise du secteur bancaire des instruments de mesure des risques psychosociaux au travail. L'autrice souligne comment cette appropriation réoriente ces instruments vers un nouvel enjeu, celui de la mesure de la « qualité de vie au travail ». Si le dispositif promeut bien une meilleure santé des salarié·es, il déconnecte largement cette dernière des facteurs de risque présents sur le lieu de travail, éloignant ainsi le spectre d'une reconnaissance de la responsabilité de l'employeur dans les souffrances psychiques induites par les modes d'organisation du travail. De la même manière, les grandes entreprises des secteurs à risque utilisent la

formation de leurs salarié·es pour leur transmettre les modes de présentation qu'elles ont préalablement construits des dangers existant sur le lieu de travail. C'est ce que montre **Edwige Rémy** dans son article sur la socialisation aux dangers d'opérateurs débutants en raffinerie de pétrole, qui donne à voir les efforts déployés par l'industriel pour former les salariés à la prévention des risques auxquels ceux-ci peuvent être exposés. L'article rend cependant également compte des marges de manœuvre dont bénéficient les formateurs de ces salariés débutants pour se démarquer sensiblement de la *doxa* managériale en la matière.

Le déploiement de ces nouvelles formes de surveillance des risques professionnels est corrélé au déclin du groupe d'acteurs historiquement le plus central dans les politiques de prévention au sein de ce champ : les médecins du travail. On en croise la figure dans nombre d'articles réunis dans ce dossier, et plusieurs contributions évoquent directement l'affaiblissement de leurs prérogatives et de leur pouvoir d'agir. C'est tout particulièrement le cas de celle de **Lucie Horn**, qui souligne comment le rôle de ces praticiens a évolué dans le temps et comment leur autonomie est de plus en plus réduite par les réorganisations légales et managériales du secteur de la santé au travail. Dans ce contexte, le suivi de fond de l'état de santé de la main-d'œuvre devient une activité de moins en moins au cœur de l'exercice de la médecine du travail. Il est remplacé par la mise en place de procédures et d'une surveillance « de papier », qui plus est de plus en plus sélective, comme la loi de 2021 sur la santé au travail l'a acté, en ne réservant les visites médicales annuelles qu'à certaines catégories de salarié·es, identifiées comme « les plus à risques » (travailleur·ses de nuit, exerçant certaines activités ou dans certains secteurs, etc.). Il en découle des angles morts parfois béants : ainsi, **Blandine Barlet**, **Louis-Marie Barnier**, **Elena Mascova**, **Arnaud Mias** et **Jean-Marie Pillon** soulignent à quel point la population des intérimaires échappe au regard de la médecine du travail en entreprise. Alors que la sinistralité en matière d'accidents du travail est bien connue pour ces salariés intérimaires, et coûteuse pour la collectivité, le suivi de l'état de santé de cette population est minimaliste, montrant à quel point surveiller, voire alerter et même savoir ne sont pas du tout équivalents à agir quand de puissants intérêts économiques et systémiques sont en jeu. Ces cinq auteur·rices mettent en particulier au jour le rôle que joue la coresponsabilité insuffisamment assumée entre entreprises utilisatrices de main-d'œuvre intérimaire et entreprises de travail temporaire en matière d'AT/MP, qui accroît la difficulté structurelle à effectuer le suivi sanitaire de cette population de travailleur·ses par définition très mobiles. On retrouve un constat similaire sous la plume de **Blandine Barlet**, **Sarah Memmi** et **Nicolas Sandret** : leur analyse de l'enquête *Sumer* montre même que l'érosion de l'autonomie des médecins du travail, placés au cœur de ce dispositif d'objectivation de l'exposition professionnelle aux facteurs de risques chimiques, physiques et psychiques, met aujourd'hui en péril la pérennité de cette enquête.

Compter : les effets de la surveillance des risques professionnels pour les travailleur·ses

Au bout du compte, le déploiement de ces dispositifs de surveillance des risques professionnels offre-t-il une meilleure protection aux travailleur·ses ? Quelles actions ou inactions résultent de la diffusion et de l'usage de ces données renseignant les liens entre travail et santé ? Quels obstacles rencontrent leurs circulations et leurs mobilisations ? À l'inverse, quels développements et quelles décisions permettent ces données, munies parfois de la force des chiffres, force tenue pour aussi, sinon davantage, légitime que celle des cas cliniques ? Comment « ignorer ce que l'on sait » (JOUZEL, 2019), ne pas agir (HENRY, 2017) ou réagir quand des données objectivant les risques sont produites et diffusées, en particulier sur les lieux de travail ?

Les contributions rassemblées dans ce dossier le montrent : prendre au sérieux les acteur·rices et les instruments de la surveillance des risques professionnels n'implique en aucun cas d'abandonner toute perspective critique sur la santé au travail. Dans leur article sur les irradiés de l'Île Longue, **Jorge Muñoz**, **Marie Ghis Malfilatre**, **Quentin Durand-Moreau** et **Annie Thébaud-Mony** mettent précisément en évidence les dysfonctionnements qui neutralisent un outil pourtant prévu pour assurer une meilleure traçabilité des expositions professionnelles les plus dangereuses après la retraite des salariés. Ce suivi post-professionnel doit en effet être activé par les travailleurs eux-mêmes, alors que ceux-ci ne sont pas toujours informés de leur droit au suivi. N'étant plus vus par la médecine du travail, ils ont d'autant moins de chances d'être orientés vers ce droit que les médecins, généralistes comme spécialistes, auxquels ils ont affaire sont très peu formé·es sur les questions médico-administratives liées aux enjeux de santé au travail. L'existence d'un dispositif de suivi post-professionnel ne garantit donc en rien que ces travailleurs puissent connecter l'éventuelle dégradation de leur état de santé aux facteurs de risque auxquels ils ont été exposés durant leur carrière.

On retrouve cette approche critique des dispositifs de surveillance de la santé des salarié·es dans l'article que **Scarlett Salman** consacre à la mesure du stress au travail dans une grande banque. L'autrice met en évidence les glissements progressifs par lesquels cette démarche de mesure des risques psychosociaux se trouve requalifiée en mesure de la « qualité de vie au travail », puis du « bien-être au travail », par le biais d'une traduction sous une forme « positive » des questions classiquement posées aux salarié·es pour objectiver leur niveau de stress. S'ils entraînent une certaine neutralisation des méfaits du travail sur la santé mentale des travailleur·ses, ces glissements ne sont pas sans effets, notamment managériaux : les mesures du bien-être au travail réalisées ouvrent en effet de nouvelles possibilités de comparaison entre les différents services de la firme afin de repérer ceux où le niveau de stress apparaît le plus important. La cellule d'écoute mise en place dans la grande collectivité territoriale étudiée par **Romain Juston Morival** a également le même effet inattendu par la mise en série de cas qu'effectuent les écoutantes, qui permet d'identifier des services où existent des problèmes, ouvrant alors l'horizon d'un usage managérial des informations recueillies.

Compter, enfin, n'est pas non plus neutre en matière de savoirs produits : si la mesure a des affinités avec certains savoirs, comme l'épidémiologie, mais aussi la toxicologie où des seuils, des valeurs limites, des concentrations sont bien issus d'un travail de mesure, elle peut à l'inverse s'opposer à l'approche clinique qui a longtemps irrigué bon nombre de savoirs et surtout de pratiques médicales. Dans sa contribution, **Lucie Horn** met ainsi en évidence la marginalisation croissante, au sein de services de santé au travail, des approches de « clinique médicale du travail », centrées sur les récits des salarié·es, au profit de démarches standardisées d'évaluation des risques. Ces différents savoirs s'opposent moins qu'ils ne se complètent en réalité, même si, comme Nicolas DODIER (1993) l'a montré dans un ouvrage précurseur paru il y a trente ans, de nombreuses tensions épistémologiques et pratiques parcourent les manières dont les médecins du travail reçoivent, auscultent, diagnostiquent, écoutent (ou pas), connaissent, décident face aux corps des salarié·es, tout en se rendant (de moins en moins) aussi sur les lieux de travail pour y analyser les conditions de travail et y déceler les risques. La mise en chiffres que présupposent beaucoup des dispositifs de surveillance dont ce dossier a souhaité à son tour prendre la mesure peut ainsi marginaliser certaines formes de connaissance médicale pourtant pertinentes pour objectiver les effets du travail sur la santé (DAGIRAL *et al.*, 2016 ; GILLES, 2016).

Au terme de la lecture des articles réunis dans ce dossier, il est clair que de nombreuses données, aujourd'hui produites de manière routinisée, permettent, en théorie, de mieux repérer et comprendre les effets néfastes du travail sur la santé. C'est d'abord la diversité des dispositifs de surveillance qui apparaît : suivi post-professionnel, document unique d'évaluation des risques, questionnaires *ad hoc* sur le stress des salarié·es d'une entreprise, formation à la santé-sécurité au travail, grandes enquêtes statistiques, etc. Cette diversité est sans doute à la mesure de celle, multiforme, des risques professionnels, aux conséquences plus ou moins graves, aux effets plus ou moins immédiats, et appréciés différemment selon les travailleur·ses et les contextes professionnels. Cette hétérogénéité des dispositifs, manifeste dans le dossier, permet donc aussi de toucher du doigt le caractère éclaté et fragmentaire des données sur les expositions professionnelles aux facteurs de risque et sur leurs effets sur la santé des travailleur·ses. Dans ce contexte, de larges pans du problème restent dans l'ombre : santé des intérimaires, santé des indépendants (à « la singulière bonne santé » soulignent Élisabeth ALGAVA, Catherine CAVALIN et Sylvie CÉLÉRIER, 2012), santé des travailleur·ses dont le statut ou les activités sont marqués par des formes d'irrégularité aux yeux du droit, à l'image des travailleur·ses étranger·es sans-papiers (DÉCOSSE, 2008) ou des prostitué·es (MATHIEU, 2002). De plus, de nombreux obstacles empêchent le passage des connaissances produites à une meilleure reconnaissance des maux du travail. Horizon toujours possible des disputes autour de la santé au travail, le tribunal apparaît dans les faits comme une perspective souvent lointaine pour les acteur·rices de ces luttes. Il n'est en effet envisagé qu'en dernier recours par les salarié·es, les obstacles étant nombreux pour saisir une institution judiciaire spécialisée et qui le reste encore fortement en dépit de la fusion des tribunaux des affaires sociales

dans des pôles inclus dans les tribunaux de grande instance réalisée en 2019. Comme le montre **Delphine Serre** dans sa contribution à ce dossier, la technicité du droit en la matière, mais aussi des savoirs administratifs et médicaux qui y ont cours, n’y facilite pas la reconnaissance et la prise en charge des maladies professionnelles, d’autant qu’elle est associée à des ressources – par exemple la capacité de recours à des cabinets d’avocats spécialisés – dont sont très inégalement doté·es les acteur·rices en conflit : salarié·es, employeurs et administration.

Malgré sa richesse et cette diversité des dispositifs et des acteurs et actrices dont il se fait l’écho, ce dossier est toutefois marqué par plusieurs absences qui pourraient être autant d’occasions d’engager des enquêtes futures. Ainsi, la question des spécificités de la santé au travail et de ses dispositifs de surveillance par rapport à la santé publique, bien qu’abordée en creux dans l’article revenant sur l’enquête *Sumer*, n’a pas été directement travaillée, alors que les réformes récentes – et certains dispositifs de surveillance – tendent à des rapprochements entre ces deux domaines. Par ailleurs, si les articles réunis ici permettent d’aborder une pluralité de populations salariées – des travailleur·ses de la fonction publique de divers territoires (ouvriers d’État à Brest, employé·es de l’administration nationale déconcentrée à Nantes, fonction publique territoriale en région parisienne), des intérimaires, des salarié·es d’une grande banque ou des opérateurs d’usines Seveso –, certains secteurs pourtant accidentogènes ou caractérisés par des conditions de travail difficiles, comme la santé et le social, l’agriculture ou le bâtiment, ne sont pas présents. De même, les articles évoquent la diversité des professionnel·les chargé·es de la santé au travail, au-delà des seul·es médecins du travail : écoutant·es, formateur·rices, préventeur·rices, concepteur·rices et opérateur·rices d’enquêtes nationales, avocat·es et juges spécialisé·es, mais aussi managers, élu·es au sein des comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et syndicalistes sont rencontré·es dans ce dossier. Cependant, des acteurs opérant pourtant de longue date dans le champ de la santé au travail sont absents : il en est ainsi de l’Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail (Anact), créée il y a cinquante ans, et de l’Institut national de recherche sur la sécurité (INRS), ou des agents des Caisses d’assurances retraite et de la santé au travail (Carsat). Ces institutions gagneraient à être étudiées au prisme de leur contribution à la mise sous surveillance de la santé des salarié·es. Surtout, certaines dimensions, pourtant importantes à prendre en compte pour analyser les modalités, les effets et les points aveugles des dispositifs de surveillance étudiés dans ce dossier, sont peu explorées. On peut penser aux effets de genre mais aussi aux dimensions raciales, aux conséquences des trajectoires migratoires ou encore aux effets de génération, plus largement aux rapports sociaux particulièrement marqués dans tel ou tel secteur du monde du travail, et aux risques professionnels que ceux-ci accentuent, lesquels sont peu abordés.

Enfin, on peut s’attendre à ce que les travaux traitant de la pandémie de Covid-19, encore trop récents pour figurer dans ce dossier, produisent des résultats à même de renouveler notre compréhension de la santé au travail et de ses dispositifs de surveillance. Cette pandémie et sa gestion, depuis 2020, cristallisent en effet pour une

bonne part les interrogations évoquées dans ce dossier, nourrissant des politiques de surveillance, des polémiques sur des outils et des dispositifs (des masques aux tests, en passant par les outils de *tracking*), des remises en cause de l'action publique. Toutes s'invitent sur les lieux de travail, à l'hôpital mais aussi dans toutes les entreprises, les associations et les activités, marchandes ou non, qui ont été percutées par le confinement (MARIOT *et al.*, 2021) puis par les modalités, plurielles, du déconfinement qui ont marqué les années 2020 et 2021. En la matière, si la recherche s'est mobilisée pour étudier cette crise (y compris par le biais de financements spécifiques des pouvoirs publics), que ce soit en analysant les modalités de sa gestion, les instruments et dispositifs de surveillance qui ont été profondément bousculés à cette occasion, ou encore ses conséquences particulièrement inégalitaires dans le domaine du travail, aucun article de ce dossier n'y fait référence. Bien d'autres publications y pourvoient déjà et le feront, sans nul doute, à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

ALGAVA É., CAVALIN C., CÉLÉRIER S. (2012), « La singulière bonne santé des indépendants », *Travail et Emploi*, n° 132, p. 5-20.

AMOSSÉ T., DUCOUDRÉ B., ERHEL C., MIAS A., OLLIVIER C., PEUGNY C., PITTI L., RIEUCAU G., SIMONNET V. (2019), « Passer en revue quarante ans de *Travail et Emploi* », *Travail et Emploi*, n° 158, p. 7-42.

BARLET B. (2019), *La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels*, Toulouse, Octarès.

BARLET B., PRETE G. (2021), *La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020)*, rapport de recherche, CRD Anses/Inserm (Iris).

BENQUET M., MARICHALAR P., MARTIN E. (2010), « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, n° 79, p. 121-143.

BETANSEDI C.-O. (2018), « Quelle(s) épidémiologie(s) pour la santé au travail ? Réflexions à partir des cancers professionnels », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [en ligne], vol. 20, n° 1. <https://doi.org/10.4000/pistes.5604>

BRUNIER S., JOUZEL J.-N., PRETE G. (2020), « L'ignorance en chaîne : la sous-reconnaissance des hémopathies professionnelles liées aux pesticides », in Cavalin C., Henry E., Jouzel J.-N., Péliisse J. (dir.), *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines, p. 215-234.

BRUNO A.-S. (2008), « Quelques perspectives sur les travaux récents en "santé et travail". Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 71-96.

- BUTON F., PIERRU F. (2012), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, vol. 1, n° 4, p. 67-90.
- CAVALIN C., HENRY E., JOUZEL J.-N., PÉLISSÉ J. (dir.) (2020), *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines.
- CAVALIN C., HENRY E., JOUZEL J.-N., PÉLISSÉ J. (2021), « De la loi de 1919 à la Covid-19. L'histoire sans fin de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles », *Raison présente*, n° 218, p. 57-66.
- COLLARD D. (2012), « Dénier du travail et tyrannie des normes. Quand les normes de service deviennent une fin en soi à la SNCF », *Travail et Emploi*, n° 132, p. 35-48.
- COUNIL É. (2019), « Le travail comme analyseur des tensions dans la construction épidémiologique de causes et de responsabilités », *Sociologie du travail* [en ligne], vol. 61, n° 2. <https://doi.org/10.4000/sdt.18116>
- CRÉSPIN R., LHUILIER D., LUTZ G. (dir.) (2017), *Se doper pour travailler*, Toulouse, Érès.
- CRU D. (2014), *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*, Toulouse, Érès.
- DAGIRAL É., JOUZEL J.-N., MIAS A., PEERBAYE A. (2016), « Mesurer pour prévenir ? Entre mise en nombre et mise en ordre », *Terrains & travaux*, n° 28, p. 5-20.
- DÉCOSSE F. (2008), « La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ? », *Études rurales*, n° 182, p. 103-120.
- DODIER N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, éditions Métailié.
- FLOCKS J. D. (2012), « The Environmental and Social Injustice of Farmworker Pesticide Exposure », *Georgetown Journal on Poverty Law & Policy*, vol. 19, n° 2, p. 255-282.
- GILLES M. (2016), « Des chiffres pour quels usages ? Tensions autour des statistiques du travail », *Terrains & travaux*, n° 28, p. 131-151.
- GOLDBERG M., IMBERNON E. (2008), « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail ? Le rôle de l'Institut de veille sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 19-44.
- HENRY E. (2007), *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.
- JOUZEL J.-N. (2013), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, éditions de l'EHESS.
- JOUZEL J.-N. (2019), *Pesticides. Comment ignorer ce que l'on sait ?*, Paris, Presses de Sciences Po.
- JOUZEL J.-N., PÉLISSÉ J. (2021), « Surveiller sans savoir. Le destin contrarié d'une cohorte épidémiologique de travailleurs exposés aux nanomatériaux », *Revue d'anthropologie des connaissances* [en ligne], vol. 15, n° 4. <https://doi.org/10.4000/rac.23769>

- MARCHAND A. (2022), *Mourir de son travail aujourd'hui. Enquête sur les cancers professionnels*, Paris, Les Éditions de l'Atelier.
- MARICHALAR P. (2017), *Qui a tué les verriers de Givors ? Une enquête de sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- MARICHALAR P., PITTI L. (2013), « 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, p. 114-131.
- MARIOT N., MERCKLÉ P., PERDONCIN A. (dir.) (2021), *Personne ne bouge. Une enquête sur le confinement du printemps 2020*, Grenoble, UGA éditions.
- MARKOWITZ D., ROSNER G. (2002), *Deceit and Denial. The Deadly Politics of Industrial Pollution*, Berkeley, University of California Press.
- MATHIEU L. (2002), « La prostitution, zone de vulnérabilité sociale », *Nouvelles Questions féministes*, vol. 21, n° 2, p. 55-75.
- MOLINIER P. (2010), « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle Revue de psychosociologie*, n° 10, p. 99-110.
- MURPHY M. (2006), *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty. Environmental Politics, Technoscience and Women Workers*, Durham (N. C.), Duke University Press.
- OMNÈS C., PITTI L. (dir.) (2009), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX^e siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- PITTI L. (2010), « Experts “bruts” et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, n° 91, p. 103-132.
- PLATEL S. (2009), « La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser... », *Mouvements*, n° 58, p. 46-55.
- PONGE R. (2018), *Pour ne plus perdre son esprit au travail. Sociologie historique d'une pré-occupation syndicale pour la santé des travailleur·ses (1884-2007)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Saclay.
- PROCTOR R., SCHIEBINGER L. (eds) (2008), *Agnology: The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford, Stanford University Press.
- THÉBAUD-MONY A. (2006), « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, p. 18-31.
- THÉBAUD-MONY A. (2014), *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte.
- VERDIER É. (2012), « 5. La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », in Courtet C. et Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, p. 103-122.

Défaire sa responsabilité financière en matière de risques professionnels

Les stratégies documentaires des avocat·es d'employeurs

*Delphine Serre**

Depuis les années 2000, des grandes entreprises multiplient les procès, avec l'objectif de faire baisser leur taux de cotisation, et contestent les maladies professionnelles ou les accidents du travail qui ont été reconnus pour leurs salarié·es. À partir d'une enquête menée dans des tribunaux entre 2015 et 2020, l'article analyse les pratiques d'objectivation des données et d'argumentation mises en œuvre par les avocat·es d'employeurs pour invisibiliser l'origine professionnelle de certains maux et déresponsabiliser financièrement l'entreprise. Il montre comment les avocat·es utilisent les documents de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles pour identifier et sélectionner, selon un critère financier, les griefs portés sur la scène judiciaire, puis comment elles et ils encouragent la production de données médicales pour construire leur dossier juridique et obtenir gain de cause. L'article étudie enfin la manière dont les avocat·es d'employeurs transfigurent cette cause financière en croisade morale et font parfois des documents et de leur caractère impersonnel le ressort de leur posture déontologique et le support de leur confort émotionnel.

La méconnaissance de certains risques professionnels et de leurs effets sur la santé n'est pas la seule conséquence d'un déni ou d'un défaut de savoirs. Nombre de travaux en sociologie et en histoire montrent que l'ignorance est aussi le résultat de stratégies actives, de la part des employeurs, pour accumuler des données visant à occulter le lien entre travail et atteintes à la santé. Ces stratégies se déploient notamment au moment de la définition juridique des maladies professionnelles, quand experts scientifiques et médecins sont mis à contribution. L'enjeu est alors pour les entreprises, qui assument le coût de la réparation, de limiter en amont les possibilités de reconnaissance des maladies liées au travail. La prise en charge et l'indemnisation des victimes par la

* Centre de recherche sur les liens sociaux (Cerlis), Université Paris Cité ; delphine.serre@u-paris.fr.

Sécurité sociale ne font cependant pas disparaître les controverses autour de l'origine professionnelle des accidents et des pathologies : même une fois officiellement établie, celle-ci peut encore faire l'objet de mises en doute à travers la mobilisation de nouvelles données. Ainsi, depuis les années 2000, des grandes entreprises multiplient les procès pour contester les maladies professionnelles ou les accidents du travail qui ont pourtant été reconnus par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour leurs salarié·es. En attaquant les décisions de la Sécurité sociale, les entreprises ont pour objectif de faire baisser leur taux de cotisation AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles) en obtenant que ces sinistres ne soient plus pris en compte dans le calcul de ce dernier. Ce contentieux, décrit par l'Assurance maladie comme « quasi industriel » (SEILLER, 2011, p. 58), l'a amenée en 2012 à rembourser 293,2 millions d'euros de cotisations aux entreprises. Si le volume du contentieux et le montant des remboursements se sont réduits depuis cette date, à la suite de plusieurs réformes et de la mise en place de nouvelles règles d'instruction au sein des caisses, 46 344 affaires étaient toujours en cours dans différentes juridictions fin 2017 (COUR DES COMPTES, 2018, p. 295) et la Cour des comptes, en 2023, continue de parler de « contentieux en série » (COUR DES COMPTES, 2023, p. 357). Ces affaires sont un observatoire privilégié des stratégies déployées par les employeurs pour invisibiliser le lien entre santé et travail alors même que la Sécurité sociale l'a reconnu. L'enjeu de cet article est d'étudier les logiques d'action et les pratiques des avocat·es qui sont à l'origine de ce contentieux de masse et qui, pour exonérer les grandes entreprises de leur responsabilité financière dans la production des risques professionnels, utilisent et produisent des données spécifiques. Il vise à éclairer un pan méconnu de la judiciarisation de la santé au travail, saisie habituellement à travers les procès intentés par des salarié·es pour faire reconnaître l'origine professionnelle de leurs maux et/ou la faute inexcusable de leur employeur (HENRY, 2003 ; MARICHALAR, 2017 ; SERRE, 2020 ; 2021).

Les contestations des accidents du travail et des maladies professionnelles produisent une invisibilité du lien entre travail et santé en défaisant la responsabilité financière de l'entreprise à l'égard de sinistres survenus dans ses établissements. Concrètement, l'enjeu de la procédure judiciaire intentée par l'employeur est d'obtenir une décision qui déclare que l'accident du travail ou la maladie professionnelle lui est « inopposable » : il est alors « libéré de son obligation de payer » (KEIM-BAGOT, 2015, p. 387), voire remboursé des cotisations payées à tort, dans la mesure où le sinistre inopposable n'entre plus dans le calcul de son taux de cotisation AT/MP mais est reporté sur l'ensemble des entreprises, *via* un « compte spécial » mutualisé. Les salarié·es concerné·es restent quant à elles et eux indemnisé·es au titre de la législation des risques professionnels du fait du « principe de l'indépendance des rapports » entre la caisse et l'employeur et entre la caisse et la victime (LE FISCHER, PRÉTOT, 2018, p. 602) : la décision d'inopposabilité ne les affecte pas et ces salarié·es ne sont d'ailleurs la plupart du temps pas au courant de la procédure engagée par leur entreprise¹. Ces

1. Les salarié·es ont donc toujours la possibilité de faire un recours contre leur employeur pour faute inexcusable, même quand il y a eu une décision d'inopposabilité.

stratégies d'invisibilisation se sont développées au moment où les pouvoirs publics ont accentué la transparence du lien entre tel sinistre et tel coût pour renforcer la tarification comme outil d'incitation à la prévention (encadré). Alors que le risque avait été au cœur de la construction du dispositif assurantiel à la fin du XIX^e siècle, en opérant la scission entre la responsabilité juridique et l'imputation financière (EWALD, 1986), les nouveaux modes d'appropriation de la technologie statistique du risque dans les années 2000 donnent à voir, à l'inverse, un processus de déresponsabilisation financière.

Les avocat·es jouent un rôle central dans ce processus d'invisibilisation de la responsabilité financière des grandes entreprises en matière de risques professionnels. Ce sont elles et eux qui engagent les procédures devant les tribunaux pour contester le lien entre le travail, le sinistre reconnu par la caisse primaire d'assurance maladie et l'état de santé d'un·e salarié·e. Cette mise en cause *a posteriori* des décisions des CPAM repose sur la mobilisation de documents spécifiques, qui peuvent être de nature financière ou médicale, et qui comportent des informations individuelles et nominatives sur les salarié·es. L'analyse des usages de ces documents par les avocat·es éclaire le mécanisme paradoxal par lequel l'accumulation de données, en aval de la reconnaissance du

ENCADRÉ

Une tarification du risque à visée rétroactive

En 1946, avec son intégration à la Sécurité sociale, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est devenue obligatoire et a acquis une visée préventive (DREYFUS *et al.*, 2006). Dédiée, depuis la loi fondatrice de 1898, au seul financement de la réparation, la tarification des risques est dès lors censée inciter les entreprises à mettre en place des mesures de prévention grâce à une convention de mesure indexant leur taux de cotisation sur leur taux de sinistralité. La finalité préventive de cette « tarification à l'expérience » (LENGAGNE, 2017, p. 52) structure toujours le système de tarification actuel, qui décline le mode de calcul des taux de cotisation AT/MP selon la taille des entreprises : les petites entreprises de 1 à 19 salarié·es sont soumises à un taux collectif, celles de taille moyenne (de 20 à 149 salarié·es) à un taux mixte et les grandes entreprises de plus de 150 salarié·es ont un taux individuel indexé sur leur sinistralité propre.

Les seuils et les modes de calculs ont néanmoins été l'objet de multiples réformes pour renforcer l'incitation à la prévention, jugée insuffisante dans plusieurs rapports officiels (BRAS, 2007). La tarification actuelle, émanant du décret du 5 juillet 2010, a accru le poids de la tarification individuelle en abaissant le seuil de son application de 200 à 150 salarié·es, tout en introduisant un coût moyen, par type d'accident et par secteur d'activité, pour permettre aux employeurs d'anticiper plus facilement les coûts et de les éviter par des mesures de prévention. Chaque convention de mesure produit ainsi une hiérarchie spécifique des sinistres selon le poids financier de ces derniers. Les données de tarification AT/MP, qui ont longtemps été les seuls chiffres disponibles pour connaître les dégâts du travail sur la santé, acquièrent dès lors un statut d'indicateur statistique visant à produire une « rétroaction » sur le comportement des acteurs (DESROSIÈRES, 2014, p. 37).

lien entre santé et travail, peut participer à l'invisibilisation de celui-ci. Comment les avocat·es se procurent-ils ou produisent-ils les documents à l'appui de leur procédure ? Comment les utilisent-ils dans la construction de leur dossier juridique ? Selon quelles logiques professionnelles se les approprient-ils ? Les usages de ces documents seront analysés comme un révélateur de la manière dont des données individuelles relatives à la santé au travail peuvent être l'objet de stratégies d'appropriation collective et renforcer une surveillance *a posteriori* des décisions de reconnaissance d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces données individuelles à fort enjeu collectif posent aussi, du fait de leur nature même, des questions particulières relatives à leur usage : comment se joue la tension entre transparence et secret médical au moment de leur acquisition et de leur diffusion ? Comment la mise à distance de la souffrance des salarié·es, produite mécaniquement par la forme scripturale de ces données, pèse-t-elle sur le mode d'appropriation par les avocat·es et est-elle réinterprétée selon des registres de justification moraux et émotionnels ?

L'analyse des usages de ces documents dans le cadre de stratégies judiciaires contentieuses s'inscrit dans une perspective de sociologie du droit attentive aux pratiques et aux logiques professionnelles qui sous-tendent l'interprétation des règles juridiques. Si le droit contraint les acteurs et actrices – ici, les entreprises et leurs avocat·es –, ces dernier·ères participent aussi à le configurer et à le faire évoluer (BESSY *et al.*, 2011). Les documents qu'elles et ils mobilisent s'inscrivent dans ce double mouvement : objets matériels qui (dé)limitent l'espace des possibles juridiques et des recours, ils peuvent aussi devenir des pièces du dossier et être au cœur de la fabrication du litige. L'analyse menée ici de la « managérialisation du droit » (EDELMAN, 2011) cherche également à mettre au jour les profits matériels et/ou symboliques que les professionnel·les tirent du pouvoir universalisant du droit pour justifier leur activité et asseoir leur position dans le champ juridique (BOURDIEU, 1986). À la fois contrainte, ressource et source de légitimité, le droit façonne les usages que les avocat·es peuvent faire des documents quand elles et ils saisissent les tribunaux.

Je commencerai par présenter l'enquête sur laquelle l'article s'appuie et les grandes caractéristiques de ce contentieux de « l'inopposabilité ». Je montrerai ensuite comment, en pratique, chaque étape de la construction d'une affaire, de l'identification du grief à la fabrication du litige (FELSTINER *et al.*, 1991), s'appuie sur des documents spécifiques. J'expliquerai comment les avocat·es qui défendent les entreprises utilisent les données financières pour identifier et sélectionner les affaires portées devant les tribunaux, puis comment elles et ils encouragent la production de données médicales pour construire leur dossier juridique et obtenir gain de cause. J'analyserai enfin la manière dont ces professionnel·les du droit transfigurent cette cause financière en croisade morale, en faisant des documents non simplement et uniquement le fondement de leur compétence mais aussi le socle de leur posture.

Le contentieux de l'inopposabilité dans les tribunaux

Les procès qui contestent les décisions d'accidents du travail et de maladies professionnelles concernent particulièrement les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) – devenus les « pôles sociaux » des tribunaux judiciaires en 2019. Les décisions rendues par ces juridictions ont engendré 72,6 millions d'euros de remboursements de cotisations en 2021 (ASSURANCE MALADIE, 2022, p. 31)².

L'enquête dans des juridictions sociales

Le matériau recueilli s'inscrit dans une recherche qui porte sur le traitement judiciaire des accidents du travail et des maladies professionnelles. Initiée en 2015 pour appréhender des cas d'accidents du travail non reconnus par les CPAM et habituellement invisibilisés³, l'enquête dans les tribunaux a fait apparaître, à côté des procès intentés par les salarié·es, des litiges encore plus nombreux à l'initiative des employeurs. L'enquête auprès des juges, des assesseur·es⁴, des représentant·es des CPAM et des avocat·es de salarié·es a alors été élargie aux avocat·es d'employeurs. Six d'entre eux et elles, qui avaient été observé·es pendant des audiences, ont été interrogé·es en entretiens entre 2015 et 2020, parfois à deux reprises. Un entretien avec une juriste ayant exercé dans une société d'audit très impliquée dans ce contentieux a également été mené.

En plus de la cinquantaine d'affaires observées en audiences portant sur des demandes d'inopposabilité d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, un corpus représentatif de 229 jugements a été constitué pour cerner les caractéristiques de ce contentieux⁵. Ce corpus regroupe la moitié des décisions prises par les 115 TASS de France en juin 2017 en matière d'inopposabilité d'accidents du travail. D'après cette source, et conformément aux observations, les affaires de contestation d'accidents du travail sont presque trois fois plus nombreuses que les affaires impliquant des salarié·es en demande d'une reconnaissance de leur accident (458 décisions contre 160 en juin 2017).

L'enquête qualitative menée sur plusieurs années, dans les TASS puis les pôles sociaux, a permis de saisir l'évolution des stratégies des avocat·es défendant les entreprises et de les mettre en relation avec les changements de la configuration juridique et technique dans laquelle elles et ils interviennent.

2. Cette somme représente 32 % des 227 millions d'euros remboursés en 2021 aux entreprises à la suite de décisions de justice, toutes juridictions confondues. Les cotisations patronales pour la branche AT/MP s'élèvent alors à 13 milliards d'euros.

3. Cette partie de l'enquête a bénéficié d'un financement de l'Institut des études et de la recherche sur le droit et la justice et a donné lieu à un rapport (SERRE, KEIM-BAGOT, 2022).

4. Les assesseur·es sont les juges non professionnels, représentant les organismes patronaux et les syndicats de salarié·es, qui siègent aux côtés des magistrat·es professionnel·les dans les TASS/pôles sociaux mais qui ont peu d'influence sur les décisions.

5. Ce corpus a été constitué grâce à une convention avec le ministère de la Justice qui avait recueilli la totalité des jugements rendus par les TASS pendant un mois, dans le cadre de son enquête « Contentieux social » (soit 11 000 décisions, tous organismes de sécurité sociale et tous litiges confondus). D'après l'Assurance maladie, durant l'année 2017, 5 600 décisions d'inopposabilité d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ont été rendues par les TASS.

Un contentieux concentré sur quelques entreprises et cabinets d'avocat-es

Les affaires de contestation des accidents du travail concernent d'abord des entreprises de plus de 150 salarié-es, qui sont celles qui ont le plus intérêt à agir du fait du calcul individuel de leur taux de cotisation AT/MP, et ce d'autant plus qu'un sinistre pèse sur le calcul de ce taux pendant trois ans. Ce sont aussi des entreprises dans des secteurs d'activité spécifiques : les entreprises de travail temporaire arrivent en tête (23 % des jugements rendus en juin 2017), suivies par les entreprises de transport (15 %), de nettoyage (10 %), l'industrie, la grande distribution et le BTP (bâtiment et travaux publics). Cette concentration sur un nombre relativement petit de secteurs est le reflet des variations sectorielles du nombre d'accidents du travail reconnus mais s'explique aussi par les modalités de calcul de la tarification. La surreprésentation des sociétés d'intérim découle ainsi de la distribution du coût du risque entre l'entreprise de travail temporaire (qui en supporte les deux tiers) et l'entreprise utilisatrice (un tiers) tandis que l'absence du secteur des assurances et des banques vient de l'application d'un « taux bureau » forfaitaire qui annule tout intérêt financier à contester.

Très concentrées sur certains types d'entreprises, les affaires le sont aussi du point de vue des avocat-es qui les portent. Au fil de l'enquête qualitative, j'ai fréquemment observé des avocat-es plaider pour plusieurs affaires d'une seule entreprise à la même audience et/ou il m'est arrivé de les retrouver d'un tribunal à l'autre, dans des régions pourtant éloignées géographiquement. Cette concentration des affaires d'inopposabilité sur quelques cabinets d'avocat-es est confirmée par les statistiques. Parmi les jugements de 2017, les 185 qui font la mention explicite d'un-e avocat-e impliquent 61 cabinets (pour 74 avocat-es, 31 femmes et 43 hommes)⁶. Douze cabinets traitent à eux seuls 105 affaires, soit plus de la moitié. Ces cabinets, implantés à Paris ou à Lyon, ont une structure d'exercice plus capitalistique que les autres (dix sont des sociétés d'exercice libéral) et leur spécialité en matière de gestion des AT/MP fait partie des offres de service mises en avant sur leur site. Ces douze cabinets, dont la clientèle est quasi exclusivement constituée d'entreprises, reflètent l'évolution propre à la profession d'avocat, dont l'exercice est de moins en moins individuel et de plus en plus spécialisé (BESSY, 2015). Ces cabinets n'ont cependant pas le même positionnement en termes de spécialités puisque la moitié relève du droit des affaires ou du droit commercial, et l'autre moitié du droit social ou du droit de la santé et de la sécurité au travail⁷. Le troisième pôle, celui des cabinets individuels souvent situés dans des petites et moyennes villes, ne met en avant tendanciellement aucune mention du droit de la sécurité sociale ou des AT/MP dans leurs domaines de compétences et a une clientèle mixte d'entreprises et de particuliers.

6. Le travail prosopographique sur les avocat-es impliqués dans les jugements d'inopposabilité d'accidents du travail a été réalisé par Apolline Nguyen Khac dans le cadre d'un stage de recherche.

7. Les clientèles et les spécialités ont été identifiées à partir des décisions recensées sur le site doctrine.fr et des informations affichées sur les sites des cabinets et/ou les pages professionnelles des avocat-es.

Les six avocat·es d'employeurs interrogé·es travaillent dans six cabinets différents, à Paris ou à Lyon. Elles et ils représentent cette diversité de statuts et de spécialités : un et une associé·es exercent dans des grands cabinets spécialisés en droit social (regroupant au moins 25 avocat·es) et trois avocat·es sont collaboratrices et collaborateur dans des départements spécialisés de cabinets de droit des affaires. Une avocate exerce à titre individuel dans un petit cabinet qu'elle a fondé. Quatre de ces six avocat·es travaillent ou ont travaillé dans l'un des douze cabinets qui monopolisent le contentieux.

Les stratégies et pratiques documentaires étudiées dans l'article concernent donc principalement des cabinets spécialisés dans ce type de contentieux et sont révélatrices de la « guérilla judiciaire » (DEZALAY, 1992, p. 217) que mènent ces entrepreneurs du droit en mobilisant de façon intensive toutes les ressources juridiques à leur disposition.

Les données financières comme instrument d'identification des cas

Pour identifier les cas sur lesquels elles et ils vont engager une procédure contentieuse, les avocat·es commencent par calculer le gain financier que l'employeur peut espérer d'une décision d'inopposabilité sur tel accident du travail ou telle maladie professionnelle. Elles et ils s'appuient pour cela sur les données de tarification transmises à l'entreprise pour l'informer de sa sinistralité et du taux de cotisation AT/MP qui va lui être appliqué. Le « compte employeur » récapitule établissement par établissement, et pour chaque sinistre, le coût engendré et le taux de cotisation qui en découle. Pour les entreprises de plus de 150 salarié·es, chaque accident du travail ou maladie professionnelle est ainsi répertorié nominativement et est associé à un coût moyen en fonction de sa gravité (décès, taux d'incapacité partielle permanente, durée des arrêts de travail) et du secteur d'activité.

Ces données financières jouent un rôle majeur dans la construction du litige porté devant le tribunal. Dans certaines affaires, elles interviennent dès l'identification du « grief », qui consiste à attribuer une « offense » à la « faute d'un autre individu ou d'une entité sociale » (FELSTINER *et al.*, 1991, p. 42). Le compte employeur joue alors un rôle d'alerte en transformant une offense abstraite (les taux de cotisation élevés) en une situation « remédiable » (*ibid.*, p. 43) grâce à une action de contestation ciblée sur une décision précise. Dans d'autres cas, les données financières fonctionnent comme critères dans un second temps, quand l'entreprise a identifié le grief selon des logiques managériales qui lui sont propres et qui visent à discipliner un·e salarié·e en arrêt de travail. Se pose alors pour les avocat·es la question de l'opportunité du recours à la justice et de la transformation en litige.

Le compte employeur comme alerte: établir le grief

En audience, les avocat-es mentionnent parfois explicitement la lecture du compte employeur comme l'élément déclencheur de la procédure. C'est le cas par exemple dans cette affaire qui porte sur la contestation d'un accident du travail subi par un menuisier intérimaire :

« Avocate de la société de travail temporaire : – C'est une demande d'inopposabilité. Pour un accident du travail du 9 octobre 2016 avec un salarié en intérim. Il devait embaucher à 9 heures. L'accident se serait passé à 9h 15. L'employeur a rempli la déclaration d'accident mais avec des réserves. Nous, on n'a pas identifié le lieu, le moment, cela repose uniquement sur les dires du salarié. [...]

Magistrate : – Il travaille en équipe ? Il y a des témoins ?

Avocate de la société de travail temporaire : – Nous, on est l'entreprise d'intérim. C'est l'usine qui le sait. On estime que les réserves étaient motivées et la caisse n'a pas informé, n'a pas fait d'enquête, n'a pas envoyé de lettre de clôture [à la fin de son instruction] ; comme d'habitude nous n'avons été informés de rien du tout. On a été au courant en regardant le compte employeur. »

(Audience du 17 mai 2018)

Quand il est interrogé en entretien sur la manière dont les entreprises identifient les dossiers possiblement litigieux, un avocat explique le rôle primordial que jouent les comptes employeurs :

« Ça fait partie du travail de l'avocat. Il y a un audit qui est fait sur la tarification. Ça va consister à leur dire : si on intervient sur tel dossier, ça va générer tant d'économies, donc ça c'est l'audit financier. Et après il y a l'audit juridique, et là on va demander au client les pièces du dossier, et on va analyser les pièces en leur disant : "Voilà, il y a des possibilités de contestation" ou alors : "C'est incontestable". En fait, ça, on le fait d'après les documents de tarification, et notamment le compte employeur. »

(Avocat collaborateur, grand cabinet de droit des affaires,
ex-juriste dans une société d'audit)

Le compte employeur fonctionne donc comme une alerte, mais sa bonne compréhension relève d'un savoir et d'un savoir-faire spécifiques, comme le souligne cette avocate :

« Quand vous voyez un employeur, il ne connaît pas les règles de tarification, parce qu'il y en a aussi qui ne connaissent pas ces règles-là [...]. Ils pensent que forcément, un accident du travail, ça va leur coûter de l'argent. Alors que non, pas forcément. Vous aurez un coût attaché à chaque accident en fonction du nombre d'arrêts de travail, encore faut-il savoir le répertoire dans le taux, savoir combien ça va réellement coûter. C'est pas parce que vous avez un coût de 4000 euros attachés à l'accident parce que vous avez payé trente jours d'arrêt de travail que vous allez payer 4000 euros. Il faut savoir faire le calcul, et parfois votre taux, enfin votre risque est ainsi fait que les 4000 euros vont avoir une incidence ridicule. Ça va

augmenter peut-être de 100 euros votre taux. Est-ce que ça vaut le coup d’aller faire une procédure ? »

(Avocate associée, grand cabinet en santé et sécurité au travail^{*8})

Au-delà de la lecture du document, c’est la maîtrise des règles de calcul qui est au fondement de la compétence spécifique – et distinctive – des avocates concernées. Chez cette avocate, ce savoir-faire a été acquis sur le tas, à partir des documents transmis par la Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) aux employeurs pour leur expliquer leur taux, parce que c’était la seule de son cabinet à ne pas être « allergique aux chiffres ». Plus fréquemment, les avocates rencontrées ont acquis cette compétence calculatoire en travaillant comme juristes dans les sociétés d’audit spécialisées qui ont développé ce contentieux au début des années 2000. Elles et ils sont devenues avocates après 2010, quand le contentieux de l’inopposabilité a été internalisé dans les cabinets d’avocates à la suite de l’arrêt de la Cour de cassation considérant que l’activité d’optimisation des coûts relevait du « périmètre du droit » et était une prestation juridique que les sociétés d’audit ne pouvaient pas proposer⁹. Jusque-là, l’examen systématique des comptes employeurs était souvent assuré par les juristes de ces sociétés, qui préparaient les dossiers pour des avocates chargées uniquement de plaider (et parfois surnommées dédaigneusement les « porteurs de valises » par leurs confrères). Désormais, le processus est (censément) pris en charge de bout en bout par les cabinets d’avocates.

Le calcul financier comme critère : identifier le « bon » grief

Dans certains cas, l’entreprise a déjà identifié l’accident du travail qu’elle souhaite contester. Lorsque la hiérarchie immédiate ou les services des ressources humaines ont repéré un accident qui leur semble « douteux », tenter une procédure a pour l’employeur un « intérêt managérial » (avocate collaboratrice, grand cabinet de droit des affaires^{*}, ex-juriste dans une société d’audit). Une autre avocate explique :

« Souvent, les salariés ont déclaré s’être fait mal au dos pendant leur travail, donc c’est un accident du travail, mais... l’employeur, il sait par ailleurs, je dis n’importe quoi, il restaure sa maison tous les week-ends, et puis il arrive le lundi matin et il a mal au dos... Le client, il nous appelle en nous disant un peu agacé (elle imite un soupir) : “Ce salarié, il est arrivé lundi matin, moi je veux bien, il s’est fait mal au dos mais je sais que...” [...] C’est son salarié, ils le connaissent un petit peu, ils savent ses antécédents, s’il s’est fait opérer précédemment, etc. »

(Avocate collaboratrice, petit cabinet de droit des affaires^{*})

8. L’astérisque indique que le cabinet fait partie des douze cabinets qui monopolisent plus de la moitié des affaires.

9. Commission de l’exercice du droit (mandature 2009-2011), *Vade-mecum de l’exercice du droit*, Paris, Conseil national des barreaux, 2012, p. 27.

À l'appui de ce recours à vocation disciplinaire, à l'encontre d'un accident considéré comme abusif, l'entreprise peut apporter des éléments relevant de la vie privée des salarié·es, que ce soit à propos de leurs antécédents médicaux ou de leurs loisirs (bricolage, activités sportives), pour essayer de prouver une causalité extérieure au travail.

Cependant, même lorsque l'identification du cas pouvant faire grief vient de la connaissance du terrain, et non de l'examen systématique du compte employeur, les documents de tarification restent nécessaires pour calculer le gain financier attendu d'une procédure et pour départager les « bons » griefs des « mauvais ».

« S'ils [les employeurs] nous le donnent, nous, on voit l'intérêt juridique. Moi, j'essaie de faire en sorte qu'ils aient bien vérifié qu'il y ait un intérêt financier. Quel est l'intérêt de nous payer pour un truc où ils ne récupéreront pas d'argent ? C'est bête. C'est bête parce que ça montre qu'au niveau de notre devoir de conseil ça montre qu'on est des gros crétiens. Et des gros profiteurs. Si on dit : "Vous allez payer votre note de tant, mais vous allez récupérer 1 000 euros et notre note c'est 3 000..." [...] On est sur un contentieux où il y a un gain financier, donc il faut le prendre en compte. Et adapter le contentieux en fonction [en ne l'engageant que s'il y a un gain possible]. »

(Avocate collaboratrice, grand cabinet de droit des affaires*,
ex-juriste dans une société d'audit)

Les calculs effectués à partir des données financières constituent le cœur du travail de transformation du grief en litige. Ils fondent la compétence et la déontologie de l'avocat·e (qui n'est ni « crétin » ni « profiteur ») et servent à asseoir sa crédibilité professionnelle dans une stratégie de fidélisation de long terme. Son travail consiste également à faire comprendre aux employeurs qui veulent « embêter » leur salarié·e qui « abuse » que celui ou celle-ci restera de toute façon indemnisé·e (avocate associée, grand cabinet de droit en santé et sécurité au travail*)¹⁰. Les avocat·es sont alors amené·es à « refroidir les ardeurs » de leurs clients (FELSTINER *et al.*, 1991, p. 47) et l'objectivité apparente des chiffres leur permet de faire valoir l'enjeu économique comme le seul objectif organisationnel pertinent à transposer en droit.

Un usage des comptes employeurs temporellement situé

Les comptes employeurs jouent un rôle clé dans l'identification et/ou la sélection des griefs, mais leurs usages dépendent des règles juridiques en vigueur et des dispositifs techniques mis en place par les caisses d'assurance maladie. Dans les années 2010, deux réformes majeures, concernant, d'une part, la procédure d'instruction des accidents du travail et maladies professionnelles¹¹ et, d'autre part, la tarification¹², ainsi que

10. En vertu du principe de l'indépendance des rapports entre la caisse et l'employeur et entre la caisse et le ou la salarié·e, qui a été expliqué plus haut.

11. Décret du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles.

12. Décret du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

les changements techniques qui les accompagnent du côté des caisses, créent pour les avocat-es de nouvelles contraintes et opportunités. Les modifications visant à réguler le contentieux de masse qu'elles et ils ont initié les conduisent à adapter leurs stratégies rhétoriques et documentaires.

Avant 2010, les entreprises recevaient leur compte employeur une fois par an et les sinistres aux effets coûteux pouvaient être repérés et transformés en litiges sans qu'il y ait à se soucier de contraintes temporelles. La décision n'étant pas notifiée par les caisses d'assurance maladie, il n'y avait pas de délais de recours et des accidents anciens – sur la base des comptes employeurs des années précédentes – pouvaient être contestés. Comme le dit une avocate : « L'employeur n'était pas enfermé dans un délai pour contester, il avait toute la vie devant lui pour contester le caractère professionnel. » À cette facilité d'identification des cas s'ajoutaient les chances de réussite très élevées sur la base de motifs procéduraux (DURAND, FERRÉ, 2016).

« Pendant plusieurs années, on était le pôle qui rapportait le plus, puisqu'on facturait pratiquement un million et demi d'euros de chiffre d'affaires. Et petit à petit, avec les réformes qu'il y a eu, notamment en 2010, on a senti le coup des réformes, en fait, la secousse, parce qu'il y avait de moins en moins de possibilités de contester, ou de gagner les dossiers.

– Qu'est-ce qui a changé en 2010 pour qu'à ce point...

– C'était par rapport aux obligations d'informations de la caisse. Avant 2010, il n'y avait pas de délai de forclusion pour contester, il n'y avait pas d'obligation d'informer la caisse, enfin bref, beaucoup d'obligations qui n'existaient pas avant 2010 et qui sont venues du fait de cette réforme. Donc c'est devenu un peu plus encadré, les possibilités de contester sont devenues moins nombreuses pour l'employeur. Avant, les cabinets d'avocats s'en sont mis plein les poches, parce que c'était du pain béni, on gagnait systématiquement parce que la caisse n'avait pas respecté l'obligation d'information, etc. Et avec cette réforme le chiffre d'affaires a un peu baissé, mais pour tout le monde. Alors même baissé, on faisait quand même autour de 800 000 euros de chiffre d'affaires. »

(Avocat collaborateur, grand cabinet de droit des affaires,
ex-juriste dans une société d'audit)

Du point de vue des avocat-es défendant les entreprises, la période d'avant 2010 était faste et lucrative. Face à ces recours en masse, les caisses d'assurance maladie étaient d'autant plus démunies que pour les dossiers anciens – datant parfois de plus de quinze ans –, elles avaient du mal à retrouver les documents. Dans la continuité de la réforme de 2009 qui est venue limiter les possibilités de recours, elles ont parallèlement amélioré leurs procédures matérielles de notification afin de « tarir » le contentieux, notamment en accélérant l'informatisation pour permettre une gestion automatique des dossiers (MUÑOZ, 2015). Entre 2012 et 2015, les sommes remboursées ont ainsi été réduites de 293,2 millions d'euros à 103,4 millions d'euros, avant de remonter à 170,8 millions d'euros en 2019 et 227,80 millions d'euros en 2021 (ASSURANCE MALADIE, 2022, p. 30).

Après 2010, face aux moindres possibilités de recours sur la base d'arguments procéduraux, les avocates développent et affinent une nouvelle argumentation autour de la longueur des arrêts de travail. En 2017, ce motif de saisine est devenu le plus fréquent : dans le corpus de jugements, 46 % des décisions qui tranchent la question de l'inopposabilité des accidents du travail concernent la question de la durée des arrêts alors que seulement 19 % portent sur l'accident du travail lui-même et 22 % invoquent un seul argument de procédure. L'enjeu pour les entreprises est de diminuer la durée des arrêts de travail associés à l'accident ou à la maladie pour « pouvoir passer d'une tranche à l'autre » (avocate associée, grand cabinet en santé et sécurité au travail^{*}). En effet, avec la réforme de la tarification de 2010, la durée des arrêts est devenue un critère majeur de calcul, en fonction de six seuils déterminant les coûts moyens, le coût maximal étant atteint pour les arrêts de 150 jours ou plus¹³. Ce nouveau motif de recours permet en outre d'échapper à la contrainte temporelle, puisque les décisions de prolongement des arrêts de travail n'étant pas notifiées, elles peuvent être contestées au fil de l'eau (pendant cinq ans). Cette stratégie contentieuse est en outre facilitée par la mise en ligne du compte employeur, comme l'explique cette avocate :

« Maintenant, sur net-entreprises, vous avez accès par entreprise au compte employeur en temps réel, ou quasi réel. [...] Vous avez le listing de tous les sinistres avec la date du sinistre, quand ça a été pris en charge, le nombre de jours d'arrêt, combien ça va coûter à l'entreprise. Pas combien ça va coûter à l'entreprise, combien le nombre de jours d'arrêt coûte en forfait. Parce que maintenant, depuis 2010, ça marche en forfait selon le nombre de jours d'arrêt. S'il y a tant de jours d'arrêt, ce sera un forfait de tant en fonction de l'activité. Vous n'avez pas les mêmes montants en matière de BTP, services, transports. [...] Après, il y a le forfait de tant de jours à tant de jours, tant de jours à tant de jours, et ça augmente. Jusqu'à 150 jours. Et à partir de 151 jours, vous avez atteint le pactole, c'est un montant et peu importe si ça dépasse, même si ça fait 800 jours, votre montant maxi ayant été atteint, c'est fait. [...] Mais ce compte employeur, qui est maintenant déversé en temps réel, permet de voir, dès lors qu'on saisit dans le délai des deux mois puisqu'on a la date de la prise en charge, de saisir un avocat pour faire un recours gracieux. Et après si on rate, il faut voir s'il y a beaucoup de jours d'arrêt, pour faire un contentieux sur les arrêts de travail. Faute de mieux. »

(Avocate collaboratrice, grand cabinet de droit des affaires^{*},
ex-juriste dans une société d'audit)

La mise en ligne du compte employeur, qui accompagne la réforme de la tarification, était initialement pensée pour « donner en toute transparence davantage de détails sur les éléments de calcul des taux » et pour permettre aux entreprises de gagner « un temps

13. Pour les entreprises de travail temporaire et de nettoyage par exemple, qui relèvent du Comité technique national I dans le barème, le coût moyen en 2023 pour un sinistre ayant occasionné moins de 4 jours d'arrêt de travail est de 194 euros et il est de 27 033 euros pour un arrêt supérieur à 150 jours (et la variation est de 2 199 euros à 416 354 euros selon les taux d'incapacité partielle permanente, qui correspondent aux séquelles gardées). Les coûts moyens sont fixés chaque année par un arrêté. Le taux de cotisation correspond à l'ensemble des coûts moyens de chaque accident et maladie, rapportés à la masse salariale.

précieux pour agir en prévention »¹⁴ et réduire leur sinistralité. Or, en rendant possible une surveillance en continu des implications financières de la sinistralité de l'entreprise, ce dispositif technique a permis le développement d'autres usages qui participent au maintien d'un contentieux important, au prix notamment d'un déplacement des motifs de recours et de la mobilisation de nouvelles données de nature médicale.

Les données médicales comme instrument de production du doute

Une fois le grief identifié, selon des critères financiers, les avocat·es doivent le transformer en litige pour pouvoir obtenir l'inopposabilité de la décision de prise en charge de l'accident du travail. En l'absence d'arguments procéduraux, ils et elles doivent soit contester la « matérialité » de l'accident, c'est-à-dire la survenue de celui-ci sur le temps et le lieu du travail, soit prouver l'existence d'une origine non professionnelle expliquant l'état de santé ou la durée des arrêts de travail. Le recueil d'éléments médicaux devient alors un enjeu central dans la construction du dossier juridique. L'accès au dossier médical des salarié·es n'étant cependant pas autorisé du fait du secret médical, les avocat·es sont contraint·es de diversifier les sources d'informations et les stratégies pour créer, selon les termes employés dans différents jugements, un « doute raisonnable » ou un « doute réel et sérieux » susceptible de conduire le juge à ordonner une expertise médicale¹⁵. La transformation en litige exige alors la production de nouveaux documents.

L'enjeu des données médicales sur les salarié·es

Dans les affaires qui contestent la durée des arrêts en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle – et qui deviennent majoritaires par suite des changements du contexte réglementaire et technique –, obtenir des éléments médicaux relatifs aux salarié·es est un enjeu de taille. Certain·es avocat·es essaient de jouer sur le « bon sens » pour mettre en doute des arrêts dont la durée leur semble disproportionnée par rapport à l'atteinte initiale.

« C'était un agent de sécurité, il est tombé, etc., il a loupé une marche – 300 ou 400 jours d'arrêt. Je dis au président [du pôle social] : “Si votre greffière avait 300 ou 400 jours d'arrêt, ça ne vous choquerait pas ?” Surtout qu'il y avait tout le temps marqué : “Douleurs au niveau du cou, douleurs cervicales.” Je dis : “En 300 jours, ça évolue, vous avez plus ou moins de douleurs, je ne sais pas...” et là c'est tout le temps le même... C'est ce que font les médecins spécialistes, qui vous mettent la pathologie et qui reconduisent. La même chose sur 300 jours, ce n'est pas possible.

14. L'Assurance maladie – Risques professionnels, *Le compte AT/MP : un nouveau service en ligne pour gérer les risques professionnels*, Dossier de presse, 24 mai 2011.

15. Selon l'article 146 du Code de procédure civile, un minimum d'éléments est requis pour ordonner une mesure d'instruction car celle-ci ne peut « suppléer la carence de la partie dans l'administration de la preuve ».

C'est vrai que le président a acquiescé. J'ai dit : "Et vous, vous vous faites mal au niveau des cervicales, vous croyez vraiment que vous pouvez vous arrêter 400 jours ? 300 jours ?" »

(Avocate associée, cabinet individuel de droit social,
ex-juriste dans une société d'audit)

Le recours au bon sens passe dans cette plaidoirie par une tentative d'identification du juge à l'employeur (en évoquant sa position hiérarchique vis-à-vis de sa greffière) puis au salarié. L'avocate joue successivement sur le registre de l'indignation (« ça ne vous choquerait pas ? ») et sur celui de l'in vraisemblance (« vous croyez vraiment »). Parfois, les avocat·es d'employeurs recourent dans leur argumentaire aux barèmes établis par des instances médicales officielles (Haute Autorité de santé, Assurance maladie) ou par des médecins experts¹⁶, pour essayer de produire un doute sur le lien entre l'état de santé et le travail, et susciter une expertise. Il en va ainsi dans ce jugement :

« La société R [entreprise temporaire] produit un extrait du barème Valette qui précise que pour un claquage musculaire, la durée maximale d'arrêt de travail est de 15 jours. Toutefois, ce référentiel est purement indicatif et ne prend pas en compte l'évolution médicale de la lésion initiale. Le nombre de jours d'arrêt de travail, de 141, ne paraît pas excessif. »

(Jugement du 8 juin 2017)

Le juge ici ne reconnaît pas comme un argument valable cette convention d'objectivation entre un dommage corporel et un nombre de jours d'arrêt, à cause de son caractère « indicatif ». Le traitement juridique suppose en effet une individualisation des arguments et des pièces apportées à l'appui de la demande. Or du fait de l'indépendance des rapports entre la caisse, l'employeur et l'assuré·e, l'entreprise ne peut faire convoquer le ou la salarié·e par un médecin pour une auscultation. Elle peut ordonner un contrôle médical pour savoir si la personne est effectivement malade, mais pas pour évaluer si les arrêts sont en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle. Faute d'examen clinique et d'interrogation directe, les avocat·es doivent faire preuve d'inventivité pour trouver d'autres sources d'informations sur l'état de santé des salarié·es. Une stratégie parfois évoquée consiste à engager une autre procédure dans le seul but de recueillir des données (par exemple le rapport médical justifiant le taux d'incapacité partielle permanente de l'assuré·e) et à se désister une fois celles-ci obtenues.

La stratégie la plus courante, au moment de l'enquête, est de solliciter une expertise médicale. Le principe juridique généralement invoqué pour l'obtenir est celui du respect du contradictoire, comme cela apparaît dans cette audience :

« Avocat de la société du bâtiment : – Mon but n'est pas de contester la matérialité de l'accident ni l'opposabilité mais de savoir si l'ensemble des arrêts ont un lien direct et

16. Comme celui de François Valette (2019), *Barème indicatif des arrêts de travail en traumatologie*, 4^e éd., Le Mans, Gereso.

certain avec l'accident. Je n'ai pas accès au dossier médical et je n'ai pas les moyens de contester l'opposabilité. Donc le seul moyen que j'ai, c'est de vous demander une expertise. Je n'ai pas grand-chose dans ce dossier parce que la CPAM de [Z] refuse de me donner des certificats. Alors que d'autres CPAM les fournissent de bonne grâce, pour le respect du contradictoire. Il se prend les pieds dans un fil de fer et les arrêts durent six mois, c'est trop long, et cela pour une lésion que je ne connais pas. [...] Je demande un expert parce que je n'ai rien dans ce dossier. La caisse ne peut pas se cacher derrière le secret médical.

Avocate de la CPAM: – Je suis effarée par l'argumentation de l'employeur. Évidemment que le secret médical est opposable ! Où allons-nous ! Par ailleurs, je fais du droit du travail et je sais qu'en trois ans, l'employeur a eu les moyens de contrôler. La caisse s'oppose fermement à des demandes d'expertise de cet acabit, il n'a rien du tout¹⁷. »

(Audience du 6 octobre 2015)

Dans le débat, le respect du contradictoire s'oppose au secret médical et le procès confronte « les droits de la défense de l'employeur au droit à la vie privée du salarié » (KEIM-BAGOT, 2015, p. 397). Comme dans les procès de fraude fiscale, « les avocats des puissants adoptent eux aussi le langage des droits de l'homme et s'emploient, pour une tout autre finalité, à retourner l'arme du droit contre l'État » en faisant « apparaître leur client comme les victimes de l'arbitraire administratif » (SPIRE, 2017, p. 63). Ici, l'avocat qui représente l'entreprise cherche à la placer en position de victime d'un service médical qui se « cache » et ne fournit pas les éléments médicaux « de bonne grâce ». Face à lui, l'avocate de la caisse primaire d'assurance maladie rappelle qu'une expertise ne peut se substituer à la carence de la preuve (« il n'a rien du tout »). Pour résoudre cette difficulté, les avocat-es défendant les entreprises ont rôlé leurs arguments en suscitant la création de nouvelles données à l'appui de leur demande.

La production de notes médicales *ad hoc* : construire le litige

La stratégie la plus couramment utilisée par les avocat-es pour apporter au juge un début de preuve qui pourrait justifier le recours à une expertise est de faire appel à un médecin-conseil de l'employeur pour produire une note médicale susceptible de mettre en doute l'avis du médecin de la caisse et pour inciter le juge à ordonner une expertise afin de trancher le désaccord médical. Cette stratégie d'« intermédiation scientifique » (STRYKER, 2011, p. 183), qui s'appuie sur des expert-es dans la construction des litiges, est quasi systématique chez certain-es avocat-es. Elle reste cependant sans certitude de réussite car cette note médicale repose généralement sur très peu d'éléments :

« Ils [les juges] demandent à l'employeur de rapporter une preuve qui n'existe pas – enfin qu'il ne peut pas rapporter – d'un état pathologique antérieur [du salarié].

17. Les caisses primaires d'assurance maladie sont généralement représentées par les juristes de leurs services juridiques internes. Rares sont celles qui recourent comme ici à une avocate, dont la particularité est de refuser de représenter par ailleurs les employeurs ou les salarié-es dans ce type de contentieux.

On n'a pas son dossier médical, nous, on n'a que les certificats médicaux qui sont rattachés [aux arrêts]. Alors pour les récupérer, il faut saisir les juridictions, les caisses finissent par leur donner les certificats médicaux descriptifs, et là un médecin regarde, on a tout le dossier médical, mais rapporter la preuve que le travail n'a eu aucun lien dans l'arrêt, c'est une preuve impossible. Donc soit ils [les médecins-conseils de l'entreprise] arrivent à nous donner une note médicale, en essayant de dire qu'il y a un état pathologique antérieur, mais tout ça, c'est de la mascarade, parce que de toute façon, on a très peu d'éléments, et tout ça c'est juste pour provoquer une expertise. »

(Avocate associée, cabinet individuel de droit social,
ex-juriste dans une société d'audit)

Ne pouvant ni ausculter le ou la salarié·e, ni consulter son dossier médical, le médecin mandaté par l'employeur ne peut qu'« essayer » de dire qu'il y a un état pathologique antérieur expliquant la longue durée des arrêts. Lui aussi s'en trouve parfois réduit à faire appel aux barèmes à l'appui de son évaluation.

« Nos clients, comme ils ont leur avocat, ils ont leur médecin [...] qui travaille pour l'entreprise. Enfin qui travaille... oui, qui est rémunéré comme nous, en honoraires. Il va demander le dossier au médecin de la Sécu justement, à la caisse primaire d'assurance maladie, qui très souvent va refuser, sous couvert de secret médical. [...] C'est pour ça que nous on fait une note. Le médecin en fait une, justement il se base sur les référentiels type Ameli. [...] Donc nous, on fait toujours une note, où il reprend un peu les quelques éléments en sa possession, dont il a connaissance puis il dit : "Bon, moi je ne comprends pas, il aurait dû être guéri au bout de trois mois, là il est resté un an" ; et c'est pour ça qu'on demande une expertise médicale. »

(Avocate collaboratrice, petit cabinet de droit des affaires*)

Les notes médicales visent autant à apporter des éléments de connaissance (sur les effets de telle atteinte à la santé) qu'à mettre en scène l'ignorance rendant nécessaire un travail d'évaluation plus poussé (« je ne comprends pas »). Le recours à des médecins est courant dans les sociétés d'audit qui, comme le raconte une ancienne juriste de l'une d'entre elles, emploient même à temps plein des médecins, ayant parfois exercé antérieurement au sein des caisses primaires d'assurance maladie. Les avocat·es qui ont travaillé dans ces sociétés d'audit ont pleinement conscience de la ressource que constitue un réseau de médecins capables de produire des notes médicales :

« Avant d'arriver au cabinet, j'avais un réseau de médecins, que je m'étais construit, avec qui je travaille. Je l'avais récupéré, donc je les ai amenés dans mon package, je fais profiter le cabinet de mon réseau de médecins. [...] Moi, je travaille avec des médecins experts en réparation du dommage corporel, des spécialistes des membres supérieurs, inférieurs. Non seulement ils connaissent bien évidemment la matière médicale, mais aussi la matière sécurité sociale contentieux. Ils savent dans quel chemin ils doivent aller quand je fais appel à eux. »

(Avocat collaborateur, grand cabinet de droit des affaires,
ex-juriste dans une société d'audit)

L'enjeu est d'avoir des médecins qui connaissent le « chemin » et pas seulement la matière. Mais cette orientation peut aussi saper leur efficacité, quand elle est repérée par les juridictions, car ils ont « l'étiquette “médecin de l'entreprise” » et « perdent un peu en crédibilité » à force d'intervenir « partout » (avocate collaboratrice, petit cabinet de droit des affaires*). De fait, quelques noms de médecins, souvent liés aux sociétés d'audit, reviennent régulièrement dans les jugements et les audiences. Pour certains cabinets, faire appel à des médecins en dehors de ce circuit représente dès lors un enjeu. Une avocate qui a monté un petit cabinet explique comment elle s'est appuyée sur ses ressources familiales pour créer son propre réseau de médecins :

« [Mon parrain] m'a beaucoup aidée à avoir un réseau de médecins, qualifiés, pas des charlatans comme on en voit, avec un vrai regard sur le dossier, vraiment ciblé pour avoir les bonnes causes, enfin les bons combats. [...] Là je travaille avec tout un réseau qu'il m'a fait et qui permet d'avoir des éléments médicaux et surtout quand il n'y en a pas, je n'y vais pas. Après, pour durer, je pense qu'il faut être honnête, qu'il ne faut pas raconter n'importe quoi, parce qu'après, les magistrats, ils ne vous croient plus. »

(Avocate associée, cabinet individuel de droit social,
ex-juriste dans une société d'audit)

Ce souci distinctif, qui oppose les médecins qui ont un « vrai regard » et mènent les « bons combats » aux « charlatans », se comprend aussi au regard d'une volonté de transfiguration morale de cette cause financière. Les registres de justification dans lesquels les avocat·es insèrent leurs pratiques documentaires font apparaître les principes de justice qu'elles et ils mettent en avant au-delà du seul objectif économique et éclairent les différents modes d'appropriation de ce contentieux.

La transfiguration morale d'une cause financière

Les contestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles constituent un contentieux lucratif pour les avocat·es d'employeurs. Cette spécialisation leur permet d'asseoir leur monopole sur une « niche », dans un contexte de concurrence accrue (BESSY, 2015), car elle nécessite des compétences spécifiques pour savoir susciter la production de données financières et médicales et se les approprier. Mais ces documents ne représentent pas, pour ces avocat·es, le simple socle de leur savoir-faire : ils viennent aussi, chez certain·es, appuyer la construction de leur posture professionnelle sur son versant moral. L'enjeu est d'autant plus crucial que la construction de ces litiges a été initialement portée par les sociétés d'audit et d'optimisation des coûts, et que leur dimension financière interroge l'identité professionnelle des avocat·es qui, historiquement, s'est forgée sur le désintéressement et le mépris du commerce (BOIGEOL, 1981).

Payer la cotisation « juste » : un modèle de conformité juridique et morale

Les avocat-es d'employeurs promeuvent un « modèle de conformité juridique » (EDELMAN, 2011) qui permet de traduire l'intérêt économique, au cœur de la sélection des griefs, dans une interprétation du droit conforme, à leurs yeux, à l'esprit de la loi. Elles et ils ne mettent pas en question le principe de la responsabilité financière patronale pour financer la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, mais revendiquent un droit de regard et un contrôle sur la mise en œuvre de ce principe. Leur souci est que l'entreprise paie la somme « juste », celle qui correspond à sa responsabilité effective :

« Vous pouvez avoir des gens qui ont besoin d'être arrêtés, mais peut-être que ça n'a pas de lien avec l'accident. [...] Nous, récemment, on a un salarié qui s'est fait mal à la hanche droite dans le cadre de son accident du travail. Son médecin traitant a décelé un problème osseux au niveau de la hanche et il s'est rendu compte qu'en fait, c'était quelque chose qui était bilatéral, à la hanche droite et à la hanche gauche. Ça a été révélé par l'accident du travail mais ça n'avait rien à voir avec l'accident. [...] On est en train de tirer sur la corde alors que, moi, je pense que c'est l'affaire de tous de s'occuper de contrôler et d'indemniser les vraies victimes, d'indemniser les vrais arrêts, c'est peut-être mieux que de laisser tout aller comme ça. [...] C'est l'intérêt de tous de veiller à ça. [Blanc] S'occuper des arrêts de travail et ne pas indemniser les choses qui n'ont pas lieu d'être, faire la chasse aux accidents du lundi matin [rire], ah nous c'est comme ça qu'on le perçoit si vous voulez ! Pas pour que l'entreprise gagne des sommes folles mais pour qu'elle arrête et qu'elle réinjecte – et quand on y arrive, on est super contents – dans la prévention... »

(Avocate associée, grand cabinet en santé et sécurité au travail*)

Dans cet extrait, trois mécanismes permettent de transfigurer le souci de faire baisser les taux de cotisation AT/MP en cause morale. Le premier consiste à rappeler l'esprit de la règle pour dénoncer son application erronée : la correction du taux de cotisation est présentée comme une façon de respecter le principe de justice au fondement du système assurantiel en traçant une frontière entre les bénéficiaires illégitimes et légitimes (les « vraies victimes ») de cette protection. Le deuxième mécanisme repose sur l'universalisation des intérêts particuliers en jeu, puisque défendre une juste application relève de l'intérêt général (« c'est l'affaire de tous ») et de la préservation de l'État social. Enfin, le troisième mécanisme porte sur la « signification sociale » (ZELIZER, 2005) des sommes récupérées. L'argent remboursé par la Sécurité sociale est coupé de sa valeur mercantile et devient vertueux puisqu'il n'est pas approprié à des fins privées mais redistribué, au sein de l'entreprise, dans un objectif collectif de prévention.

L'identification des « vraies » victimes est la clé de voûte de l'affichage du souci de l'intérêt général et du « bien-être au travail ». Si la distinction entre bénéficiaires légitimes et illégitimes peut, pour certain-es avocat-es, s'opérer à partir de critères

médicaux, il pose aussi, pour d'autres, la question de la « sincérité » des assurés et de la réalité de leur souffrance :

« On est dans un esprit d'optimisation effectivement, mais surtout – enfin c'est la démarche que j'essaie de leur dire – de bien-être au travail. Moi, j'alerte beaucoup. Je vois bien quand c'est vraiment de l'abus, mais quand je vois qu'il y a vraiment de la violence dans un site, [...] je fais remonter l'info en disant "là regarde tel truc", et après il y a plein de mesures qui sont prises en interne, par exemple sur la souffrance au travail, les arrêts du travail trop longs [...]. La qualité de [vie au] travail reste ce que je souhaite, en termes de prévention, et je travaille avec des préventeurs sur les questions de bien-être. Le but aussi, c'est ça. Il y en a de la souffrance au travail. Il y en a moins que ce que les gens disent mais il y en a. Mais celle qui est réelle, je trouve, c'est celle que les gens ne disent pas, c'est le vrai problème. [...] Et puis on sent des gens qui sont des praticiens, qui connaissent très bien toute la procédure. »

(Avocate associée, cabinet individuel de droit social,
ex-juriste dans une société d'audit)

La quintessence de la « vraie » victime est ici la victime silencieuse, qui ne demande rien, par opposition aux « praticiens » qui maîtrisent les procédures. En filigrane transparaît la logique de suspicion qui pèse sur les assurés engageant des démarches : toute quête d'indemnisations financières suscite un doute sur l'authenticité de la qualité de victime, « l'innocence requise s'arrimant à une absolue passivité » (GAYET-VIAUD, 2012, p. 135). Mais cette logique de suspicion a un pendant, la crédibilisation des victimes dont la prise en charge devrait se faire en interne, par le biais de la prévention.

Les avocates qui défendent les grandes entreprises adoptent une rhétorique qui n'est pas hostile au paiement des cotisations AT/MP mais qui revendique, au nom même des principes moraux du système d'assurance, un droit de regard sur les modalités d'application de la tarification. En examinant les comptes employeurs, en recalculant les taux de cotisation, en accumulant et en produisant un certain nombre de données, les avocates participent au « travail de réappropriation » de la règle (SPIRE, 2018, p. 120). Ce « consumérisme », qui consiste à concevoir les cotisations comme une « contrainte aménageable », a, comme dans le cas du consumérisme fiscal (*ibid.*, p. 122), été largement favorisé par les pouvoirs publics. La mise en ligne des comptes employeurs et la « transparence » des règles de calcul ont en effet eu pour contrepartie une surveillance accrue de ces données et ont renforcé le sentiment d'une possible maîtrise. Le modèle de conformité juridique construit grâce à ces documents transfigure ensuite le gain financier en jeu en l'inscrivant dans le langage universalisant du droit et de la morale.

Le confort émotionnel de la pratique : les documents comme mise à distance

La composante principalement documentaire des affaires d'inopposabilité constitue en outre une protection subjective face au « fardeau émotionnel » (HOCHSCHILD, 2017, p. 175) que peut susciter le contact direct avec la souffrance des salarié·es. Une avocate, qui a défendu au début de sa carrière les victimes de l'amiante avant de représenter les employeurs, explique le confort que lui apporte ce contentieux alors même que, selon ses propres termes, sa « fibre » était plutôt du côté des salarié·es :

« Franchement je n'en pouvais plus, c'était trop dur de voir les gens décéder. En plus, on ne faisait que de l'amiante, que des pathologies très lourdes avec des cancers ; au départ, les gens, ils n'étaient pas malades, et après se déclarait le cancer... On était dans un environnement en permanence de décès... [...] Au bout d'un moment, on se dit : "Ben non, en fait, je n'ai pas envie que ce soit mon quotidien." Parce que malgré tout, quand vous faites ça au quotidien, vous allez les revoir, vous savez ce qu'ils deviennent, malgré tout on est imprégné. [...] Donc voilà, c'était toujours très triste, et je n'avais pas envie d'un truc triste. On se dit qu'il n'y a pas que ça ! Nous, on est obligé de regarder un truc qui va mal, qui est très moche dans notre société, alors qu'il y a des choses moins dramatiques et on n'a pas envie de... Au départ, quand j'entendais parler des salariés [en tant qu'avocate de l'entreprise], je me disais : qu'est-ce que je suis contente, je ne le connais pas ! Parce que je ne le verrai jamais en plus ! »

(Avocate associée, cabinet individuel de droit social,
ex-juriste dans une société d'audit)

La mise à distance des salarié·es et de leurs souffrances est facilitée par la dimension documentaire des dossiers. Les dispositifs scripturaux dépersonnalisent et introduisent une distance spatiale et émotionnelle, en se substituant à un mode de connaissance direct par contact avec les personnes. Comme dans le cas des « planneurs » étudiés par Marie-Anne DUJARIER (2015, p. 226), qui organisent à distance le travail des autres, l'indifférence est pour ces avocat·es une construction sociale nécessaire pour pouvoir travailler : le changement de clientèle revient à choisir la forme du travail émotionnel à fournir et non pas à renoncer à tout engagement moral.

Cette construction s'appuie également sur la règle juridique de l'indépendance des rapports entre la caisse, l'employeur et l'assuré·e. Dans les affaires d'inopposabilité, les avocat·es d'employeurs n'affrontent pas les salarié·es directement mais la caisse d'assurance maladie, dont elles et ils contestent la décision. Une avocate déclare ainsi que « c'est assez confortable de se dire qu'on ne touche pas les droits des salariés » et que, sinon, elle « aurai[t] du mal » (avocate associée, grand cabinet en santé et sécurité au travail^{*}). Ce confort, à la fois émotionnel et moral, est absent des affaires de faute inexcusable. Dans celles-ci, l'employeur est mis en cause par le ou la salarié·e et c'est à lui ou à elle que l'avocat·e qui défend l'entreprise doit faire face. L'avocate qui a auparavant travaillé pour les victimes de l'amiante explique ainsi que dans ces affaires, elle refuse de dire « quoi que ce soit sur l'indemnisation des préjudices ». Une autre avocate explique qu'elle refuse de s'impliquer dans les affaires de faute inexcusable

pour ne pas être en situation de « pinailler » sur le montant des indemnités face aux épouses ou aux ayants droit de personnes décédées. Elle apprécie le contentieux employeur qui « permet de désensibiliser le fait que la personne a mal ». Dans les entretiens, les avocat-es des cabinets de droit des affaires semblent moins sensibles à la dimension humaine des dossiers de faute inexcusable. L'un d'entre eux explique par exemple qu'il « discute dur » du montant des indemnités, étant donné le fort enjeu financier pour l'employeur.

Les affaires d'inopposabilité apparaissent finalement comme un contentieux de papier qui façonne doublement la pratique et la posture des avocat-es d'employeurs. D'un côté, la composante documentaire de ce contentieux engage des compétences calculatoires et sociales spécifiques pour lire et produire des données, et ces savoir-faire s'avèrent très distinctifs pour se positionner sur un marché du conseil juridique concurrentiel et pour asseoir sa crédibilité. D'un autre côté, cette nature exclusivement scripturale, qui tient à distance les victimes et leur souffrance, permet à certain-es avocat-es de construire une posture de confort émotionnel et moral et de la faire fonctionner comme un principe de différenciation, voire de légitimation, face à d'autres avocat-es intervenant dans ce contentieux.



La tarification individuelle appliquée aux entreprises de plus de 150 salarié-es avait été pensée par ses concepteurs comme un moyen d'inciter à la prévention, en rendant transparente la convention d'équivalence entre chaque sinistre et le taux de cotisation correspondant. Mais cette opération de mise en visibilité a contribué à définir un espace de calcul propice à l'optimisation des coûts et a incité les grandes entreprises à intégrer la raison statistique assurantielle dans leur logique financière en instrumentant le droit. Les données financières et médicales concernant les victimes ont ainsi été enrôlées, à l'insu des personnes concernées, dans des stratégies judiciaires visant à défaire les entreprises de leur responsabilité financière en matière de réparation des risques professionnels.

Les avocat-es jouent un rôle central dans ces stratégies actives d'« endogénéisation du droit » (EDELMAN, 2011). Sur la scène judiciaire, elles et ils promeuvent un modèle de conformité juridique qui traduit et transfigure la défense de l'intérêt financier de l'entreprise en un souci du respect du contradictoire et de l'intérêt général. Ce travail de « managérialisation du discours juridique » s'appuie sur le recours aux tribunaux et implique, parmi les objectifs poursuivis par l'entreprise, la sélection des griefs pertinents qui pourront être transformés en litiges. Il s'accompagne parfois d'un travail de « légalisation des activités organisationnelles » (*ibid.*, p. 100), quand les avocat-es développent parallèlement une activité de conseil pour encourager les entreprises à mener des actions de prévention, conformément à l'intention initiale du droit de la tarification. Ces pratiques de légalisation ne sont cependant pas le fait de tous les avocat-es.

Les affaires de contestation d'accidents du travail font apparaître deux logiques d'appropriation différentes selon les avocat·es. Ceux et celles exerçant dans des cabinets de droit des affaires défendent plus souvent une éthique entrepreneuriale, soucieuse de rendement financier, et procèdent par recours de masse, sur la base entre autres d'un examen systématique des comptes employeurs. D'autres, souvent issues du droit social, revendiquent une approche plus encline à l'individualisation de la prise en charge des dossiers et valorisent des principes d'équité et de prévention. Tout en mettant en avant leur maîtrise des enjeux économiques, ces avocat·es finissent « par se convaincre eux-mêmes de leur propre vertu » (DÉPLAUDE, 2014, p. 423) et des aspects positifs de leur action. Attaché·es au fait qu'elles et ils ne portent pas atteinte aux droits des salarié·es, ces avocat·es insistent sur leurs pratiques d'encouragement à la prévention auprès des entreprises et sur leur volonté de contribuer à la réparation des « vrais » accidents. Cette « cuirasse de vertu » (*ibid.*, p. 418) est au cœur de leur « vérité subjective » du travail (BOURDIEU, 1996, p. 89) et méconnaît sa conséquence objective, qui est d'invisibiliser la responsabilité individuelle des entreprises dans la production des sinistres, en reportant les coûts sur l'ensemble des employeurs. Le processus de judiciaireisation de la santé au travail à l'initiative des entreprises repose donc sur différentes pratiques et postures professionnelles du côté des avocat·es. Si les dynamiques de spécialisation, et d'articulation croissante du conseil juridique et de la plaidoirie (BOIGEOL, DEZALAY, 1997), ont été favorables à l'appropriation de ce contentieux économique, il reste à étudier de plus près comment les différentes logiques d'investissement dans ces litiges et leurs modes de fabrication sont façonnés aussi par les trajectoires sociales, les mobilités professionnelles et les contextes de travail de ces intermédiaires du droit.

BIBLIOGRAPHIE

ASSURANCE MALADIE – RISQUES PROFESSIONNELS (2022), *Rapport annuel 2021. Éléments statistiques et financiers*, Paris, Assurance maladie – Risques professionnels.

BESSY C. (2015), *L'organisation des activités des avocats. Entre monopole et marché*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ/Lextenso éditions.

BESSY C., DELPEUCH T., PÉLISSE J. (dir.) (2011), *Droit et régulations des activités économiques : perspectives sociologiques et institutionnalistes*, Paris, LGDJ.

BOIGEOL A. (1981), « De l'idéologie du désintéressement chez les avocats », *Sociologie du travail*, vol. 23, n° 1, p. 78-85.

BOIGEOL A., DEZALAY Y. (1997), « De l'agent d'affaires au barreau : les conseils juridiques et la construction d'un espace professionnel », *Genèses*, n° 27, p. 49-68.

BRAS P.-L. (2007), *Réformer la tarification pour inciter à la prévention. Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux*, Paris, La Documentation française.

BOURDIEU P. (1986), « La force du droit », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 64, p. 3-19.

BOURDIEU P. (1996), « La double vérité du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, p. 89-90.

COUR DES COMPTES (2018), *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Rapport, Paris, Cour des comptes, octobre.

COUR DES COMPTES (2023), *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Rapport, Paris, Cour des comptes, mai.

DÉPLAUDE M.-O. (2014), « Les infortunes de la vertu. Sociologie d'un répertoire d'action patronal », *Sociologie du travail*, vol. 56, n° 4, p. 411-434.

DESROSIÈRES A. (2014), *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte.

DEZALAY Y. (1992), *Marchands de droit. La restructuration de l'ordre juridique international par les multinationales du droit*, Paris, Fayard.

DREYFUS M., RUFFAT M., VIET V., VOLDMAN D. (dir.) (2006), *Se protéger, être protégé. Une histoire des Assurances sociales en France*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

DUJARIER M.-A. (2015), *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte.

DURAND C., FERRÉ N. (2016), « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles. Un éclairage à partir de l'exemple des cancers professionnels », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [en ligne], vol. 18, n° 1. <https://doi.org/10.4000/pistes.4635>

EDELMAN L. B. (2011), « L'endogénéité du droit », in Bessy C., Delpeuch T., Péliisse J. (dir.), *Droit et régulations des activités économiques : perspectives sociologiques et institutionnalistes*, Paris, LGDJ, p. 85-109.

EWALD F. (1986), *L'État providence*, Paris, Grasset.

FELSTINER W., ABEL R., SARAT A. (1991), « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, n° 16, p. 41-54.

GAYET-VIAUD C. (2012), « Itinéraires de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Freins et entraves à la mobilisation pour les droits à la santé et à la réparation », in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, p. 123-142.

HENRY E. (2003), « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », *Sociétés contemporaines*, n° 52, p. 39-59.

HOCHSCHILD A. R. (2017), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

KEIM-BAGOT M. (2015), *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel. Enjeux et perspectives*, Paris, Dalloz.

LE FISCHER S., PRÉTOT X. (2018), « La Cour de cassation et les accidents du travail », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, p. 591-604.

LENGAGNE P. (2017), « Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail. La tarification à l'expérience dans les systèmes d'assurance des risques professionnels », *Regards*, n° 51, p. 51-61.

MARICHALAR P. (2017), *Qui a tué les verriers de Givors? Une enquête de sciences sociales*, Paris, La Découverte.

MUÑOZ J. (2015), « La dématérialisation du travail au sein de l'assurance maladie. Nouvelle épreuve ou nouvel avatar de la rationalisation du travail administratif ? », in Leduc S., Muñoz J. (dir.), *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 97-117.

SEILLER S. (2011), « Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises », *Regards*, n° 39, p. 57-68.

SERRE D. (2020), « La reconnaissance des maladies professionnelles dans les tribunaux. Les effets inégalitaires de la codification juridique », in Cavalin C., Henry E., Jouzel J.-N., Péliasse J. (dir.), *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines, p. 255-274.

SERRE D. (2021), « Une attention aux “démunis” aveugle au genre. Les juges face aux accidents du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, p. 54-71.

SERRE D., KEIM-BAGOT M. (2022), *Les accidents du travail et les maladies professionnelles sur la scène judiciaire. Pratiques de jugements et inégalités*, Rapport n° 17-31, Paris, Institut des études et de la recherche sur le droit et la justice, mars.

SPIRE A. (2017), « Des dominants à la barre. Stratégies de défense dans les procès pour fraude fiscale », *Sociétés contemporaines*, n° 108, p. 41-67.

SPIRE A. (2018), *Résistances à l'impôt, attachement à l'État. Enquête sur les contribuables français*, Paris, Seuil.

STRYKER R. (2011), « L'intermédiation scientifique dans la mise en œuvre des lois anti-discriminations américaines », in Bessy C., Delpeuch T., Péliasse J. (dir.), *Droit et régulations des activités économiques : perspectives sociologiques et institutionnalistes*, Paris, LGDJ, p. 183-202.

ZELIZER V. (2005), *La signification sociale de l'argent*, Paris, Seuil.

« Simple comme un coup de fil » ? La prévention des risques dans une cellule d'écoute de la souffrance au travail*

*Romain Juston Morival***

Cet article traite de l'essor de l'écoute en matière de prise en charge de la souffrance au travail. Pour cela, il restitue une enquête menée dans une cellule d'écoute téléphonique d'une grande administration. Que voit-on depuis l'écoute des maux du travail, et quelles actions de prévention peut-on entreprendre ou initier par téléphone ? Les écoutantes sont-elles des préventrices comme les autres ? C'est à l'étude de ce qui compose cet agencement original de mots, de papiers, de données que cet article est consacré, ainsi qu'à ses effets attendus en matière de transformation des situations de souffrance au travail. Au croisement d'un examen des finalités attribuées à ce dispositif et d'une analyse des opérations de qualification à l'œuvre dans ces situations d'écoute, l'article montre comment les pratiques de prévention par téléphone sont de plus en plus contraintes à mesure que le dispositif d'écoute se mue en un dispositif de surveillance.

A lors que le contexte de la Covid-19 a engendré la mise en place de nombreux numéros verts à destination des étudiants en souffrance, des soignants débordés ou des personnes isolées, cet essor inédit du registre de l'écoute des personnes, notamment des travailleurs, s'inscrit dans un mouvement plus ancien¹. Ce type d'outils soulève par ailleurs des controverses relatives à l'efficacité de ces dispositifs ou à leur confidentialité, lesquelles ont été remarquablement mises en lumière dans le récent procès France Télécom (BEYNEL, 2020) qui a précisément porté sur ce type de solutions apportées aux problèmes organisationnels et sur leurs ambiguïtés. Cette montée dans

* L'auteur tient à remercier Jean-Marc Weller et Sabine Fortino pour leurs relectures de l'article.

** Dysolab (Université de Rouen-Normandie), CEET (Cnam) et CSO (Sciences Po/CNRS) ; romainjuston@gmail.com.

1. Les cellules d'écoute se développent un peu partout, dans les ministères sociaux ou à l'Assemblée nationale, pour ne citer que le cas des administrations publiques. Leur essor est également signalé par la publication d'une décision du défenseur des droits (MLD-2015-151) intitulée « Recommandations générales sur les dispositifs d'alerte professionnelle » dans le cadre de l'article 25 de la loi n° 2011-333 du 29 mars 2011, ainsi que par une délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) n° 2017-191 du 22 juin 2017 portant modification de la délibération n° 2005-305 du 8 décembre 2005 portant autorisation unique de traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de dispositifs d'alerte professionnelle (AU-004).

le champ de la santé au travail des dispositifs d'écoute n'a pourtant pas encore été analysée en sociologie².

Entre prise en charge individuelle, veille sanitaire et outil d'alerte, l'écoute des salariés en souffrance apparaît comme un dispositif de surveillance des risques professionnels. On y retrouve cette « articulation des actions individuelles et des démarches collectives » (MIAS, WOLMARK, 2018) au cœur de tous les dispositifs de surveillance de la santé au travail. Le développement de ces derniers implique de saisir les formes qu'ils prennent, les controverses qui les entourent et les savoirs qu'ils incorporent. Cet essor dépasse d'ailleurs ces seules « cellules d'écoute », en témoigne la diversité des dispositifs visant à « faire parler les salariés » pour prendre la mesure de la souffrance au travail (*ibid.*, p. 5).

Prendre la mesure des risques psychosociaux (RPS) par l'écoute est une chose, mais après ? L'écoute des salariés poursuit-elle un objectif de prévention des risques professionnels, et avec quelles attentes en matière d'effectivité ? « Cette parole restaurée des salariés sur leur travail et leur situation de travail modifie-t-elle *in fine* les relations de pouvoir et leur capacité à élaborer les règles du travail, ou alimente-t-elle au contraire un instrument strictement managérial ? » (*ibid.*, p. 11). Cet article envisage ces questions depuis une analyse des attentes et des pratiques qui ont accompagné la création et la mise en œuvre d'une cellule d'écoute au sein d'une grande administration de la fonction publique territoriale³. Sa mise en place en janvier 2017 visait à laisser s'exprimer une extrême diversité de problèmes rencontrés dans le travail quotidien de 50 000 agents répartis dans 22 directions opérationnelles. En deux années de fonctionnement, elle a enregistré 2 750 appels par an, traités par trois écoutantes⁴. L'objectif principal de ces échanges téléphoniques est de déboucher sur une prise de rendez-vous avec différents spécialistes déterminés en fonction de la thématique identifiée par l'écoutante, au terme d'un travail de qualification des situations⁵. Pour approcher ces opérations de qualification des situations de mal-être au travail, l'approche ethnographique des situations d'écoute adossée à une perspective de sociologie du travail des écoutantes est alors apparue comme une stratégie d'enquête pertinente (encadré 1).

2. On citera néanmoins le numéro de revue interdisciplinaire *RHIZOME* consacré en mars 2021 aux « visages de l'écoute ».

3. Cette enquête a été conduite à l'occasion d'un postdoctorat dans le cadre du projet Suripi (SURveillance des RISques Professionnels Incertains) financé par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) entre 2016 et 2021.

4. Nous féminisons cette figure dans cet article, dans la mesure où l'enquête sur laquelle il s'appuie a exclusivement porté sur des écoutantes, quatre au total après que l'une d'entre elles a été remplacée par une autre.

5. Au total, en 2018, près de 3 000 écoutes ont débouché sur une prise de rendez-vous. La moitié de ces appels relève de la thématique « Souffrance psychologique », tandis qu'un appel sur trois est identifié comme une « Urgence psychologique », les appels restants se distribuant principalement entre les thématiques « Harcèlement moral » et « Addiction ». 1 264 des appels de 2018 ont donné lieu à une prise de rendez-vous avec un professionnel du Service d'accueil et de médiation (SAM) qui héberge la cellule d'écoute, pour moitié vers la consultation souffrance au travail (CST) et pour un tiers vers la cellule d'urgence (CUP). Les appelants sont principalement les agents concernés, à l'exception de 231 « signalants », chiffre là encore stable d'une année à l'autre. Alors que la collectivité n'emploie que 55 % de femmes, elles représentent 67 % des appels, ce qui peut se comprendre comme un effet de structure, dans la mesure où les directions les plus féminisées sont également les plus grandes et celles qui sollicitent le plus la cellule d'écoute. La durée des appels est principalement comprise entre cinq et quinze minutes (trois sur quatre) et, dans un cas sur cinq, elle dépasse la demi-heure.

ENCADRÉ 1

Méthodologie de l'enquête

L'article s'appuie sur une enquête comportant trois volets : le premier, par entretiens auprès des trois écoutantes et de leurs différents encadrants ($n + 1$, $n + 2$), a permis de tracer l'origine et la conception de ce dispositif de surveillance pour penser les liens qui l'unissent à l'ensemble, plus large, des politiques de prévention des risques professionnels au sein de cette grande bureaucratie ; le deuxième, par observations, a permis d'accéder au travail d'écoute (en n'ayant toutefois accès qu'aux mots de l'écoutante et pas à ceux des agents), de qualification des faits et d'orientation des cas ; le troisième porte sur une base de données reprenant des informations variées sur chaque situation d'appel ($n = 4000$) et sur les usages auxquels cette base donne lieu pour poser des diagnostics sur « l'état de santé des agents de la collectivité ». Entre ethnographie et sociologie de la quantification (DESROSIÈRES, 2008), l'article agence ces trois niveaux pour rendre compte de la façon dont la cellule d'écoute participe à la surveillance des risques professionnels dans cette administration bureaucratique.

Si le slogan « simple comme un coup de fil », que l'on peut lire sur la brochure de présentation de la cellule, semble efficace pour inciter les agents à décrocher leur téléphone, il décrit mal ce qui se passe à l'autre bout du fil, où chaque appel met en branle un système complexe de papiers, d'enveloppes, de fiches informatiques et de tableurs, permettant d'écouter, de retranscrire, de délibérer, d'enregistrer et de faire circuler les cas grâce à leur mise en dossier. C'est pourquoi cet article s'inscrit dans une perspective de recherche qui s'attache à comprendre la diversité des ingrédients qui concourent à la mise en place et au fonctionnement quotidien de cet agencement original. Ce dernier apparaît alors moins « simple comme un coup de fil », que complexe comme un dispositif (FOUCAULT, 2001). On s'attache ici à rendre compte de cet agencement d'ingrédients hétérogènes de l'écoute, en suivant la façon dont Nicolas DODIER et Janine BARBOT (2016, p. 431) définissent la notion de dispositif comme « un enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états de chose par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers ». Les trois éléments qui composent cette définition se retrouvent en effet dans cette cellule d'écoute qui les articule de façon particulièrement claire. Elle s'inscrit d'abord dans un *enchaînement de séquences*, de la cellule au cabinet du psychologue en passant par le secrétariat, jusqu'à d'éventuelles réunions *ad hoc*. Deuxièmement, l'écoute et les séquences ultérieures visent à *qualifier et à transformer des états de choses*, cette pluralité des finalités ne se faisant pas, comme on le verra, sans tensions. Troisièmement, pour poursuivre ces objectifs, les situations abritées et arbitrées au sein de ce dispositif de surveillance sont largement équipées d'un *agencement d'éléments matériels et langagiers* – des mots, des papiers, des dossiers, des bases de données, lesquels participent à la réalisation d'une « bonne » écoute.

Deux grandes façons d’approcher ce dispositif sont alors possibles : une première viserait à le déplier le plus loin possible pour rendre compte, au-delà des appels eux-mêmes, de la diversité des scènes au cours desquelles les situations problématiques sont discutées. On privilégie ici une approche alternative qui s’attache à approfondir l’analyse de cette séquence primordiale du dispositif. Cette perspective sur l’écoute elle-même est d’autant plus précieuse que les comptes rendus des différents professionnels qui interviennent tout au long du dispositif de prise en charge comment les dynamiques de cadrage à l’œuvre dès l’écoute. Or des traits pourtant essentiels émergent de la situation au cours de laquelle ils sont, pour la première fois et avec une réversibilité toute relative, inscrits dans les dossiers traités par la suite. Cette stratégie de recherche ne revient cependant pas à évacuer les séquences ultérieures, mais à intégrer ces différents horizons d’attentes tels qu’ils sont problématisés par les écoutantes et éventuellement anticipés dans leur délibération⁶.

Des travaux ayant pour objet des lieux d’écoute se sont déjà concentrés sur le moment d’aiguillage que constitue l’écoute. Ce faisant, ils ont soulevé des questionnements problématiques divers. Un premier type de publications s’est attaché à proposer une sociologie des lieux d’écoute en lien avec la question des inégalités sociales. Compilés dans la somme dirigée par Didier FASSIN (2004), ces différents travaux ont montré, sur des terrains variés, comment « les lieux d’écoute [ont été] ainsi institués en réponse à la souffrance des banlieues » (p. 30). C’est alors en réponse à cette souffrance nouvellement identifiée que se sont développés les dispositifs d’écoute dans la première moitié des années 1990. Une seconde série de travaux ayant pris pour objet des situations d’écoute relève moins d’une analyse de l’action publique que de celle des instruments d’une judiciarisation potentielle. Le premier article sur la question présente de grandes similarités avec notre cas d’étude, puisque l’étude du « Groupe H » (BASTARD *et al.*, 2003) – un service dédié à la prise en charge du harcèlement – concerne le cas d’une administration publique de 20 000 personnes présentant une forte diversité de métiers. Les auteurs rendent compte « du travail effectué en prenant appui sur la perception qu’en ont les acteurs concernés » (p. 193), plutôt que sur le suivi des dossiers instruits. C’est au fond une stratégie de recherche similaire et une conception du droit identique qui est partagée par Vincent-Arnaud CHAPPE (2010) dans son analyse d’une permanence d’une association antiraciste. En effet, celui-ci décentre également le regard sur les opérations de qualification menées au sein de la permanence, c’est-à-dire en amont de la chaîne pénale, « au moment où le plaignant met pour la première fois à l’épreuve un sentiment d’injustice vécu en le soumettant à une “expertise au service de la victime” » (p. 545). Enfin, l’analyse *in situ* par Laurent WILLEMEZ (2017) des consultations juridiques effectuées – parfois

6. Cette même stratégie de recherche a été poursuivie dans mes travaux sur les médecins légistes qui montrent que les experts intègrent l’horizon du procès dans le déroulé de leurs autopsies (JUSTON, 2016), et dans ceux d’Anaïs BONANNO (2022) sur les inspecteurs du travail. C’est alors tout l’intérêt d’une approche par les dispositifs que d’envisager chacune de leurs séquences tout en prenant en compte les effets de ces chaînes d’interdépendances en matière, notamment, d’autonomie des professionnels.

par téléphone – par des syndicalistes et des inspecteurs du travail détaille les contours d’une activité « protojuridique » où s’entremêlent des finalités diverses entre un « travail de filtrage de la demande des salariés, souvent démunis, et une première forme de traduction juridique des sentiments d’injustice et des difficultés vécues par les salariés dans leur entreprise » (p. 103). Ces différents travaux témoignent du fait que les dispositifs d’écoute constituent un excellent observatoire des changements organisationnels, sociaux et politiques. Ils invitent à porter l’attention sur ce que font ces acteurs en première ligne qui, en tant qu’intermédiaires du droit (TALESH, PÉLISSE, 2019), participent à son application, que ce soit par la mise en place d’une médiation sur le lieu de travail, par l’opération de traduction d’une cause politique en affaire judiciaire ou par le fait que « ce qui se constitue et se travaille dans ces lieux, c’est la condition de possibilité d’un traitement juridique et judiciaire de difficultés et de souffrances liées au travail » (WILLEMEZ, 2017, p. 113)⁷.

Notre contribution vise ainsi à analyser l’évolution des politiques de prévention des risques professionnels à travers la montée en puissance de l’écoute des maux du travail. Elle interroge la manière dont les finalités attribuées à ce dispositif, notamment l’objectif de surveillance des risques professionnels, façonnent le travail des écoutantes et viennent encadrer leur activité de prévention. À travers cet agencement original de mots, de textes et de chiffres, rend-on visibles des problèmes de santé qui passaient jusqu’alors inaperçus, ou bien, à l’inverse, l’écoute – en tant qu’elle opère à travers la focalisation sur des situations individuelles – échoue-t-elle à prendre en compte des facteurs de risques associés aux conditions de travail ? En définitive, les écoutantes ainsi placées au carrefour d’une diversité d’attentes sont-elles des préventrices comme les autres ?

Pour articuler notre perspective sur le travail d’écoute avec l’étude de la politique de prévention des risques professionnels dans l’organisation enquêtée, l’article envisage d’abord la cellule d’écoute du point de vue de sa genèse et met au jour certaines propriétés de cet instrument en lien à la fois avec des choix en matière de surveillance de la santé au travail et des équipements matériels qui en conditionnent les usages. La cellule d’écoute fonctionne alors avant tout comme une porte d’entrée dans un dispositif de prise en charge de la souffrance au travail, ce qui confère une importance centrale et décisive au travail de mise en dossiers auquel donne lieu chaque appel. Enfin, l’analyse des situations d’écoute montre que le travail d’écoute soulève trois ordres de tensions relevant de la conciliation entre un impératif de qualification des faits et une exigence de prise en charge des souffrances.

7. On peut citer également ici la galaxie de travaux de sociologie du travail ayant pris pour objet des plateformes téléphoniques pour renseigner les formes contemporaines du processus de rationalisation des services (BUSCATTO, 2002). « Quelques moments avant l’an 2000, le capitalisme aurait-il réussi la synthèse entre le Charlot des Temps modernes et le Big Brother de George Orwell ? » questionne François SARFATI (2013). Du côté des administrations publiques, Jean-Marc WELLER (1997) se demande « ce que font les bureaucrates lorsqu’ils répondent au téléphone », ouvrant le chemin à la prise en compte de la réalité matérielle du travail administratif, chemin que cet article entend suivre.

La genèse d'un instrument de surveillance à deux faces : mise en mots et mise en chiffres de la souffrance au travail

Avant que les parties suivantes n'éclaircissent les situations d'écoute depuis le travail d'orientation des cas et de prise en charge des agents en souffrance, nous rendons compte ici des choix qui ont présidé à l'ouverture de cette ligne téléphonique, des controverses autour de sa mise en place et des savoirs qu'elle nécessite. En effet, on voit se structurer dans sa genèse les propriétés essentielles de ce dispositif original qui met l'objectif de prévention en tension avec une visée de connaissance et d'alerte – en un mot, de surveillance – sur les risques professionnels.

Super secrétariat ou agencement inédit ? La mise en place de la cellule d'écoute

Lors de l'élaboration de la cellule d'écoute en 2016, l'objectif poursuivi par la direction est d'abord politique : il s'agit d'obtenir un label relatif aux problématiques d'égalité, de harcèlement et de discrimination. Cinq ans plus tard, la cellule et le service d'accueil et de médiation (SAM) qui l'accueille sont fréquemment décrits comme les lieux où la question des RPS est prise en charge. « On parlera RPS plus tard avec le SAM », peut-on entendre en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans la bouche des organisations syndicales (OS).

Lorsqu'elle est promue à la tête du SAM en juillet 2016, Caroline est chargée de la mise en place de la cellule. Psychologue clinicienne de formation ayant ensuite développé un intérêt pour le travail, elle peut compter sur son expérience professionnelle qui l'a conduite, avant d'arriver au sein de la collectivité territoriale étudiée, à accompagner des salariés en difficulté dans une compagnie d'assurances en lien avec une *hotline*. Pour imposer le SAM dans le paysage préventif autour de la prise en charge des RPS, Caroline recrute des psychologues du travail spécialisés dans la clinique de l'activité. Dès le départ, son point de vue diffère de celui de la direction, puisque la cellule est d'emblée conçue comme une porte d'entrée dans un dispositif plus large de prise en charge des problèmes liés au travail. La ligne téléphonique était d'abord dédiée à l'accompagnement de situations de discrimination au travail, mais son rôle s'élargira considérablement à la suite d'une série d'événements relatifs à des affaires de harcèlement sexuel⁸. Son objectif est d'accompagner les agents en souffrance par l'écoute de leurs doléances de manière anonyme (anonymat dont on verra qu'il peut être mis à l'épreuve des signalements), dans l'optique d'inciter les agents à prendre la parole sur des situations problématiques rencontrées dans le cadre de leur travail.

8. Sur le poids des éléments de contexte, on peut noter que dans le cas du « Groupe H » (BASTARD *et al.*, 2003), c'est parce que le harcèlement psychologique et sexuel a fait l'objet d'une réprobation croissante que les organisations qui y sont confrontées sont amenées à mettre en place des modalités de traitement de ces dysfonctionnements des relations au travail.

Cette volonté du SAM de faire de la cellule un lieu d'écoute ouvert sur une diversité de situations de souffrance au travail rencontrera finalement un nouvel objectif porté par la direction, soucieuse, dans une logique de rationalisation, de regrouper au sein d'un même lieu une pluralité d'offres d'accompagnement, ce qui suppose un guichet unique. Ce guichet est alors d'emblée envisagé comme quelque chose de plus qu'un lieu de prise de rendez-vous, sans que l'on sache précisément comment circonscrire son périmètre. Des références externes à la collectivité ou existant de longue date en son sein sont alors mobilisées, si bien que le poids de cette innovation s'en trouve relativisé par certains médecins du travail qui n'y voient qu'un « super secrétariat ». Les discussions portent alors sur la reconduction d'un service « Santé amitié » ou sur la mise en place d'une ligne « Allo RH », la première étant strictement un lieu de parole, tandis que la seconde aurait pour objectif de résoudre des problèmes relatifs à des questions de ressources humaines, concernant les fiches de paies par exemple. Ces références, Caroline va les constituer en contre-modèles pour construire une cellule d'écoute centrée sur les souffrances liées au travail dans un sens très large – permettant ainsi aux agents de la collectivité de parler de leurs problèmes personnels depuis leurs effets sur l'activité de travail.

Cette problématisation d'un lieu d'écoute ouvert aux doléances relatives au travail suit un modèle rappelant la « pragmatique de l'hospitalité » des services des urgences (DODIER, CAMUS, 1997, p. 112). À travers cette idée, l'objectif est d'imposer la cellule d'écoute comme un lieu de gestion des urgences en matière de santé au travail et, à travers elle, l'ensemble du SAM, dans le paysage de la collectivité étudiée. Mais il faut d'abord monter ce nouveau service, recruter, former et encadrer une équipe de trois écoutantes découvrant une nouvelle pratique aux contours flous. Sylvie, la première responsable de la cellule, cadre supérieure de santé et puéricultrice de formation, et qui prendra sa retraite au cours de l'enquête, voit ce dernier poste comme un ultime challenge « au niveau du management ». Elle pointe également le caractère tendu de la première phase des relations avec les médecins de prévention et les organisations syndicales, la cellule étant alors perçue comme une rivale dans la mission de représentation et d'accompagnement des agents en souffrance. Au terme de ces luttes de territoires professionnels, c'est finalement de sa neutralité que la cellule tirera sa légitimité, définie par ses responsables comme « la Suisse », sorte de porte-parole de l'administration au-dessus de la mêlée.

Deux ans après son démarrage, la cellule s'est imposée dans le paysage préventif de cette bureaucratie. « Avec 3 000 appels, ils ne peuvent plus faire sans⁹. » Des observations en CHSCT ont montré que ces chiffres étaient utilisés par les organisations syndicales (OS) pour témoigner d'un « sérieux problème à la collectivité ». Derrière, c'est tout le SAM qui s'impose, notamment sur la question des RPS, au détriment des projets de marché privé passés avec des cabinets spécialisés et que les OS rejettent. Cette hypothèse selon laquelle la cellule d'écoute est aussi un instrument au service

9. Entretien avec Caroline, cheffe de service du SAM (janvier 2018).

du SAM pour le faire reconnaître dans le paysage de la collectivité peut s'objectiver par une analyse quantitative des appels. En effet, l'observation des coups de téléphone et l'exploration de la base des appels ont montré que l'écrasante majorité des appels donnaient lieu à une orientation interne au SAM (plutôt qu'à la médecine du travail, à laquelle il n'est fait appel qu'en second recours, et qui n'est donc que rarement enregistrée dans les bases de données dans lesquelles il n'est possible de cocher qu'une seule case en matière d'orientation¹⁰).

La volonté du SAM de prendre en charge le problème de la souffrance psychique, d'une part, et l'objectif politique de la direction de mettre en place un guichet unique d'accueil et d'orientation, d'autre part, ont transformé la cellule d'écoute et reconfiguré le travail des écoutantes. D'instrument de managérialisation du harcèlement et de la discrimination, la cellule est devenue un dispositif plus large d'appréhension des maux du travail, qui, une fois accueillis par téléphone, doivent être transformés en repères pour assurer une surveillance des risques professionnels.

Les mots et les chiffres: la double traduction des cas par l'élaboration des fiches d'appel et par leur agrégation statistique

Avec le volume des appels reçus, la cellule s'est constituée comme instrument de connaissance, de veille et d'alerte au croisement d'une prise en charge individuelle et d'un éclairage sur des facteurs de risques. Ainsi, le travail d'écoute a été transformé par les modifications apportées au dispositif. Par exemple, une propriété devenue progressivement essentielle à ce dispositif est l'articulation des mots recueillis au cours du travail d'écoute et des chiffres produits au terme d'un travail de codage des fiches d'appels. Les coups de fil et les bilans d'activité apparaissent alors comme les deux faces de la surveillance des risques professionnels, entre souci des personnes et nécessité industrielle (BOLTANSKI, THÉVENOT, 1991) de dépersonnalisation pour recueillir et produire de façon continue des données robustes sur l'état de santé d'une population. Derrière la mise en place rapide d'une base des appels, l'objectif est d'imposer la cellule dans le paysage préventif de l'organisation en fournissant des appuis quantitatifs pour produire des diagnostics sur l'état de santé de la collectivité dans son ensemble et au niveau individuel des agents. Concrètement, cette transformation des cas ainsi agrégés en des repères facilement communicables vise à mettre au jour des sites, des périodes ou des directions pathogènes. Ce travail suppose de tenir une base « propre » et de la renseigner régulièrement.

L'omniprésence au sein de la cellule des bilans d'activité (par semaine, mois, trimestre, année, par direction, parfois par établissement ou par poste) est de nature à transformer le travail de ses agents, notamment l'écoute elle-même. D'abord, l'échelle hebdomadaire pose question à l'aune de l'impératif de production de connaissances :

10. Sur les 2757 appels, seuls 203 (194 l'année précédente) n'ont pas donné lieu à une orientation interne, principalement parce que les appelants cherchaient avant tout à obtenir un conseil.

pourquoi produire des chiffres à une échelle si petite, alors que statistiquement, rien n'est significatif à ce niveau-là ? Il s'agit en fait de constituer ces chiffres en point d'alerte, cette modalité étant centrale dans les dispositifs de surveillance¹¹. Le compte rendu d'activité (CRA) envoyé chaque semaine au sous-directeur illustre bien cette logique de l'alerte :

« Donc chaque semaine, on fait un retour à Patrick [le responsable de la sous-direction dont dépend le SAM], ce qu'on appelle le CRA, le compte rendu d'activité sur les faits marquants de la semaine. Donc moi, ça m'arrive de faire un petit focus. [...] Ce bilan hebdomadaire, on en fait un bilan mensuel. Et en général, on fait un bilan trimestriel, semestriel et annuel. Donc on est capable de donner des données à tout moment, à la fois pour l'activité globale de la cellule, mais aussi par direction et par métier. »

(Entretien avec Caroline, mai 2018)

La cellule d'écoute constitue ainsi un observatoire depuis lequel il est possible d'établir un diagnostic sur la collectivité, où l'écoute des situations individuelles s'efface derrière l'observation d'entités collectives (telle direction, tel établissement, tel service). Pour enrichir le registre de l'écoute de cette visée de surveillance (au double sens d'instrument de connaissance et d'alerte), il a fallu faire évoluer le nombre et la nature des bases de données. Par exemple, à la demande d'élus, une nouvelle base recense les actes de violence. Ce genre d'attentes politiques importées dans le fonctionnement routinier de la cellule est fréquent. Un SMS reçu par le sous-directeur devient une demande urgente pour la journée. Il est possible que ces demandes génèrent des résistances au sein de la cellule. C'est le cas lorsqu'on attend des écoutantes un focus sur un service, avec le risque d'identifier des individus. C'est alors la ligne rouge qui est franchie quand la surveillance collective permet de reboucler sur une surveillance individuelle et que la tension entre l'écoute des personnes et la dé-singularisation des plaintes est trop forte.

D'un instrument de lutte contre les discriminations et le harcèlement, la cellule d'écoute s'est donc rapidement enrichie pour se muer en dispositif de prise en charge des situations de souffrance au travail. De plus, ce dispositif mêle une logique de prévention individuelle et une approche de surveillance des risques professionnels appuyée sur un riche appareil de fiches, de chiffres et de papier. Pour compléter l'analyse des finalités attribuées à ce dispositif et de leurs effets sur le travail d'écoute, nous nous arrêtons sur la fonction d'orientation des cas vers les séquences ultérieures de prise en charge.

11. C'est également vrai dans l'autre sens. La cheffe du SAM peut être alertée d'une situation qui pourrait occasionner des appels. Ainsi, la défenestration d'un père dans une crèche s'est produite quelques jours avant ma première observation. Ce type d'événement traumatique occasionne donc des appels au cours desquels les écoutantes peuvent dire : « Je suis au courant », pour éviter aux agents de devoir les relater à nouveau. De manière plus réflexive, cela leur permet d'échanger entre elles sur des cas qui les « enquiennent ». On trouve des traces de ces alertes dans le cahier de Sabrina (cf. *infra*) où il est écrit, sous une date : « M. L., animateur suspendu », lequel pourrait alors joindre la cellule.

Au commencement était le verbe. L'écoute comme porte d'entrée dans un dispositif de prise en charge de la souffrance au travail

La cellule d'écoute a été conçue pour faire entrer un maximum d'agents en souffrance dans un dispositif de prise en charge. De ce point de vue, l'hospitalité de la cellule semble plus radicale que celle de l'hôpital (DODIER, CAMUS, 1997), puisque le triage se réduit à une problématique d'orientation. Ainsi, ce dispositif se laisse difficilement analyser par le prisme du triptyque classique de l'intervention en santé au travail : préventions primaire, secondaire et tertiaire (BAUD, 2022) – l'écoute pouvant être mobilisée à chacun de ces niveaux de prise en compte du risque selon qu'elle vise à prévenir l'instauration d'un climat délétère, à désamorcer des situations problématiques ou à gérer les dégâts du travail. L'enjeu est alors plutôt de la situer dans le cadre plus large de l'enchaînement de séquences qui fait de la santé des travailleurs un objet de préoccupations au sein de cette organisation bureaucratique.

Le circuit des papiers: le travail administratif de transformation d'un cas en dossier

Apparemment « simple comme un coup de fil », l'écoute en matière de prévention des risques soulève des complexités diverses. Pour être mis en dossier, chaque appel donne lieu à la production de nombreux documents papier ayant chacun une finalité propre. Au contact du papier et des diverses technologies permettant d'approcher les situations de travail, se mêlent des opérations de nature différente: écrire, recopier, reformuler, imprimer, photocopier, ranger, trier, compter, supprimer.

Ainsi, lorsque l'écoutante décroche le téléphone, elle saisit immédiatement un stylo et prend en note ce qu'elle entend au bout du fil. Sur ces brouillons se mêlent des listes visant à résumer les faits et des verbatim entre guillemets, considérés comme des éléments probants visant à constituer de futures qualifications exclusivement indexées sur le discours subjectif de l'agent: « Moi, ce qu'ils me disent, je le mets entre guillemets, je n'interprète pas. Même s'ils disent des gros mots, c'est leurs mots. Ce langage, il faut le noter », indique Sabrina, une écoutante. Ce langage brut apparaît ainsi d'emblée dans la fiche dans la partie « motif de l'appel ».

Pour qualifier les situations, les écoutantes doivent en venir à une seconde opération, celle du recopiage, dont Béatrice FRAENKEL (1993) a montré la centralité à travers la notion de « chaînes d'écriture ». Le recopiage s'effectue selon plusieurs modalités: résumer et mettre au propre au sein de la fiche d'appel saisie sur informatique (ci-après). Celle-ci sert à conserver le message et à transformer le texte pour en faire un support de l'activité de qualification. Les transformations sont parfois typographiques, pour mettre en valeur tel ou tel terme.

FIGURE – Fiche d'appel

APPEL "À VOTRE ECOUTE"			
Fiche N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date :	<input type="text"/>	Heure début :	<input type="text"/>
		Heure fin :	<input type="text"/>
Durée :	<input type="text" value="0:00"/>		
Prise en charge :			
Orientation 1 vers :	<input type="text"/>	Date de RDV:	<input type="text"/>
		Heure RDV	<input type="text"/>
Orientation 2 vers :	<input type="text"/>	Date de RDV:	<input type="text"/>
		Heure RDV	<input type="text"/>
Transfert immédiat de l'appel :		<input type="text"/>	
Autre orientation :	<input type="text"/>		
Appelant.e :			
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Tél 1 :	<input type="text"/>	Tel 2 :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text"/>		
Date naiss.:	<input type="text"/>	Sexe :	<input type="text"/>
		SOI :	<input type="text"/>
Direction :	<input type="text"/>	Métier :	<input type="text"/>
Date entrée	<input type="text"/>	Date entrée	<input type="text"/>
Métier :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
		Encadrant.e :	<input type="text"/>
Lieu de travail :	<input type="text"/>		
Signalant.e :			
Direction :	<input type="text"/>	Tél 1 :	<input type="text"/>
		Tél 2 :	<input type="text"/>
Fonction :	<input type="text"/>		
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Motif de l'appel :			
<input type="text"/>			
Qualification de l'appel :	<input type="text"/>	Observatoire Violence :	<input type="text"/>

Notes : cette fiche a été reproduite avec l'autorisation de la structure enquêtée.

La rubrique « Qualification de l'appel » est remplie selon les catégorisations suivantes : souffrance psy, urgence psy (liée à un traumatisme), conflit au travail, harcèlement moral, harcèlement sexuel, agissements sexistes, discrimination, addiction.

On assiste ensuite à un retour du papier par l'impression des fiches en deux exemplaires, dans la double logique de la prise en charge des cas individuels et de leur agrégation dans un instrument statistique. De premières épreuves peuvent alors surgir, comme lorsque Sabrina (dernière écoutante arrivée à la cellule pendant l'enquête, après une formation et une courte expérience professionnelle de secrétaire médicale) constate qu'elle a oublié de cocher la qualification de l'appel. Hors de question de le faire à la main, sous peine de ne pas en garder la trace dans le système informatique : il lui faut revenir à l'étape précédente, derrière son clavier. Ces papiers se distribueront ensuite dans deux endroits différents du service. Une fiche rentrera, à l'abri des regards indiscrets, dans une armoire du secrétariat, à l'intérieur d'une chemise recevant, les unes après les autres, les fiches d'appels de la journée. Plus tard, la personne chargée du secrétariat ce jour-là les distribuera aux différents praticiens qui recevront les agents et qui pourront alors prendre connaissance de l'affaire par ces traces de l'écoute. La seconde fiche termine dans une chemise en carton au sein de la cellule d'écoute, sur le bureau de Christine qui a pour mission, en plus des écoutes, de tenir la base de données, c'est-à-dire de coder chacune des fiches relatives à chacun des appels. Puis les fiches seront rangées dans un classeur, dans lequel les écoutantes puisent régulièrement pour retracer l'historique des appels d'un agent lorsque celui-ci dit avoir déjà eu recours à la cellule.

La réduction des appels à un *dossier* (des notes manuscrites, une fiche, une ligne dans une base de données, un rendez-vous dans un agenda) permet la fabrication d'une *affaire* qui appelle un traitement par d'autres professionnels dans des séquences ultérieures du dispositif. Ce travail nécessite de nombreuses tâches, consacrées à tracer l'activité, à l'enregistrer et à la faire circuler. Ainsi, au-delà de l'idée selon laquelle le dossier peut être appréhendé comme une technologie offrant une pluralité de « vues » sur une affaire (WELLER, 2018, p. 114), la pluralité des circuits que ces dossiers peuvent suivre donne à voir la diversité des prises susceptibles d'être actionnées pour surveiller l'état de santé des agents. Toutefois, ces prises s'opposent parfois les unes aux autres selon que le dossier est appréhendé par les écoutantes depuis les situations d'écoute ou par les psychologues depuis leurs situations d'expertise.

Expérience des écoutantes et expertise des psychologues : une nécessaire fragilité des qualifications

En matière de qualification, l'écoute n'a pas nécessairement le dernier mot. On a déjà insisté sur la place de l'horizon du soin, autour de la figure de l'écouteuse comme urgentiste de la santé au travail. Mais les opérations de qualification qu'elles effectuent et, surtout, leurs effets en matière de prise en charge, laissent apparaître la place d'un second horizon, celui du droit. Elles rappellent ici une seconde figure professionnelle centrale de la justice pénale : celle du magistrat du parquet. Comme un parquetier, l'écouteuse prend sa décision en temps réel et par téléphone (BASTARD, MOUHANNA, 2007). Son rôle est alors de qualifier les faits et d'orienter les affaires,

comme le fait un magistrat du parquet au moment de qualifier les procédures judiciaires. Pour fonder sa qualification de l'affaire, l'écoutante dispose d'une liste d'items, dont certains, en matière de discrimination par exemple, épousent la forme des qualifications juridiques. Là où le magistrat du parquet pré-qualifie les faits pour orienter l'affaire vers le tribunal compétent, les écoutantes déterminent pour chaque cas la qualification adéquate (souffrance psy ; urgence psy ; conflit au travail ; harcèlement moral ; harcèlement sexuel ; agissements sexistes ; discrimination ; addiction) et l'orientation associée (psychologue, référent harcèlement ou discrimination, médecin du travail, etc.).

Ce portrait de l'écoutante en magistrat du parquet permet d'insister sur l'ambivalence de son autonomie (JUSTON MORIVAL, 2021) pour qualifier les faits relatés à la cellule d'écoute. Comme pour les parquetiers qui peuvent voir leur qualification rejetée par le professionnel de la séquence ultérieure (les juges du siège), les écoutantes peuvent voir leur avis remis en cause par les psychologues, ce qui assure une certaine souplesse au dispositif de prise en charge. En effet, chaque situation est *a priori* éligible à une pluralité de catégories. Ce sont alors des catégorisations provisoires qui sont établies, d'abord car elles consistent toujours en un pari (PAPAUX, 1999, cité par CHAPPE, 2010), ensuite car elles peuvent être requalifiées lors de la séquence ultérieure où le professionnel pourra, depuis son cabinet, la mettre à l'épreuve de son expertise professionnelle appliquée à la situation.

Cette nécessaire fragilité des qualifications s'est donnée à voir autour des cas « urgents », c'est-à-dire ceux qui sont orientés vers la cellule d'urgence psychologique (CUP) pour laquelle un rendez-vous peut être donné dans la journée. Pour identifier ces cas urgents, les écoutantes peuvent miser sur leur pratique quotidienne de traitement des cas et sur leur compétence pour identifier dans le flux des paroles des repères indiquant qu'il est nécessaire d'apporter une réponse rapide. Par exemple, des pleurs peuvent constituer un repère de ce type : dans ce cas, « c'est risqué pour nous de mettre un entretien dans un mois », affirme une écoutante. À l'inverse, il est fréquent que des cas qui pourraient à première vue apparaître comme urgents soient désamorçés par cette même compétence acquise au fil des appels. Ainsi, les écoutantes puisent dans la pluralité des ressources disponibles pour traiter les cas urgents, depuis l'urgence absolue – qui impose de transmettre l'appel immédiatement à un psychologue voire d'appeler les secours – jusqu'aux arrangements d'agenda permettant de donner un rendez-vous rapide. Dans le cas qui suit, cette seconde modalité d'« urgence relative » sera choisie alors même que l'homme au bout du fil tient des propos suicidaires. La situation d'observation, qui fait que je n'ai accès qu'aux propos de l'écoutante, implique que ma compréhension est dans un premier temps très incomplète, jusqu'à ce qu'elle mette son interlocuteur en attente le temps de faire un compte rendu à son responsable : « C'est un monsieur qui a des propos suicidaires : "Je me demande si je ne vais pas passer sous un train." » Et de relativiser l'urgence de la situation en faisant part de son ressenti : elle indique que le monsieur est très « sympathique ». Finalement, François-Xavier – le nouveau responsable de

la cellule qui a succédé à Sylvie – suggérera de qualifier la situation en « souffrance psychologique » plutôt qu'en « urgence », tout en lui débloquent un rendez-vous rapidement. Le débriefing permet de comprendre comment des propos suicidaires peuvent être relativisés par les impressions qui suivent : « Il a parlé d'idées noires. C'est pour ça que je suis allé voir François-Xavier. Il est très sympathique, il pleurait pas, mais à partir du moment où il a parlé du train, j'ai tilté quand même. » Je lui demande alors ce qu'il aurait fallu pour que ce soit traité comme une urgence absolue : « Urgence absolue : on appelle les pompiers. Ce n'est pas le cas ici. Même s'il y a une phrase clé qu'on intègre selon son propre ressenti [...]. En fait il était pas... dépité. Il pleurait pas, il était pas au bout du bout. » Différents éléments sont intervenus dans la « résolution » de ce cas, c'est-à-dire dans l'orientation prise par celui-ci dans l'un des cheminements qu'offre le SAM : recours à l'avis du responsable, mise en balance des propos tenus et de l'impression générale laissée par l'échange, jeu sur différents degrés d'urgence.

Pour trancher des cas, les écoutantes peuvent également mobiliser leurs connaissances des situations de travail vues de l'intérieur. Cette expérience est acquise au fil des appels ou de la trajectoire professionnelle, notamment pour les deux d'entre elles (soit la moitié des écoutantes sur la période d'enquête) ayant obtenu leur poste à la cellule d'écoute à la suite d'un reclassement ou d'une reconversion à cause d'un problème de santé. Ces écoutantes tirent donc leurs compétences de leurs propres expériences de travail *et* de souffrance au travail. Si ces expériences sont valorisées par leurs responsables, elles peuvent être remises en question dans le cas de controverses avec les psychologues qui, ce faisant, rognent de fait l'autonomie de qualification des situations des écoutantes. Ceux-ci en effet opposent à ce registre de l'expérience celui d'une expertise sanctionnée par des titres universitaires. Ces ressources s'actualisent dans des dynamiques de cadrages distinctes de celles offertes par la situation d'échange téléphonique, dans la mesure où un rendez-vous d'une heure dans le cabinet du psychologue et à distance des faits offre des prises différentes pour évaluer la situation. C'est la raison pour laquelle les écoutantes défendent un large spectre de situations perçues comme urgentes. « Je préfère me tromper comme ça que dans l'autre sens, en ne donnant pas des rendez-vous urgents à ceux qui en ont besoin », explique Corine. La possibilité d'erreur de ce type est inhérente au fonctionnement de la cellule d'écoute où tout n'est pas immédiatement clair et parfaitement stabilisé (« les gens peuvent avoir dix versions avec dix interlocuteurs »), où les situations font l'objet de compréhensions diverses (« ça dépend du ressenti de chacun ») et où l'erreur doit être limitée au maximum (« en fait, il faut aussi que nous, on se couvre »).

Pour les psychologues, ces erreurs d'aiguillage sont problématiques au point qu'ils ont fait remonter en réunion de service la question des « cas urgents qui n'en sont pas ». Une solution proposée a été de suggérer aux psychologues, lorsque la situation se présente, d'en reparler avec les écoutantes afin de les former, au cas par cas en somme, à l'identification des repères pertinents permettant d'identifier les

« vraies » urgences. Par exemple, lorsque Martine, psychologue dans le service, entre dans la cellule d'écoute où je suis présent avec Sabrina, elle reproche à cette dernière d'avoir déplacé un rendez-vous du jour au lendemain. Sabrina explique que c'est une demande de l'agente qui doit garder son enfant ce jour-là, et qui ne peut donc pas honorer son rendez-vous. Martine indique alors que « cela révèle en fait une résistance pour venir », dans la mesure où elle ne fait pas le nécessaire pour se rendre disponible¹². En précisant à Sabrina le raisonnement qu'elle aurait pu/dû tenir en situation d'écoute, Martine révèle les contradictions de ce dispositif. D'une part, on attend des écoutantes qu'elles laissent la situation suffisamment ouverte pour permettre un traitement évolutif, d'autre part, on prétend les former à l'identification de situations urgentes dont on considère par ailleurs qu'elle suppose un bagage théorique qu'elles n'ont pas¹³.

Pour résumer, l'écoute est la séquence primordiale d'un dispositif de prise en charge au cours de laquelle la qualification des faits permet d'orienter les cas constitués en affaires par un travail de mise en dossier. Cette qualification relève de pairs plutôt que d'experts, dont il est attendu la mobilisation d'un savoir plus pratique que théorique afin d'orienter les agents vers une prise en charge adéquate. Les tensions induites par la rencontre entre des logiques professionnelles plurielles sont en fait nécessaires pour que le dispositif fonctionne, puisque la fragilité des qualifications des écoutantes favorise l'entrée des agents en souffrance dans le dispositif, tout en permettant la révision du cheminement des dossiers. La figure de l'écoutante est donc tout à fait originale dans le domaine de la santé au travail, puisqu'il s'agit d'accueillir, d'orienter et, sans doute déjà, de prendre en charge. Dans la partie suivante, nous détaillons et déclinons cette idée d'une pratique préventive singulière à partir des tensions engendrées par cette ambivalence fondamentale de l'écoute des maux du travail, entre un impératif de qualification des faits et une exigence de prise en charge des souffrances. En décalant le regard des finalités plurielles attribuées au dispositif vers les façons dont elles contribuent à cadrer les pratiques concrètes des écoutantes, nous mettons au jour les difficultés à articuler les découvertes par l'écoute de situations problématiques avec les facteurs de risques associés aux conditions de travail.

12. De la même manière, à la fin du cahier où elle a retranscrit les notes d'un rendez-vous qu'elle a eu avec une psychologue du service, Sabrina synthétise ainsi les critères permettant de repérer, dans le flux de la conversation téléphonique, les situations potentielles de harcèlement : « humiliation ; placard ; différence de traitement ; actes répétés ».

13. Lors de la restitution de l'enquête au sein du service, la discussion s'est prolongée pour envisager de substituer à ces discussions entre deux portes des réunions entre quatre murs, afin d'échanger collectivement sur ces situations de désajustement entre la séquence de l'écoute et celle de la prise en charge.

Surveiller et prévenir : le travail d'écoute en tensions

Resituer, comme on l'a fait précédemment, le travail d'écoute au sein d'un dispositif de prise en charge dont il ne constitue que le premier maillon a été utile pour voir comment les finalités de surveillance attribuées à la cellule façonnent la façon dont les écoutantes orientent les cas. Cependant, cette analyse diachronique n'épuise pas les dynamiques à l'œuvre dans une situation d'écoute qui, loin de se réduire à une « course à l'orientation », réunissent une grande variété d'ingrédients. Nous nous intéressons à présent aux dynamiques qui, dans les situations d'écoute, mettent l'enjeu d'orientation en tension avec d'autres horizons d'attentes, interrogeant ainsi la possibilité même d'une prévention des risques par téléphone qui ne se réduirait pas à une approche managérialisée des risques professionnels.

Des échanges fluides et systématiques : la difficile invisibilisation de la trame

Comment régler l'interaction téléphonique ? Quand, par exemple, faut-il demander les renseignements administratifs ? Face à des situations d'appel extrêmement diverses, le recours à une trame est utile pour conduire des échanges homogènes. Mais cette exigence entre en contradiction avec la première chose qu'apprennent les écoutantes, à savoir conduire l'échange aussi naturellement que possible, c'est-à-dire sans que la personne au bout du fil perçoive la trame qu'elles sont en train de suivre. Cette posture s'apprend, d'autant que, comme on l'a vu, les écoutantes n'ont *a priori* aucune formation en la matière – ce qui les distingue fortement dans l'écologie professionnelle de la prévention des risques. En effet, c'est plutôt sur une disposition à l'écoute – on peut faire l'hypothèse qu'elle relève d'un processus de naturalisation de compétences féminines – qu'elles sont recrutées, soit à la suite d'une pratique antérieure de secrétariat, soit du fait d'un problème de santé ayant entraîné une reconversion.

Pour les trois premières écoutantes arrivées à la cellule, l'apprentissage a été à la fois théorique et pratique. Sur le premier volet, Sylvie cite « quelques petites formations sur différentes thématiques, de souffrance au travail, harcèlements et ainsi de suite pour savoir de quoi il s'agit quand même ». Quant au volet pratique, Sylvie et Caroline ont procédé par des mises en situation au cours desquelles elles recevaient l'appel d'un agent :

« Il s'agissait de les accompagner sur : qu'est-ce que c'est qu'une écoute téléphonique ? [...] Quel genre d'émotion on peut recevoir : la colère, l'agressivité, les pleurs, la tristesse, la mélancolie. Enfin voilà, ces choses, alors sans en faire non plus des psychologues, mais... Mais voilà. [...] Comment on écoute ? Comment on reformule ? Comment on accueille la parole, l'émotion ? »

(Entretien avec Sylvie, responsable de la cellule, mars 2018)

Arrivée récemment dans le service pour remplacer l'une des trois écoutantes ayant réussi un concours administratif, Sabrina a été formée par ses collègues, par l'entremise d'une longue phase d'observation des appels. Pendant deux mois, Sabrina prend des notes qu'elle met au propre dans un cahier qu'elle me laisse photocopier :

« C'est dingue tout ce qu'il faut apprendre. Alors oui, on dit que c'est simple comme un coup de fil [je m'étais amusé plus tôt de la brochure où figure ce slogan], mais il y a toute une machine derrière. Qui fait quoi, qu'est-ce qu'on peut proposer ? »

(Entretien avec Sabrina, écoutante, septembre 2018)

Elle a ainsi noté sur ce cahier différentes ficelles de l'écoute à mobiliser en situation. On y retrouve des informations relatives aux noms, spécialités et jours de présence des différents professionnels vers lesquels l'écoute est susceptible d'orienter les cas. Surtout, ces pages manuscrites condensent un certain nombre de règles à suivre pour réaliser l'écoute et inciter l'agent à prendre un rendez-vous. Par exemple, « expliquer à l'agent qu'il a le droit de prendre RDV sur son temps de travail. Avec accord de son chef, le RDV peut lui être refusé s'il y a un sous-effectif dans le service ». Y figurent aussi une façon d'opérationnaliser la trame dans des formulations (« À votre écoute Sabrina bonjour ») et des questions à poser lors d'un appel (« Êtes-vous agent de la collectivité ? Êtes-vous déjà venu dans notre service ? Demander les renseignements [noms, prénoms, date de naissance, n° d'identification, la direction, le poste occupé actuellement, depuis quand, date d'arrivée à la collectivité] »). Plus largement, y sont notés, en rouge, les « éléments de langage » cités par Sylvie et présentés ici comme des « phrases clés » (encadré 2).

Le suivi des quatre écoutantes a montré qu'une certaine habileté à ne plus se conformer à la trame de manière linéaire vient avec l'expérience. Par contraste, les observations d'écoute avec Sabrina ont montré qu'un suivi linéaire et systématique de la trame avait pour conséquence de couper fréquemment la parole à un agent désireux d'entamer la conversation par un récit extensif des raisons de son appel. En effet,

ENCADRÉ 2

La bonne écoute en quelques phrases clés: extraits du cahier de Sabrina

- Les informations ne seront pas divulguées, cela reste confidentiel. Ne vous inquiétez pas.
- Pensez à prendre votre carte prof. Les vigiles devant la porte vous la demanderont.
- Est-ce que vous voulez m'expliquer pour que je puisse vous diriger vers un praticien adapté ?
- La cellule prend en charge les problèmes liés au travail.
- Je vais vous demander quelques renseignements administratifs pour commencer.
- Si quelque chose doit être fait, ce sera toujours avec votre accord.
- Votre supérieure va savoir que vous êtes allé au service d'accompagnement et de médiation, mais elle ne saura pas pourquoi et qui vous êtes allé voir.

Sabrina commençait systématiquement par recueillir les informations administratives, à la fois très intrusives et nominatives, ce qui est à la fois lié à son arrivée récente et, probablement, à sa pratique antérieure de secrétaire médicale. Or le surgissement de la trame dans l'interaction individuelle – nécessaire à la future agrégation statistique – génère parfois un soupçon d'identification possible chez des agents à qui on a dit plus tôt que l'écoute était absolument confidentielle. Ce problème est à l'inverse habilement détourné par les autres écoutantes qui font varier la forme de l'entretien téléphonique, autrement dit l'ordre dans lequel remplir la trame, en fonction de ce qu'elles perçoivent de l'échange, et ceci, dès les premiers mots de l'agent. « Un appel, c'est jamais le même », résume Corine qui distingue deux modes pour remplir la fiche, soit inductif, en laissant l'échange ouvert le plus longtemps possible, soit cadré d'emblée par des questions fermées :

« Je fonctionne en fonction de la personne, je la laisse parler puis je finis en posant les questions qui manquent, ou alors je peux poser une question pour interrompre quelqu'un dont le flux ne s'arrête pas, ou encore, si la personne est pas trop bavarde, commencer dès le début par des questions fermées. »

(Entretien avec Corine, écoutante, mars 2018)

En définitive, l'enjeu d'une « bonne écoute » est double : épouser les formes d'une interaction téléphonique naturelle et efficace pour prendre en charge et prévenir les souffrances ; se couler dans les contours de la base de données par des éléments quantifiables dans une optique de veille. Écouter les maux du travail nécessite que les échanges soient singularisés tout en les dépersonnalisant à travers un processus de mise en équivalence des cas les uns avec les autres. Ce « passage brutal à la mise en équivalence de soi avec autrui » (DODIER, CAMUS, 1997, p. 113) s'efface quand les agents joignent la cellule d'écoute, grâce à la virtuosité avec laquelle les écoutantes apprennent à mener les entretiens, tout en suivant en toute discrétion la trame des appels.

Ne pas juger mais entendre : écoute passive ou accompagnement actif?

Comment configurer son écoute ? Jusqu'où demeurer en retrait dans l'accueil de la parole des agents en souffrance ? La deuxième tension qui traverse toutes les écoutes renvoie à deux manières de conduire les interactions, entre une première posture réceptive vis-à-vis de la parole que les agents entendent « déposer », et une autre qui confère à l'écoutante un rôle plus actif dans la formulation des doléances.

La première branche de l'alternative s'est donnée à voir de manière manifeste dans les cas où des étrangetés émergent de l'échange, sans occasionner pourtant un travail de relance de la part de l'écoutante pour comprendre précisément le déroulement des faits. Ainsi, dans le cas d'un appel où un agent se dit harcelé par un ancien encadrant à la retraite, Corine me fera part de son incompréhension de cette situation où un retraité harcèle un agent au travail. Mais pour elle, cette question de clarification n'est pas pertinente au stade de l'orientation. Dans cet exemple comme dans d'autres,

tout se passe comme si centrer l'activité sur une écoute strictement réceptive et une retranscription la plus neutre possible permettait de maintenir un flou pour construire son objectivité. Ainsi, il arrive que les agents parlent explicitement de harcèlement. L'écoutante reproduit alors le terme, mais au titre de verbatim pour jouer avec la qualification, c'est-à-dire la formuler, mais sans la reprendre à son compte, ce que le cahier de Sabrina présente au chapitre des explicitations des normes relatives à l'écriture des fiches d'appels : « Toujours rapporter les mots de l'agent. Rapporter les propos des phrases échangées avec des collègues ou des supérieurs » ; « Lorsqu'un agent expose son problème, le rapporter avec l'agent dit... L'agent dit se faire harceler ». L'enjeu soulevé ici est celui de la robustesse des éléments recueillis à ce stade de l'écoute, mais aussi la recherche d'une neutralité, comme l'indique, plusieurs pages plus loin, le petit cahier à spirale : « Faire comprendre à l'agent que nous ne sommes pas dans le jugement ! » L'enjeu ici n'est pas celui d'une réparation juridique, mais d'une amélioration de la prise en charge, pour orienter vers le bon professionnel du service.

Mais parfois, les termes « harcèlement » ou « discrimination » sont suggérés par les écoutantes, comme dans le cas suivant qui révèle les façons diverses dont celles-ci participent à la qualification des affaires en proposant des termes comme « discrimination » aux agents qui ne formulent pas les choses ainsi *a priori*. C'est dans ces séquences de reformulation active, plutôt que d'écoute passive, que réside la place ordinaire du droit dans l'écoute, dans la mesure où l'écoutante participe à la formulation des plaintes et favorise ainsi un traitement potentiellement judiciaire.

Lors d'un appel que prend Christine, je l'entends demander au bout de deux minutes de récit de la part de l'agent : « Vous avez l'impression qu'il fait de la discrimination ? » Plus tard dans l'échange, elle demande : « Est-ce que vous souhaitez rencontrer notre référente harcèlement ? Je dis ça parce que vous me dites qu'il fait de la discrimination et du harcèlement par rapport aux femmes. Je pense, avec votre accord hein, que ce serait pas mal. » Elle explique : « La référente expose ce qui pourra être fait et avec votre accord, on pourra faire des choses. Mais au moins vous aurez eu des personnes dont c'est le métier, un avis professionnel quoi. Je pense que ça serait pas mal. »

Ici, elle emploie le terme de « discrimination » à plusieurs reprises, sans le reprendre à l'agent semble-t-il, ce que confirmera le moment de débriefing où elle explique qu'à la suite du récit de l'appelant au cours duquel le terme n'est pas prononcé, il lui arrive de « le proposer ». Ces reformulations des doléances sont d'autant plus utiles en matière de discrimination qu'elle note que « le tapage autour du terme » s'accompagne d'une frilosité des agents à prononcer le mot. Alors que je demande si la réciproque existe, autrement dit si le terme est peut-être parfois utilisé à mauvais escient, elle confirme : « Quand le mot est utilisé à mauvais escient, pour ma part, je ne le dirige pas vers le référent discrimination. » L'écoutante ne fait donc pas qu'écouter. Elle participe activement, par ses reformulations ou ses suggestions, à cadrer la future prise en charge.

Cette tension entre écoute passive et reformulation active des doléances révèle alors une autre caractéristique d'une « bonne écoute ». Comme on l'a déjà dit, l'enjeu n'est pas d'arrêter une vérité définitive sur un cas, mais, au contraire, de le laisser suffisamment ouvert pour lui donner une capacité à circuler, à avancer plus loin dans le dispositif de prise en charge, quitte à ce que celui-ci se mue en dispositif d'enquête administrative ou judiciaire, à la faveur d'une procédure de signalement.

La possibilité du signalement : un anonymat relativisé par l'horizon du droit

Arrive-t-il qu'il faille, pour agir efficacement sur des situations de souffrance au travail particulièrement aiguës et susceptibles de représenter un danger pour celui qui la vit, que les écoutantes signalent ce qu'elles découvrent lors des échanges téléphoniques au détriment du principe de confidentialité ? C'est le troisième ordre de tensions qui traverse le travail d'écoute. Des travaux ont montré les rapports différents à cette pratique selon la socialisation des professionnels dotés de ce mandat de signalement (SERRE, 2010). Cette tension révèle particulièrement bien la place de la légalité dans ce travail d'écoute où l'horizon judiciaire est présent, ce dont témoigne la retranscription de l'échange suivant :

- « – Mais vous venez de commencer ce matin, faut peut-être voir dans quelques jours sur la durée. Et puis faut apprendre à se connaître aussi. [...] Déjà, je vais vous proposer un rendez-vous avec le psychologue pour tout ce qui est problème au travail, pour mettre des mots sur ce qui vous arrive. Pour le cannabis, je vais, si vous voulez, vous proposer un RDV avec le Dr L. Si vous voulez.
- Trois dans la journée... [puis elle rit fortement.]
- Si ça régule ! Vous verrez ça avec le Dr L. ! [Rires] Faut arrêter de réfléchir le soir ! Faut mettre tout en pause ! Vous allez travailler avec le Dr L. [sur] ça. [...] Ça peut que vous faire du bien. »

À l'autre bout du fil, un adjoint d'animation attaché à la direction chargée des affaires scolaires explique qu'on lui a récemment demandé de « passer adjoint ». Corine résume la situation à destination de Sylvie qui est présente dans le bureau : il a commencé le matin même et constate « qu'on lui demande de tout gérer, tandis que le directeur ne fait rien ». Il cite, par ailleurs, un suicide au travail sur ce site, et raconte qu'il a dû emballer les affaires de la personne décédée et aider la maman de cette dernière. « Et ça, ça le retourne. Par ailleurs, il fume du cannabis. Trois quand tout va bien ; huit à douze [joints] quand ça va pas. Il avait l'air d'être bien mais moi, je suis pas médecin ! », ajoute-t-elle en riant.

Sylvie, elle, ne rit pas du tout et une tension très forte s'installe dans la cellule tandis qu'elle interrompt Corine :

- « – S'il est en présence d'enfants, ça va pas du tout.
- Mais il est pas auprès des enfants, il est dans les bureaux.

- OK, vous êtes sûre ? Bon, déjà ça me rassure un peu. Pas complètement, car s'il prend des responsabilités en tant qu'adjoint...
- Oui, mais apparemment les parents, ils veulent que ce soit lui.
- Oui, mais ça c'est sa *life* comme dirait l'autre, ça ne nous regarde pas.
- Là il commence, à mon avis, il juge les gens trop rapidement, à mon avis. Mais c'est que mon avis. Et puis c'est sa demande à lui de voir un psychologue et un addictologue.
- Bon, on va le féliciter alors [à moitié rassurée et à moitié agacée par la situation]. »

Le débriefing de ce cas avec Sylvie et Corine permet de comprendre la tension qu'occasionne la perspective de devoir faire un signalement : la responsabilité de l'administration et de la cellule pourrait être engagée. « Là ça me questionne. Huit à douze joints par jour, ça m'affole. Auprès d'enfants, je me serais questionnée de le signaler ou pas auprès de la hiérarchie. *Idem* avec un conducteur de véhicule. »

Ce cas ambigu trouve alors à se résoudre lorsque l'équipe de la cellule décide de temporiser, c'est-à-dire de miser sur la séquence ultérieure du dispositif, où le psychologue évaluera, au cours de l'entretien, la nécessité d'effectuer ou non un signalement.

« Il vient mercredi, on peut attendre, conclut Sylvie. Par contre, j'essaierai d'en toucher un mot à Yvan [le psychologue qui le recevra] pour le sensibiliser au métier de ce monsieur pour qu'il soit attentif et pour qu'il questionne un petit peu plus ses fonctions. »

L'écoute téléphonique fournit donc de premiers indices essentiels à la mise en branle d'un mécanisme d'enquête pouvant amener à lever l'anonymat promis lors des écoutes, même si des précautions peuvent parfois être prises, comme ici avec Corine : « On est en secret professionnel. C'est confidentiel. Si on fait quelque chose, c'est avec votre accord, sauf si vous êtes en danger. » Par ailleurs, le signalement opère par degrés. Lorsque le cas est remonté à la cheffe du SAM, c'est une « alerte » qui reste au niveau du SAM. Mais si Caroline considère qu'il y a mise en danger de la personne ou de la vie d'autrui, elle peut activer la toute nouvelle procédure « mise en danger grave et imminente ».

Cette éventualité a pris une place de plus en plus importante au terme de la première année de la cellule d'écoute. Dès le départ, il était prévu que des cas individuels puissent être discutés, avec l'accord des agents, dans une commission pluridisciplinaire *ad hoc*. L'enjeu est de réfléchir à la possibilité d'une enquête administrative « pour voir ce qui se passe dans la réalité du travail », explique Caroline, et de combler alors un angle mort de la cellule d'écoute centrée sur le témoignage et le ressenti des agents. L'ouverture de cette commission à des acteurs aux expertises variées et à des représentants de l'administration poursuit donc plusieurs visées : prendre une décision ancrée dans une discussion entre professionnels et lui conférer une légitimité.

Ainsi, « à l'issue de cette réunion pluridisciplinaire, il y a une décision qui est prise. Il y a des choses qui sont actées. Et il peut y avoir un signalement à la direction concernée. Il peut y avoir une enquête administrative de déclenchée, et des sanctions

disciplinaires », synthétise Sylvie. Si ces dernières viennent rompre avec le principe fondamental de l’anonymat, c’est, selon les différents protagonistes de la cellule, un moindre mal consenti pour leur éviter de se faire opposer une non-assistance à personne en danger. Elles révèlent aussi chez les responsables une certaine vision des relations de travail selon laquelle briser l’anonymat est souvent nécessaire pour que le changement s’opère :

« Je me refuse à dire à l’encadrement, aux directions ou SRH [service des ressources humaines] que le SAM est sacralisé. Qu’aucune information ne sort, et que c’est un... Voilà. Un lieu auquel personne ne peut y mettre un pied. Je pense que c’est important qu’on rende quand même les choses visibles. »

(Entretien avec Caroline, juin 2018)

Au cœur de l’écoute réside donc ce que les travaux en *legal consciousness studies* ont appelé la « légalité », dans la mesure où les écoutantes contribuent à façonner ce qu’il apparaît comme légitime ou illégitime de considérer comme un problème de souffrance au travail justifiant l’appel d’un tiers, sinon l’appui sur des qualifications juridiques. Or ces suites – dont l’analyse déborde le cadre de cette étude – ne sont que très rarement judiciaires et prennent parfois la forme d’arrangements institutionnels, de médiation interne par exemple (BASTARD *et al.*, 2003). Finalement, la mise en place de la cellule d’écoute illustre un processus d’endogénéisation du droit, à travers les *internal grievance procedures* (« procédures de règlement interne des litiges ») (EDELMAN *et al.*, 1999), dans la mesure où l’on peut décrire la cellule d’écoute comme une procédure interne à la collectivité qui imite la forme juridique tout en permettant d’éviter d’y recourir :

« Nous, notre dispositif, il n’a pas vocation à dire si c’est du harcèlement, etc. De toute façon, il n’y a que la loi, il n’y a que le juge qui est en mesure de déterminer si c’est du harcèlement ou pas. Néanmoins, la responsabilité de l’employeur fait qu’il se doit de protéger ses agents. »

(Entretien avec Caroline, juin 2018)

À travers les trois tensions du travail des écoutantes détaillées ici, se dégage au fond l’ambivalence fondamentale du recours à l’écoute pour surveiller et prévenir les risques professionnels. La contrainte du suivi de la trame révèle que les échanges téléphoniques et les bilans d’activité apparaissent comme deux faces de la surveillance, entre prise en charge individuelle et comptage des cas. L’éventualité du passage de la posture passive d’écoute à un rôle actif dans la formulation des doléances témoigne de la nécessité de faire avancer les cas dans le dispositif de prise en charge tout en laissant les choses suffisamment ouvertes avant qu’elles ne soient saisies par les psychologues. Enfin, la possibilité du signalement constitue un cas limite au cours duquel les écoutantes contribuent à déterminer ce qui peut être légitimement considéré ou non comme un problème de souffrance au travail.



En mettant les situations d'écoute en perspective avec la genèse de la cellule et avec les séquences ultérieures de prise en charge qu'elles contribuent à cadrer, et en éclairant la multiplicité des registres que les écoutantes articulent au téléphone, cet article a rendu compte de ce qui compose cet agencement original de mots, de papiers, de dossiers, de données statistiques. Au fond, cet article a questionné ce que peut un téléphone pour surveiller l'état de santé de 50 000 agents et prévenir les situations de souffrance. Il a montré les apports et les limites d'une politique de prévention des risques professionnels par téléphone en pointant la manière dont les finalités prêtées à ce dispositif de surveillance des risques contribuent à contraindre les pratiques de prévention par téléphone. Par exemple, l'objectif d'agrégation des données assigné à la cellule transforme la relation d'écoute, et l'ambition portée par les membres de la cellule d'agir sur la réalité du travail se heurte, jusqu'à un certain point, à l'engagement de surveillance anonyme.

Pour prendre la mesure des effets réels de l'écoute sur ces situations, il aurait fallu déplier le dispositif plus loin, à l'autre bout du fil, auprès des agents ayant eu recours à la cellule. Cet article a suivi une autre voie qui a consisté à prendre au sérieux le moment de l'écoute et qui, pour cela, a privilégié l'exploration approfondie de la séquence des appels selon une perspective de sociologie du travail centrée sur les activités concrètes menées à la cellule. Cette approche de l'écoute a permis d'analyser ce dispositif de surveillance des risques professionnels en lien avec des transformations générales de la santé au travail et de comprendre les enjeux attachés à la valorisation actuelle de l'écoute des maux du travail, que ce soit pour obtenir des labels, instituer des guichets uniques de prise en charge ou offrir des solutions pratiques, souvent en interne. Cet article a permis de montrer que, derrière la mise en place apparemment simple d'une ligne téléphonique, le rôle d'écouter est complexe à tenir, car il réside au carrefour du recueil des mots, de la construction des chiffres, de l'horizon du soin et de celui du droit. En définitive, ce texte est une invitation à prendre la mesure des tensions constitutives de toute activité d'écoute des maux du travail, dans le contexte actuel d'essor renouvelé de cette pratique de prévention des risques professionnels. Un examen systématique de ces espaces d'écoute – mais aussi de parole, *via* notamment la mise en place récente des espaces de discussion sur le travail (ANACT, 2015) – permettrait ainsi d'enrichir l'analyse conjointe de ces pratiques d'écoute traditionnelles et de ce groupe professionnel d'un nouveau genre, les écoutants et les écoutantes, au sein de l'écosystème de la prévention des risques professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- ANACT (2015), « Discuter du travail pour mieux le transformer », *Travail & Changement*, n° 358.
- BASTARD B., MOUHANNA C. (2007), *Une justice dans l'urgence : le traitement en temps réel des affaires pénales*, Paris, Presses universitaires de France.
- BASTARD B., CARDIA-VONÈCHE L., GONIK V. (2003), « Judiciarisation et déformalisation. Le "Groupe H" et le traitement institutionnel du harcèlement psychologique », *Droit et Société*, n° 53, p. 185-208.
- BAUD V. (2022), *La QVT. En finir avec les conneries*, Marseille, Éditions Master.
- BEYNEL E. (dir.) (2020), *La raison des plus forts. Chroniques du procès France Télécom*, Ivry-sur-Seine, Éditions de l'Atelier.
- BOLTANSKI L., THÉVENOT L. (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- BONANNO A. (2022), « Comment les atteintes à la santé deviennent-elles tangibles ? Le travail de constat des agents de contrôle de l'inspection du travail », *Droit et Société*, n° 110, p. 37-52.
- BUSCATTO M. (2002), « Les centres d'appels, usines modernes ? Les rationalisations paradoxales de la relation téléphonique », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 1, p. 99-117.
- CHAPPE V.-A. (2010), « La qualification juridique est-elle soluble dans le militantisme ? Tensions et paradoxes au sein de la permanence juridique d'une association antiraciste », *Droit et Société*, n° 76, p. 543-567.
- DESROSIÈRES A. (2008), *L'argument statistique. Pour une sociologie historique de la quantification* (tome I) et *Gouverner par les nombres* (tome II), Paris, Presses de l'école des Mines.
- DODIER N., BARBOT J. (2016), « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, sciences sociales*, vol. 71, n° 2, p. 421-450.
- DODIER N., CAMUS A. (1997), « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, n° 65, p. 109-119.
- EDELMAN L. B., UGGEN C., ERGLANGER H. S. (1999), « The Endogeneity of Legal Regulation: Grievance Procedures as Rational Myth », *American Journal of Sociology*, vol. 105, n° 2, p. 406-54.
- FASSIN D. (dir.) (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- FRAENKEL B. (1993), « Pratiques d'écriture en milieu hospitalier : le partage de l'énonciation dans les écrits de travail », *Cahiers du Réseau Langage et Travail*, n° 5, p. 65-83.
- FOUCAULT M. (2001), *Dits et écrits, 1954-1988*, t. III, 1976-1979, Paris, Gallimard.
- JUSTON R. (2016), « Comment une tache de sang devient-elle une preuve ? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales », *Droit et Société*, n° 93, p. 395-416.
- JUSTON MORIVAL R. (2021), « Autonomie des juges ou automatisme des jugements ? La qualification judiciaire à l'épreuve des expertises médico-légales », *Sociologie*, vol. 12, n° 4, p. 333-349.

MIAS A., WOLMARK C. (dir.) (2018), *Agir sur la santé au travail. Acteurs, dispositifs, outils et expertise autour des enjeux psychosociaux*, Toulouse, Octarès.

PAPAUX A. (1999), « Herméneutique juridique, qualification et abduction », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 42, n° 1, p. 85-123.

SARFATI F. (2013), « L'autonomie et la contrainte. Une revue de littérature sur les centres d'appels téléphoniques », in Goussard L., Sibaud L. (dir.), *La rationalisation dans tous ses états. Usages du concept et débats en sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, p. 121-130.

SERRE D. (2010), « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées », *Déviance et Société*, vol. 34, n° 2, p. 149-162.

TALESH S., PÉLISSÉ J. (2019), « How Legal Intermediaries Facilitate or Inhibit Social Change », *Studies in Law, Politics, and Society*, vol. 79, p. 111-145.

WELLER J.-M. (1997), « Le guichet interactif. Ce que font les bureaucrates lorsqu'ils répondent au téléphone », *Réseaux*, n° 82-83, p. 129-148.

WELLER J.-M. (2018), *Fabriquer des actes d'État. Une ethnographie du travail bureaucratique*, Paris, Économica.

WILLEMEZ L. (2017), « Une pédagogie du droit sous contrainte. Les syndicalistes et les inspecteurs du travail dans l'activité de consultation juridique », *Politix*, n° 118, p. 103-130.

RHIZOME (2021), « Les visages de l'écoute », n° 79.

Des usages managériaux de la science ?

Le devenir en entreprise des modèles de mesure des risques psychosociaux au travail

*Scarlett Salman**

À côté des grandes enquêtes statistiques nationales et des études épidémiologiques qui ont intégré les « risques psychosociaux » (RPS) à leur arsenal de surveillance de la santé des travailleur·ses, des dispositifs de suivi sont mis en place au sein des entreprises depuis une quinzaine d'années en France. Favorisent-ils une meilleure prévention ou contribuent-ils, plutôt, et de façon paradoxale, à des formes d'« ignorance » et d'« inaction » ? L'étude de la mise en œuvre successive de différents dispositifs au sein d'une entreprise du secteur bancaire ayant négocié des accords collectifs sur la qualité de vie au travail montre, d'une part, que les modèles de mesure sont refaçonnés tant par les cabinets de conseil que par les gestionnaires des ressources humaines (RH) et, d'autre part, que ces usages managériaux opèrent un déplacement majeur, passant d'une logique d'identification des facteurs de risque pour la santé à celle d'une évaluation de « l'engagement » des salarié·es. Ces usages relèvent autant d'une tentative pour traduire ces enjeux dans un langage susceptible de faire agir les directions que d'une « managérialisation du droit » prémunissant l'entreprise de risques juridiques.

A lors que des enquêtes statistiques nationales sur les conditions de travail et des études épidémiologiques sur la santé des travailleur·ses ont intégré les « risques psychosociaux » (RPS), de grandes entreprises ont mis en place des dispositifs de suivi

* Laboratoire interdisciplinaire sciences innovations sociétés (LISIS), Université Gustave Eiffel ; scarlett.salman@univ-eiffel.fr. Article proposé le 15 février 2021 ; accepté le 31 mai 2022.

Cet article est issu d'une recherche qui a bénéficié des échanges avec mes collègues du LISIS et de deux projets auxquels j'ai participé : le projet Suripi (Surveillance des risques professionnels incertains) financé par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), coordonné par Jean-Noël Jouzel et Jérôme Péglise, et le projet Indiprev (L'individualisation de la prévention en santé mentale au travail en question) financé par le CNRS *via* le Groupe d'études sur le travail et la santé au travail (Gis Gestes), que j'ai coordonné avec Nathalie Greenan. Je voudrais également remercier les relecteurs anonymes de la revue ainsi que l'ensemble du comité de rédaction pour leurs précieuses remarques et relectures.

depuis quinze ans environ. En effet, sous l'impulsion d'une réglementation incitant à la négociation d'accords collectifs, elles ont instauré des politiques de gestion des RPS, qu'elles ont accompagnées d'instruments de mesure de ces risques, sous la forme de baromètres ou d'observatoires du stress ou, plus récemment, de la qualité de vie au travail (QVT). Ces instruments sont censés permettre une surveillance des risques, si ce n'est continue, du moins régulière, par la consultation périodique des salarié·es *via* des questionnaires. Les acteurs et les actrices qui les mettent en place associent souvent ces questionnaires à des modèles scientifiques éprouvés : « le » Karasek et « le » Siegrist, selon les formules usitées, renvoyant aux deux modèles prédictifs du stress au travail, créés respectivement aux États-Unis en 1979 par l'architecte et sociologue Robert Karasek, en association avec le médecin épidémiologiste suédois Töres Theorell, et en Allemagne en 1996 par le professeur de sociologie médicale Johannes Siegrist. La référence à ces modèles, qui sont les plus utilisés dans les études épidémiologiques internationales, donne le sentiment d'une uniformité et d'une certaine solidité de la surveillance des RPS et du type de connaissances produites à leur sujet. La multiplication des dispositifs de suivi en entreprise favorise-t-elle une meilleure prévention ou contribue-t-elle, de façon paradoxale, à des formes de « production de l'ignorance » (PROCTOR, SCHIEBINGER, 2008) et d'« inaction » (HENRY, 2017), comme le fustigent différents courants se réclamant d'une posture clinique¹ (DAVEZIES, 2001 ; CLOT, 2010 ; DE GAULEJAC, 2011) – une critique que l'on retrouve en sociologie et en sciences de gestion (BOUFFARTIGUE, 2012 ; CHAKOR, 2015 ; POUSSOU-PLESSE, 2022) ?

L'article propose d'éclairer ces questions en s'intéressant aux différents moments de fabrication, de circulation et d'appropriation des outils de suivi des « RPS » en entreprise. En effet, s'il est vrai que les modèles du stress de Karasek et de Siegrist ont essaimé de manière massive, en France comme à l'échelle internationale, leurs questionnaires font l'objet de nombreuses transformations opérées par les acteurs et actrices chargé·es de traiter le problème du mal-être au travail² au sein des entreprises. Ce n'est, en général, pas le cas des médecins du travail, qui ont l'habitude de mobiliser ces questionnaires sans les modifier, mais qui rencontrent en revanche des difficultés pour imposer ensuite un usage des chiffres ainsi produits qui favoriserait des actions de prévention des risques (GILLES, 2016). Avec les dispositifs de suivi des RPS pilotés par des actrices et des acteurs managériaux (gestionnaires des ressources humaines [RH] et consultant·es notamment), la complexité est encore plus forte car une grande partie des métriques produites reposent sur des questionnaires *ad hoc* : ce sont tout à la fois les conditions et les ajustements de la fabrication de ces derniers, de leur passation, de leurs interprétations et de leurs usages qui doivent être questionnés. Ouvrir l'analyse à ces

1. Comme la clinique médicale du travail, la clinique de l'activité et la sociologie clinique.

2. J'utilise la notion de mal-être au travail pour subsumer les différentes catégories utilisées en entreprise (stress, risques psychosociaux, qualité de vie au travail, etc.) qui sont analysées dans cet article et sont, chacune, porteuses d'enjeux spécifiques.

usages managériaux de la science³ nécessite d'examiner la manière dont les questionnaires et les chiffres circulent et sont (re)façonnés dans les organisations, des cabinets de conseil qui y interviennent aux bureaux des gestionnaires de ressources humaines.

Pour ce faire, cet article s'appuie sur une enquête ethnographique menée entre 2017 et 2023, portant sur une grande entreprise du secteur bancaire qui a mis en place plusieurs dispositifs de suivi du mal-être et du vécu au travail, et négocié des accords collectifs sur la qualité de vie au travail (QVT). La monographie offre une vision à la fois longitudinale et synchronique des dispositifs de mesure. L'enquête comporte plusieurs volets : des entretiens (n = 36), une série d'observations d'ateliers de QVT (n = 7), du dépouillement d'archives syndicales (2002-2023) et un recueil de documentation (questionnaires, supports de restitution et de formation) auprès des acteur·rices tant internes à l'organisation (gestionnaires RH, médecins du travail, représentant·es d'organisations syndicales) qu'externes (consultant·es de différents cabinets) et responsables de la conception, de la passation et de l'interprétation des dispositifs. Le secteur bancaire est un cas intéressant car il est signalé comme étant très exposé aux changements organisationnels et aux RPS (COUTROT, 2017), dans le contexte d'un contrôle informatisé accru du travail et d'une pression sur les objectifs à atteindre (VEZINAT, 2011), de la montée des contraintes réglementaires suite à la crise financière de 2008, et de la digitalisation et des restructurations qu'elle entraîne. En outre, l'organisation typique des banques, avec leur grande proportion d'ingénieur·es et de cadres et des relations professionnelles passées, au cours de ces dernières décennies, d'un fort individualisme à un mode plus collectif et plus contractuel (COSSALTER *et al.*, 2007), renforce l'importance des métriques, ou des nombres, comme langage commun (PORTER, 1995). L'article s'appuie également sur une enquête sociohistorique qui retrace la construction du problème public que sont les RPS.

La première partie présente les modèles de mesure des RPS et analyse la manière dont ils sont devenus des références jusque dans les entreprises. L'institutionnalisation – relative – de la mesure des RPS, en lien avec le cadre juridique réglementant ces risques, contribue à rendre les dispositifs de suivi en entreprise incontournables. Toutefois, l'émergence de la notion de qualité de vie au travail dans les années 2010, devenant une critique de fait de l'approche en termes de risques, a contribué à élargir le spectre des modèles utilisés en entreprise, favorisant *in fine* des mesures de l'« engagement » des salarié·es. La deuxième partie s'intéresse aux adaptations que connaissent ces instruments de mesure de RPS et à leurs usages locaux, saisis à travers le cas de la banque étudiée. La dynamique dégagée dans ce cas atteste d'un éloignement de plus en plus marqué vis-à-vis de la logique de surveillance de facteurs de risques, supposée soutenir une perspective de prévention « primaire », qui est pourtant celle portée par les modèles de mesure des RPS et dont l'ensemble des acteurs et actrices en entreprise

3. L'adjectif « managérial », au sens large, renvoie aux professions managériales, de la gestion des ressources humaines et du conseil, plutôt qu'au sens strict des « managers » qui encadrent des salarié·es. Les usages managériaux de la science consistent à utiliser des savoirs scientifiques au service d'objectifs de gestion et de management des équipes impliquées dans les organisations.

se réclament (ROUAT *et al.*, 2017). L'article montre comment des questionnaires et des métriques, bien que se référant à des modèles scientifiques éprouvés, sont ainsi pris dans un processus d'« intermédiation scientifique » (STRYKER, 2011), où se mêlent dispositifs experts, interprétation du cadrage juridique et pratiques de gestion. Les dispositifs de surveillance des RPS sont refaçonnés sous l'effet d'un processus de « managérialisation du droit » (EDELMAN, 2016), qui tend à substituer aux catégories juridiques ou, ici, juridico-sanitaires, des catégories managériales et les problématisations qui les accompagnent, impliquant différents « propriétaires du problème » (GUSFIELD, 2009). L'abandon de la logique de surveillance des facteurs de risques, qui peinait à générer des actions sur l'organisation, se fait-il au profit d'une attention accrue au travail et à ses conditions d'exercice ? C'est en tout cas ce que certaines acteur·rices appelaient de leurs vœux en promouvant la notion de QVT au lieu de celle de RPS (BOURDU *et al.*, 2016). Mais si la manière dont le problème du mal-être au travail est qualifié et traité s'est transformée avec la catégorie de QVT, les enjeux de mesure et de diagnostic se sont maintenus dans cette nouvelle approche. L'évolution de ce qui est mesuré au sein de la banque atteste d'un repli progressif sur des catégories qui sont familières aux gestionnaires RH (« développement individuel », « formation », « management », « engagement ») et sur lesquelles elles et ils pensent avoir plus de prise, contribuant ce faisant à éloigner les risques de conflit social et de mise en cause judiciaire de l'entreprise.

Une institutionnalisation relative de la mesure des RPS

La mesure des facteurs psychosociaux de risque au travail, fruit d'une littérature scientifique internationale

Une littérature scientifique internationale pléthorique, qui s'est constituée depuis le milieu des années 1970 dans plusieurs domaines de recherche (épidémiologie, santé publique environnementale et au travail ; théorie des organisations ; psychologie sociale, appliquée et du travail), a construit des échelles de mesure d'un phénomène catégorisé comme « stress au travail⁴ ». Le modèle de Robert Karasek mesure, dès 1979, *via le job content questionnaire*, deux dimensions : les exigences du travail (*job demands*) d'une part et la latitude ou l'autonomie décisionnelle (*job decision latitude*) d'autre part (KARASEK, 1979). Ce modèle s'ancre dans les recherches médicales menées en Suède dans les années 1970 qui identifiaient des « facteurs psychosociaux de risque » liés aux conditions de travail (MARICHALAR, 2014a). La collaboration avec le physiologiste suédois T. Theorell, engagée dès la fin des années 1970, a permis en 1990 d'enrichir le modèle initial d'une troisième dimension : le soutien social (*support*) (KARASEK, THEORELL, 1990). Le modèle de Karasek (parfois présenté comme le modèle Karasek-Theorell) et le modèle de SIEGRIST (1996), qui identifie les causes du

4. La littérature a secondairement mesuré le *burnout* ou « épuisement professionnel ».

stress professionnel dans le déséquilibre entre les efforts fournis par les salarié·es et les récompenses perçues, sont considérés comme les plus validés scientifiquement du fait de leurs propriétés psychométriques et du grand nombre d'études épidémiologiques qui prennent appui sur eux.

Le rôle de la mesure dans la publicisation du problème des risques psychosociaux

Le questionnaire de Karasek est introduit en France en 1995, avec une version non stabilisée en français, dans la cohorte GAZEL, un « laboratoire épidémiologique ouvert » mis en place par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 1989, qui rassemble 20 000 participant·es à Gaz de France (GDF) et Électricité de France (EDF). Mais c'est en 2003 qu'une version validée du questionnaire est diffusée pour la première fois à l'échelle nationale : l'enquête statistique de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) sur la surveillance médicale des risques professionnels (*Sumer*), administrée par des médecins du travail auprès d'un échantillon représentatif de la population salariée, l'inclut sous la forme d'un auto-questionnaire. C'est toutefois à la fin des années 2000, dans le contexte de la médiatisation d'une série de suicides au travail dans de grandes entreprises (Renault, France Télécom) et à la suite de l'accord-cadre européen sur le stress au travail de 2004, que le ministre du Travail commande un rapport d'expertise sur la mesure de ce qui s'énonce alors comme des risques psychosociaux au travail (RPS). Cette expression transnationale utilisée au congrès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1998 (DE GAULEJAC, 2011) fait d'abord référence à la notion épidémiologique de facteurs psychosociaux de risques. Elle rend également possible l'intégration de ces derniers aux risques professionnels, dont la gestion fait l'objet de négociations sociales en France (UGHETTO, 2011 ; COURTET, GOLLAC, 2012). D'abord mobilisée par les employeur·ses en opposition à la catégorie de « souffrance au travail » utilisée par la Confédération générale du travail (CGT) (BENQUET *et al.*, 2010 ; MARICHALAR, MARTIN, 2011), l'expression « risques psychosociaux » est finalement reprise par les syndicats et les salarié·es (GOLLAC, 2012).

La question de la mesure de ces risques présentés comme nouveaux est centrale dans la publicisation du problème du mal-être au travail. Le rapport du magistrat, statisticien et économiste Philippe NASSE et du psychiatre et consultant Patrick LÉGERON, commandé par le ministre du Travail et paru en 2008, préconise qu'un indicateur de mesure de ces risques soit construit. En 2011, un deuxième rapport, fruit du travail d'un collègue d'expert·es de plusieurs disciplines réunies sous l'égide de Michel Gollac, sociologue et statisticien, administrateur de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dégage six dimensions qui reprennent l'ensemble des facteurs de risque identifiés dans la littérature scientifique internationale. R. Karasek et T. Theorell, à l'instar d'autres scientifiques, sont auditionnés par le collègue d'expertise et les trois dimensions de leur modèle sont intégrées à celles retenues dans le rapport (GOLLAC, BODIER, 2011).

L'importance de l'expertise dans la diffusion de la mesure des RPS

Le rapport de 2011 marque une étape importante dans la diffusion des instruments de mesure et de suivi de ces risques. Il préconise une nouvelle mouture des enquêtes *Conditions de travail* de la Dares, dédiée à la mesure des RPS, qui est lancée en 2016 et nommée enquête *CT-RPS (Conditions de travail-Risques psychosociaux)*. Dans la continuité du modèle de Karasek/Theorell et de la tradition épidémiologique suédoise, l'accent est mis, dès la définition des RPS, sur les déterminants organisationnels des risques (complexité du travail et temporalités, relation au public, degré d'autonomie, conditions d'emploi, etc.) à la différence d'une entrée, plus répandue, par les manifestations et les troubles psychiques non spécifiques au travail (comme le stress) (GOLLAC, 2012). Le rapport autorise la transposition en entreprise du suivi des risques, afin de produire des mesures devant servir à des actions de prévention. Il n'aboutit pas à un questionnaire du type de celui de Karasek qui ferait l'objet d'une « validation » dans le cadre des protocoles épidémiologiques, mais à la sélection de facteurs de risques qui peuvent être mobilisés en fonction des contextes propres à chaque entreprise⁵, comme l'explique l'un-e des membres du collège d'expertise :

« Dans un contexte donné, on peut savoir, sentir, quels items on peut garder, pour pouvoir en ajouter quelques autres, plus pertinents, au regard du contexte précis dans lequel on est. [...] Donc il n'est pas interdit de travailler en subdivisions de la dimension... on n'est pas obligé d'être dans une attitude de révérence. De référence, oui, mais de révérence vis-à-vis d'un modèle, comme celui de Karasek et Theorell, on n'est pas obligé. »

(9 février 2017)

Cette conception, qui laisse donc une certaine latitude dans le choix des questions posées dans les entreprises, se distingue de celle des épidémiologistes qui tiennent à ne pas modifier les questionnaires considérés comme validés scientifiquement en raison de leurs propriétés psychométriques⁶. Le dialogue entre statisticien·nes et ergonomes, à l'origine des enquêtes *Conditions de travail* (VOLKOFF, 2005 ; GOLLAC, VOLKOFF, 2010), nourrit cette conception de questionnaires aux questions standardisées pour permettre des comparaisons, mais adaptables aux contextes et aux enjeux propres à chaque organisation, dans un souci de prise en compte des spécificités du travail. Pour réaliser cette opération ambitieuse de transposition au niveau local, le rapport préconise d'accorder une large place au débat et à la réflexion lors de la constitution du questionnaire au sein de l'entreprise, qui est en elle-même une étape importante du diagnostic.

5. Concernant la transposition du suivi au niveau local, le rapport du collège suggère ainsi : « Reprendre au besoin, dans la confection d'un questionnaire, des variables retenues par le Collège pour des outils nationaux, mais en évaluant leur pertinence dans le contexte étudié, et en se demandant s'il y a lieu de les compléter par des items plus directement adaptés au contexte local » (GOLLAC, BODIER, 2011, p. 80).

6. Cette divergence de conception nourrit une discrète controverse entre épidémiologistes et statisticien·nes, qui s'allient toutefois pour promouvoir des dispositifs de mesure des RPS à grande échelle.

De la critique de l'approche par les risques à la qualité de vie au travail

Une controverse oppose alors des clinicien·nes, psychologues et médecins du travail, quant à la problématisation en termes de risques et à l'importance prise par les instruments de mesure (CLOT, 2010 ; DE GAULEJAC, 2011 ; MARICHALAR, 2014b). Yves CLOT fustige une approche « toxicologique » héritée des risques industriels et promeut une approche clinique, tournée vers le travail et le développement de « ressources psychologiques et sociales » (CLOT, [2010] 2015, p. 103). Si cette controverse s'apaise en partie avec la parution en 2014 d'un ouvrage commun signé par Y. CLOT et M. GOLLAC (2014), elle contribue à faire émerger une conception alternative à celle des risques psychosociaux, avec la mobilisation de la notion, déjà ancienne, de « qualité de vie au travail » (QVT), promue par des acteurs institutionnels comme l'Agence nationale de l'amélioration des conditions de travail (Anact)⁷. Par cette approche considérée comme positive car centrée sur les ressources plutôt que sur les risques, définissant ensemble santé et performance plutôt que de les opposer, certain·es promoteur·rices de la QVT espèrent favoriser une action plus directe sur le travail et son organisation⁸.

Bien que critiquant l'approche en matière de risques, Y. Clot ne défend toutefois pas la QVT en tant que telle ; il critique – à l'instar de la CGT qui n'a pas signé l'accord national interprofessionnel (ANI) en 2013 portant sur la QVT⁹ – le repli sur une conception abstraite et individuelle du bien-être, et lui oppose sa notion de « qualité du travail ». Ses idées sont néanmoins reprises par des promoteur·rices de la QVT, qui défendent « la thèse selon laquelle la qualité de vie au travail commence par une réflexion sur la qualité du travail » (BOURDU *et al.*, 2016, p. 15). Cette approche de la QVT viserait une prévention primaire, au même titre que celle des RPS, et ce, en dépit de leurs différences (LEROUGE, 2020). La critique de l'approche par les risques repose par ailleurs sur une approche « positive » de la santé, qui se répand au niveau international, soutenue en partie par la psychologie positive et l'économie du bonheur (CABANAS, ILLOUZ, 2018) et jugée moins anxiogène et plus efficace pour faire advenir « un état de complet bien-être », selon la définition de la santé par l'OMS. S'il contribue à légitimer la QVT, ce tournant entretient la tension entre l'accent mis sur le bien-être et celui mis sur la qualité du travail. À la suite de l'ANI de 2013 et de la loi Rebsamen de 2015 (du nom du ministre du Travail de l'époque) rendant obligatoire la négociation annuelle sur la QVT, de nombreux accords d'entreprise sont signés au nom de la QVT, en lieu et place des RPS. L'Anact, qui a étudié une partie des accords, fait part de sa

7. Cette notion plastique puise ses sources dès les années 1950 dans les travaux d'Eric Trist issu de la tradition sociotechnique du *Tavistock Institute* de Londres puis, dans les années 1970, dans ceux du *National Institute of Working Life* en Suède et, enfin, de Louis Davis et Albert Cherns aux États-Unis (PELLETIER, 2015).

8. L'action sur le travail serait atteinte sans le détour par l'approche médicale, critiquée comme hygiéniste par Y. Clot ; un tel détour renforcerait en effet la dichotomie entre l'économique et le social, le dernier étant à la remorque du premier dans une posture défensive.

9. « Nous devons opposer le concret du travail et des conditions de travail à la QVT, concept patronal » : CGT, Pôle santé et reconquête de la Sécurité sociale (2020), *Santé au travail. Les situations, les exigences de la CGT*.

déception, en critiquant une approche « sociétale », la plupart des accords portant sur le handicap et la diversité, ou encore sur le bien-être individuel (diététique, sport, etc.), laissant de côté les questions organisationnelles¹⁰ (ANACT, 2019 ; HÉAS, 2019).

Les enjeux juridiques de la mesure

Il convient d'examiner l'arsenal réglementaire encadrant les RPS et les éléments juridiques propres à la QVT pour comprendre comment les différentes catégories lexicales qui relèvent de l'une ou des autres sont utilisées en entreprise. Si les risques psychosociaux ne constituent pas une notion juridique, ils sont néanmoins approchés en droit par des facteurs identifiés juridiquement, comme le harcèlement moral, faisant l'objet en 2002 d'une définition au sein de l'article L. 1152-1 du Code du travail, et l'obligation générale de protection de la santé « physique et mentale » définie à l'article L. 4121-1 du Code du travail (LEROUGE, 2014). À la suite d'une première publicisation des problèmes de souffrance au travail et de harcèlement moral (LE GOFF, 2003 ; SALMAN, 2008), la loi de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002 a en effet introduit l'obligation, pour l'employeur, de préserver la santé *mentale* de ses salarié-es et elle a condamné pénalement le harcèlement moral. À ce régime légal s'ajoute une jurisprudence qui précise progressivement le risque juridique pour les entreprises au cours des années 2000. Les arrêts dits « amiante » du 28 février 2002 de la Cour de cassation ont soumis l'employeur à une obligation de résultat en matière de sécurité, dite « obligation de sécurité *de résultat* », et non seulement à une obligation de moyens. La jurisprudence a étendu cette obligation de résultat au harcèlement moral dans un arrêt de la Chambre sociale le 21 juin 2006. Cette jurisprudence culmine avec l'arrêt de la Cour de cassation du 10 novembre 2009, qui reconnaît, à la suite de la mobilisation sociale autour des suicides au travail chez France Télécom, la possibilité de qualifier le harcèlement moral sans intention malveillante et le « harcèlement managérial » émanant des méthodes de gestion elles-mêmes. Néanmoins, l'obligation de sécurité de résultat est affaiblie par l'arrêt de la Cour de cassation du 25 novembre 2015 (le président de la Chambre sociale, Jean-Yves Frouin, affirme que cette obligation « n'est ni plus ni moins qu'une obligation de moyens »), ce qui permet à l'employeur de s'exonérer de sa responsabilité en apportant la preuve que toutes les mesures de prévention ont été prises (ENCRENAZ, LEROUGE, 2019). En dépit de ce mouvement de repli, appliqué au harcèlement moral par l'arrêt du 1^{er} juin 2016, le risque juridique persiste pour les entreprises : le procès France Télécom en 2019 renforce la responsabilisation juridique des dirigeant-es avec la condamnation de l'entreprise et de trois de ses anciens responsables, dont le président directeur général (PDG), pour « harcèlement moral institutionnel », par le Tribunal correctionnel de Paris (DEL SOL *et al.*, 2023).

Parallèlement à cet arsenal légal, un cadre réglementaire s'est développé dans le champ de la négociation sociale, précisant les formes de la prévention devant être mise

10. On peut voir dans la reformulation de la QVT en QVCT, qualité de vie *et des conditions de travail*, inscrite dans la loi sur la santé d'août 2021, une nouvelle tentative pour infléchir la QVT vers une approche organisationnelle.

en place en entreprise. En 2008, l'ANI sur le stress au travail transpose dans le droit français l'accord-cadre européen de 2004. Sous la pression sociale et médiatique liée à l'affaire France Télécom, sa mise en œuvre est accélérée par un « plan d'urgence pour la prévention du stress au travail », décrété par le ministre du Travail lors du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) en octobre 2009. C'est dans ce cadre, et sous l'aiguillon de l'arsenal légal, que la question de la mesure des RPS comme instrument de prévention revêt une importance stratégique pour les entreprises. Une rencontre est organisée entre l'Association française des entreprises privées (Afed) et le ministère du Travail, d'où il ressort que la seule annonce d'un engagement de mise en œuvre d'un diagnostic suffit pour ne pas recevoir de sanction (BENQUET, 2018). En octobre 2010, sur 1 300 entreprises de plus de 1000 salariés, 234 ont abouti à un accord sur la prévention des risques psychosociaux (DGT, 2011). Les quatre cinquièmes d'entre elles ont signé un accord de méthode, qui vise à définir une méthode pour élaborer un diagnostic, quantitatif pour la plupart, plutôt qu'à fixer des réponses et des lignes d'action.

Il peut paraître logique d'établir en premier lieu un diagnostic pour éclairer la décision et donc l'action. Il arrive toutefois que les accords de méthode n'aillent pas plus loin que le diagnostic, comme s'ils servaient surtout à témoigner d'une mise en conformité des entreprises avec la réglementation. Ces dernières semblent alors participer à un processus de « managérialisation du droit » (EDELMAN, 2016), processus par lequel les organisations cherchent plutôt, ou au moins autant, à se prémunir des risques juridiques qu'à prévenir les risques dont elles ont la responsabilité¹¹. Dans leur interprétation des règles juridiques, les entreprises mettent en place des dispositifs qui sont censés rendre visible la mise en conformité au droit, mais qui contribuent à servir les objectifs du management (PÉLISSE, 2011 ; DRAIS, PÉLISSE, 2017). Les évolutions juridiques de la décennie 2010 semblent ainsi renforcer le rôle de la mesure des RPS dans la démonstration de la conformité des entreprises au Code du travail. L'arrêt de la Cour de cassation de 2015 cité plus haut laisse la place à l'interprétation de ce qui est considéré comme adéquat en matière de prévention, ce qui accentue le rôle du diagnostic, considéré comme une étape nécessaire d'évaluation¹². Le recours des entreprises à des cabinets de conseil et d'expertise pour mettre en place ce type d'évaluation ne fait ainsi que se développer. Le processus de « managérialisation

11. On retrouve ce processus dans l'action publique elle-même : la « nouvelle gestion des risques » accorde beaucoup plus de place aux manières de protéger l'État des risques de contentieux qu'à la protection de la population elle-même (BLACK, 2005 ; BORRAZ, 2008).

12. Bien que certains acteurs semblent résister à la « déférence judiciaire » (EDELMAN *et al.*, 2011) envers les dispositifs managériaux, comme le suggère la mise en demeure de Sanofi par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) d'Île-de-France en janvier 2021, au motif que la démarche de diagnostic des RPS n'a pas été suivie jusqu'au bout. On peut aussi citer l'arrêt rendu par la cour d'appel de Versailles en 2011, qui, dans le cadre du procès à la suite du suicide d'un salarié du Technocentre de Renault, estime que la mise en place d'un Observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression ne répond pas aux obligations de prévention. Cette question mérite une recherche spécifique sur les contentieux et les décisions judiciaires. Néanmoins, en l'absence d'éléments stabilisés sur les moyens de la prévention, l'évaluation des RPS est considérée comme *a minima* nécessaire.

du droit » repose ici sur un mécanisme d'« intermédiation scientifique » (STRYKER, 2011), où l'expertise appuyée sur la science produit des dispositifs qui contribuent à l'interprétation managériale des contraintes juridiques et aux stratégies des directions d'entreprises face à ces dernières. Si l'approche par les RPS est reformulée par l'ANI sur la QVT de 2013, le diagnostic, considéré comme « préalable », reste l'un des piliers de la démarche (articles 13, 14 et 15). L'ANI préconise de s'appuyer sur le rapport Gollac-Bodier, mais également sur d'autres sources, ouvrant ainsi le champ des interprétations possibles des critères de mesure, depuis les modèles de santé au travail jusqu'à ceux de « l'engagement ». Cette notion issue de la gestion est présentée comme l'indicateur psychologique et comportemental le plus susceptible d'engager les directions des entreprises dans une démarche de QVT en raison de son lien avec la performance (BOURDU *et al.*, 2016).

Comment ces évolutions en tension, entre approche par les RPS ou par la QVT et, au sein de la QVT, entre l'orientation par le travail ou par le bien-être, sont-elles refaçonnées en entreprise ? Comment les enjeux juridiques s'articulent-ils avec les enjeux de santé, de gestion de la main-d'œuvre et de performance ? La scène de l'entreprise permet d'éprouver ces tensions en pratique et de comprendre les processus qui se jouent dans les usages managériaux de la mesure.

Circulation et appropriations des modèles de mesure en entreprise. De la mesure du stress à celle de l'engagement au travail

La dynamique observée au sein de la banque étudiée est celle du passage progressif d'une surveillance médicale et psychologique du stress au travail à la mesure de la QVT, puis à celle de l'engagement des salarié·es. Ces différentes séquences impliquent plusieurs changements de « propriétaires » du problème (GUSFIELD, 2009). Elles donnent à voir une hybridation des logiques scientifiques et des problématiques managériales, qui requalifient les dispositifs en les transformant à chaque étape.

La logique médicale et psychologique de la première séquence, à la fin des années 2000, qui reprend la logique des facteurs de risque tout en la mêlant à une approche individualisante, est disqualifiée dans cette entreprise pour deux raisons : portée par une médecine du travail extérieure aux décisions stratégiques et par un cabinet de conseil spécialisé dans la gestion psychologique du stress, elle peine à déboucher sur des actions de prévention touchant au travail et à son organisation, alors qu'elle met en lumière le sujet explosif du stress des salarié·es. La logique de QVT la remplace, au nom d'une approche « positive », défendue par la direction des ressources humaines (DRH), qui la considère comme plus constructive et susceptible d'impliquer les directions opérationnelles pour changer l'organisation du travail. Cette approche a des résultats ambivalents : si elle permet de soutenir des dispositifs pouvant

agir sur le travail, ces derniers restent néanmoins limités, du fait du cadre contraint et hiérarchisé de la banque. De surcroît, la reformulation positive par la DRH éloigne de la démarche d'évaluation des facteurs de risque qui prévalait dans l'instrument de mesure de la première séquence. Cette nouvelle approche atténue ainsi l'expression de ce qui apparaît comme des maux du travail, qui embarrassait la direction. Enfin, la logique portée, dans une troisième séquence, par la mesure de *l'engagement* des salarié·es peut être lue comme une tentative pour arrimer la santé au travail à des enjeux qui priment pour la direction de la banque, afin d'enrôler cette dernière, au risque de la disparition, *in fine*, de la perspective initiale de santé au travail et d'une individualisation accrue de la responsabilité en matière de risques. Ces déplacements montrent que les dispositifs de mesure visent moins un réel objectif de surveillance des risques que la recherche de leviers pour agir sur des problèmes qui restent hors de portée des acteur·rices chargé·es de les résoudre. Les gestionnaires des RH sont en effet relativement impuissant·es lorsqu'il est question d'agir sur l'organisation du travail, tant que le niveau dirigeant n'est pas enrôlé dans la dynamique (UGHETTO, 2021). Ils et elles tentent à la fois d'utiliser des moyens qui leur sont familiers (comme les formations managériales) et d'associer les directions décisionnaires, tout en se prémunissant autant que possible des risques juridiques.

Acte I. Sous la pression de la crise, l'émergence du « stress au travail »

La question de la mesure des RPS émerge dans la banque étudiée à la fin des années 2000, en pleine médiatisation des suicides à France Télécom : l'organisation, fragilisée par la crise financière de 2008, est confrontée à des difficultés qui conduisent les représentant·es du personnel à demander que soit réalisé un rapport par un cabinet d'expertise en prévention des risques professionnels. La banque craint de devenir, si elle n'agit pas, « le prochain France Télécom », selon le directeur des ressources humaines, qui parle d'une « prise de conscience » entraînant un « développement massif du sujet », auparavant vu comme « du réglementaire ». Jugeant « caricatural » le premier rapport d'expertise réalisé en pleine crise, la DRH se tourne vers un autre cabinet de conseil, habitué à intervenir à la demande des directions d'entreprise, pour mettre en place un dispositif régulier de mesure.

Le dispositif est axé sur la mesure du stress au travail, notion phare du cabinet, qui rassemble des psychiatres et des psychologues spécialistes de la gestion du stress. Le caractère scientifique de l'approche est revendiqué par l'un·e des consultant·es :

« Derrière, il y a le mot “stress” qui est un concept, ce n'est pas un mot, c'est un concept. Il a une définition... il en avait en sciences physiques, il en a en biologie et il en a en psychologie et c'est des définitions qui sont assez blindées, avec derrière, des appareils de mesure blindés. Les techniques individuelles de gestion du stress dérivent des thérapies cognitives et comportementales qui sont, parmi les approches en psychothérapie, les plus testées, dont on a essayé de mesurer les résultats. [...] C'est pour vous dire le désir d'ancrage scientifique. »

(30 octobre 2018)

L'« ancrage scientifique » est mis en avant par les cabinets de conseil et par les cabinets d'expertise comme fondement de leur légitimité. Il est d'autant plus revendiqué que les cabinets sont pris dans le jeu politique des relations professionnelles, qui structure le domaine de la santé au travail, négocié entre les partenaires sociaux (COURTET, GOLLAC, 2012). Le cabinet sollicité par la banque mobilise une approche cognitive du stress centrée sur la perception individuelle, inspirée du modèle du psychologue Richard Lazarus¹³, qui a été défendue lors de l'accord européen sur le stress de 2004 par les représentant·es des employeur·ses, à rebours de l'approche suédoise des facteurs psychosociaux de risque qui met l'accent sur les conditions de travail (CLOT, 2010 ; PONGE, 2018).

Cette approche cognitive est manifeste dans le questionnaire conçu par le cabinet. Celui-ci repose d'abord sur deux questionnaires éprouvés par les études épidémiologiques, évaluant le niveau de stress et l'état de santé mentale. S'y ajoutent une dizaine de questions dites spécifiques, ainsi que d'autres sociodémographiques, concernant notamment le niveau hiérarchique de l'emploi et le métier exercé, mais également une quarantaine de questions relatives aux facteurs de stress. Le caractère scientifique est renvoyé à deux principes : le principe de « validation » épidémiologique, qui garantit le caractère prédictif du questionnaire de santé, et celui de « double mesure », qui sépare les questions portant sur l'état de santé de celles sur les facteurs de stress. Alors que la partie sur les facteurs de stress ne constitue pas un questionnaire patenté mais un assemblage, « l'ancrage scientifique » est revendiqué, du fait d'un principe de standardisation et de référence aux modèles :

« La partie “conditions de travail”, elle était standardisée, puisqu'on passait le même noyau partout, mais ce n'était pas validé. [...] On assemble des dimensions qui ont été mises à jour par d'autres, synthétisées dans le rapport Gollac, **donc on est conforme**. . . on retrouve tous les paramètres, les facteurs identifiés comme pertinents dans la littérature, mais ce regroupement, c'est un produit [du cabinet]. »

(Consultant·e du cabinet, 30 octobre 2018)

La référence au rapport Gollac-Bodier joue comme une estampille, une garantie scientifique *a priori*. L'assemblage par le cabinet est présenté comme un apport, un « produit maison » qui s'adapte à chaque entreprise. La quarantaine de questions portant sur les facteurs de stress rendent visibles les conditions de travail. Toutefois, ce bricolage fait coexister, d'une question à l'autre, des approches divergentes, comme l'approche cognitive de Lazarus et celle de Karasek, ou encore des questions spécifiques au secteur bancaire sur les incivilités et les hold-up avec des questions personnelles sur la pratique sportive ou la survenue d'un événement grave dans la sphère privée.

L'outil de mesure prend la forme d'un auto-questionnaire papier, proposé aux salarié·es se rendant au cabinet de médecine du travail dans le cadre des visites périodiques. Il s'agit de bénéficier d'un outil de suivi en continu, conçu comme un

13. Le modèle de Lazarus met l'accent sur l'évaluation que fait un individu de son environnement et de ses capacités à y faire face : le stress n'apparaîtrait que lorsque l'individu ne peut s'adapter à la situation.

« instrument de veille des risques psychosociaux dans un contexte de changement et de transformation de l'industrie bancaire¹⁴ ». Le dispositif est aussi conçu comme un « support d'évaluation fiable » pour le médecin du travail, dans la perspective d'une « détection » et d'un « signalement » de salarié·es « à risque ». La coexistence de ces deux objectifs (surveillance du collectif et détection des cas « à risque ») peut toutefois engendrer des tensions (CRESPIN, 2006). Le questionnaire semble néanmoins avoir davantage servi de support à la consultation médicale qu'au signalement de personnes « à risque ». La partie relative à la santé mentale est remise uniquement à la médecine du travail. Certain·es salarié·es sont orienté·es vers un cabinet de psychologues externe, pour un nombre restreint de séances financées par l'entreprise. Ce soutien psychologique est valorisé par la DRH comme gage de son investissement pour les « personnes », conforme à la tendance à la « personnalisation » de la gestion des RH (GANEM *et al.*, 2017). Le nombre de personnes prises en charge dans ce cadre reste limité, et des médecins du travail relatent que la DRH tente de contenir les demandes.

Le positionnement du dispositif auprès de la médecine du travail est interprété par l'un·e des consultant·es chargé·es de piloter l'intervention comme une manière de ne pas agir sur « les leviers d'action collectifs », « le management et l'organisation » :

« Donc, un observatoire médical, c'est le meilleur moyen pour corneriser... pour foutre la problématique au fond d'un couloir, entre des spécialistes internes que personne n'écouterait et de routiniser le truc. Qu'est-ce qui se passe ? Ça fait ronron, tout le monde s'en fout. »

(30 octobre 2018)

La question de savoir quels acteurs sont légitimes pour traiter des risques psychosociaux renvoie au débat évoqué plus haut, portant sur la critique d'Y. Clot de ne pas laisser les enjeux de santé à la seule main des professionnel·les de santé, afin de ne pas les enfermer dans une « ambulance » qui serait à la remorque de l'économie. L'administration du questionnaire est rendue d'autant plus difficile dans la banque de détail que celle-ci est organisée en agences bancaires : les salarié·es des agences sont suivi·es par des services inter-entreprises de médecine du travail, dispersés géographiquement et s'occupant d'un large panel de secteurs d'activité, tandis que les salarié·es du siège (banque d'investissement et fonctions support) se rendent au service autonome (interne) de santé au travail. Sur plusieurs dizaines de milliers de salarié·es, environ 15 % ont rempli le questionnaire les quatre premières années, puis 5 % les deux dernières années. Cette baisse est renforcée par la réduction du nombre de visites périodiques qu'ont entraînée les réformes successives de la médecine du travail.

Le dispositif de mesure du stress est finalement abandonné avec l'arrivée d'une nouvelle équipe RH chargée de porter une « politique de qualité de vie au travail » et la signature d'un accord collectif au sein de l'entreprise dans le sillage de l'ANI de 2013. Les motifs de cet arrêt invoqués par la DRH sont de deux ordres : le dispositif

14. Extrait d'un support du cabinet de conseil présentant le dispositif de mesure à destination de la banque.

n'était plus alimenté et ne touchait qu'une faible part des salarié·es et ses résultats sur le stress des salarié·es étaient jugés « décapants » par le directeur des ressources humaines, ce qu'il estimait « salubre en termes de prise de conscience » mais insuffisant : « L'inconvénient de [X, cabinet de conseil], c'est que ça permet de comprendre mais ça ne donne pas de plans d'action. C'est pour ça qu'on a changé de méthode. » Si les diagrammes de restitution alertent sur le niveau de stress de certaines catégories de salarié·es et établissent un lien avec les conditions de travail (par exemple, des procédures de contrôle perçues comme rigides), le cabinet peine toutefois à proposer d'autres actions que des formations à la gestion du stress. De plus, ce type de diagnostic embarrasse les directions, qui cherchent à contrôler la présentation et la circulation des résultats. La reformulation du problème avec la QVT offre une opportunité à une DRH qui peine à contenir l'expression des souffrances psychologiques et à agir pour les réduire.

Acte II. Le tournant de la qualité de vie au travail

Mise en place à la suite de l'ANI sur la QVT de juin 2013, la nouvelle équipe QVT reprend l'idée, exprimée par le ministère du Travail, qu'il faut sortir d'une « vision assez obscure du sujet » et « ne pas se contenter de regarder les indicateurs d'affects négatifs mais aussi la satisfaction » dans la perspective d'identifier des leviers d'action. Cette nouvelle orientation se matérialise par un changement de « propriétaires du problème » (GUSFIELD, 2009). L'équipe des médecins du travail du service autonome est remaniée et considère que « les risques psychosociaux, ça veut tout et rien dire » en arguant d'une comparaison avec les risques industriels. Des actions de santé publique (campagnes contre le tabac, pour le sport, etc.) sont mises en avant ; elles sont présentées comme plus « ambitieuses » que la santé au travail « traditionnelle » au motif qu'elles engloberaient la « personne » dans une démarche de « *care global* », mais elles éloignent de la réflexion sur les risques professionnels (MARICHALAR, 2014b). Il est également fait appel à un nouveau cabinet de conseil, fondé non pas par des psychiatres mais par des ingénier·es, et tourné vers les nouvelles formes d'organisation du travail (télétravail, flex office, etc.). Un accord collectif d'entreprise sur la QVT est signé avec les organisations syndicales, à l'exception de la CGT.

C'est dans ce cadre qu'est lancé un nouvel instrument de mesure, construit comme un outil de suivi de l'accord, avec l'appui du nouveau cabinet de conseil. Il n'est plus administré par la médecine du travail, mais doit faire l'objet d'une consultation annuelle auprès de toutes les salarié·es du groupe. La première mouture du dispositif, piloté par le service QVT, est présentée au sein d'une nouvelle instance, un observatoire de la qualité de vie au travail, qui rassemble des gestionnaires des ressources humaines du service et de la direction du groupe, des médecins du travail et des élu·es des organisations syndicales. Si la forme observatoire a été instituée pour initier un dialogue plus « authentique » et libéré des transactions paritaires et de leurs « jeux de rôles » selon ses promoteurs, elle peut contribuer au contournement, voire à la

marginalisation des instances représentatives comme les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui sont rarement pilotes de la démarche (DGT, 2011 ; BENQUET *et al.*, 2010).

L'enquête repose sur un auto-questionnaire plus court que le précédent et administré en ligne. La partie sociodémographique ne renseigne pas le métier exercé¹⁵, la longueur de la partie consacrée au stress est divisée par trois par rapport au questionnaire précédent et augmentée d'une question sur le niveau de bien-être au travail. Suivent une vingtaine de questions sur les conditions de travail, présentées à la fois comme des facteurs de risque et des facteurs d'amélioration. Ces questions sont empruntées au questionnaire de Karasek et au rapport Gollac-Bodier, ce qui est revendiqué par le-la responsable RH chargé-e de l'enquête :

« Donc l'idée, ça a été de dire : on va travailler sur un questionnaire mais on ne va pas inventer des questions. On va reprendre des **questions qui sont dans des théories**, qui sont gérées par des **théoriciens de la qualité de vie au travail**. Il y a le rapport Gollac, le rapport Karasek, essentiellement. »

(6 novembre 2017)

Les questions sont réparties en plusieurs « dimensions du bien-être au travail » permettant le calcul d'un « indicateur de satisfaction au travail ». Cette présentation sous un versant « positif » est intentionnelle, poursuit ce-tte même responsable RH :

« Pour la plupart, elles sont assez positives, c'est-à-dire qu'elles sont toujours tournées positivement, sauf quelques-unes, que d'ailleurs on va modifier dans la prochaine enquête. »

(6 novembre 2017)

L'interprétation des dimensions en matière de bien-être n'est toutefois pas cohérente avec les modèles sur lesquels le questionnaire est censé s'appuyer, dont la vocation est d'évaluer des facteurs de risque pour la santé. Il résulte de cette présentation « positive » un ensemble de pourcentages agglomérant le niveau de satisfaction par dimension. Le problème de cohérence entre les approches en termes de stress d'une part et de bien-être d'autre part conduit parfois à des erreurs d'interprétation des résultats : ainsi, le score moyen de l'indicateur « intensité du travail » peut, si l'on n'y prend pas garde, être interprété comme traduisant un niveau faible d'intensité du travail (25 %) alors qu'en réalité, c'est le niveau de satisfaction des salarié-es à l'égard de cet indicateur qui est bas. Le-la responsable RH rencontré-e estime d'ailleurs au cours du même entretien que l'indicateur devrait faire l'objet d'une reformulation :

« Positives, oui. Mis à part une, qu'on va sûrement modifier, qui est sur l'intensité du travail et la relation au temps. Ça, c'est vrai que globalement... Voilà les questions : "Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail – Je

15. Une seule catégorie professionnelle est retenue : « non-manager, manager, manager de manager » ; la personne doit aussi indiquer l'entité (agences, siège) où elle travaille. Des informations démographiques (sexe, âge) sont également demandées.

ressens une forte pression pour ne pas faire d'erreurs dans mon travail – Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard." **C'est sûr qu'on a toujours tendance à répondre oui, on ne va pas répondre non.** »

La formulation des questions est considérée comme orientant les réponses dans un sens négatif. Le souci de ne pas « influencer » les réponses anime l'ensemble de celles et ceux qui conçoivent un questionnaire et le font passer, mais la question est plutôt de savoir ce que sous-tend chacune des formulations, dans une perspective de sociologie de la quantification (DESROSÈRES, 2008) appliquée aux outils de gestion (CHIAPELLO, GILBERT, 2013). Le questionnaire de Karasek, par la formulation des questions ainsi que par leur enchaînement, est conçu afin d'évaluer la prégnance de facteurs de risques. Or les gestionnaires des RH des grandes organisations sont relativement impuissant·es pour agir sur ces facteurs, du fait d'un rapport de force défavorable avec les directions opérationnelles, et sont peu formé·es à ces enjeux (UGHETTO, 2021). L'indicateur d'intensité du travail est ainsi critiqué au motif qu'il ne serait pas possible d'agir sur ce type de facteur :

« Donc ce facteur-là, entre guillemets, ce n'est pas qu'on ne peut rien y faire mais on va essayer de l'aborder, déjà, positivement, comme pour les autres axes, et après, on sait qu'on a une constante... globalement, ce facteur-là, il est ressorti dans les trois-quatre premiers facteurs les plus importants... »

(Responsable RH, 6 novembre 2017)

Le niveau élevé d'insatisfaction et sa constance dans le temps ont plutôt pour effet de neutraliser son caractère d'alerte aux yeux des gestionnaires RH, qui n'ont que peu de prise sur ces enjeux. La reformulation « positive » correspond aussi à l'évolution de la communication d'entreprise sur ces sujets. Elle est enfin considérée par les gestionnaires RH et le cabinet de conseil comme facilitant la mise en place d'actions. Les indicateurs de satisfaction sont perçus comme des leviers en eux-mêmes. Les facteurs qui retiennent l'attention des gestionnaires RH et sur lesquels portent ces indicateurs de satisfaction sont ainsi le management, le développement individuel et l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, pour lesquels sont préconisées des solutions qu'ils et elles maîtrisent, comme les formations managériales et un nouveau mode d'organisation, en croissance avant même la pandémie, le télétravail. D'autre part, la reformulation positive leur paraît plus susceptible de susciter l'intérêt des décideur·ses en ne les « braquant » pas d'emblée par des résultats trop négatifs. Elle s'explique enfin par le souci de ne pas produire un tableau sombre des conditions de travail, dont les gestionnaires RH et les médecins du travail pourraient être tenu·es pour responsables.

Dans la lecture des résultats eux-mêmes, on retrouve les impasses d'un usage « normatif » des chiffres analysé par Marion GILLES (2016) : d'une part, la réification, l'abstraction des situations concrètes sous des indicateurs généraux (ici, bien-être et stress) ; d'autre part, la focalisation sur la comparaison entre services, entre la banque

et un niveau national, ou encore à travers le temps. Cette comparaison est utilisée dans une perspective de réassurance, au nom de « la norme » :

« Après, l'indicateur de stress, globalement, on l'a vu, il n'est pas négatif, il est dans la norme. [...] Norme de bien-être au travail, on n'a pas vraiment de *benchmark* sur les banques ; donc on peut le comparer avec la France, qui est à 7 sur 10. Secteur banque-finance, 7,3. Donc on est un peu en dessous, **néanmoins c'est une moyenne, donc on verra** ; il y a des entités qui sont un peu au-dessus, d'autres qui sont un peu en dessous mais globalement, on est à ça. »

(Responsable RH, 6 novembre 2017)

Les indicateurs deviennent des outils de benchmarking (BRUNO, DIDIER, 2013) qui peuvent renforcer la relativisation des résultats. Un autre argument utilisé pour atténuer l'impact de l'enquête est de justifier des taux élevés par une situation considérée comme exceptionnelle :

« Mais si on prend dans les différents pôles, on sait que dans la banque de détail, les gens sont plus stressés que dans la banque d'investissement, parce qu'il y a des réorganisations en cours, on sait que c'est plus tendu. »

(Responsable RH, 6 novembre 2017)

Tout se passe comme si, à partir du moment où une explication d'ordre organisationnel était avancée, le caractère élevé du pourcentage exprimé était neutralisé et ne produisait plus l'effet d'alerte que l'on pourrait attendre. Si les médecins du travail de la nouvelle équipe accordent peu de crédit aux RPS, la plupart des élu·es du personnel paraissent démunies pour décrypter la construction de l'enquête et ses résultats, confirmant *a minima* le déficit de formation des acteurs et actrices syndicales dans un contexte de professionnalisation du dialogue social (CHAPPE *et al.*, 2016). Les organisations syndicales tentent de produire leurs propres chiffres, par l'intermédiaire d'enquêtes internes ou d'un autre cabinet d'expertise, dans le cadre des nombreuses réorganisations de la banque. Cette abondance de chiffres, qui peut jouer favorablement dans la négociation d'une réorganisation, peine cependant à peser sur la politique de prévention.

Néanmoins, l'approche QVT accompagne la mise en place de deux chantiers d'action. Le premier concerne la banque de détail, secteur signalé comme le plus en difficulté par l'observatoire du stress de la première séquence. Un nouveau cabinet de conseil, spécialisé dans l'analyse du travail, est mandaté pour repenser l'organisation des agences et redonner des moyens d'agir aux directeur·rices d'agence et aux chargé·es d'accueil. Cette intervention, permise par l'enrôlement des dirigeant·es opérationnel·les et l'alliance entre les DRH du siège et de la banque de détail, est lancée à la suite de l'alerte donnée par l'observatoire du stress, mais elle est mise en œuvre au moment où la direction peut s'appuyer sur la reformulation positive de la QVT, un aspect important selon l'un·e des consultant·es de ce cabinet : « Il faut dire ce qui va bien, à nouveau, parce qu'on ne peut pas motiver un management, en plus très hiérarchique, en commençant par dire “vous êtes nul et tout va mal”. » Le

deuxième chantier concerne la mise en place d'espaces de discussion du travail à titre d'expérimentation. Bien que ces initiatives restent finalement limitées, car elles se heurtent à l'organisation très hiérarchique de la banque et aux réorganisations dans le cadre de la digitalisation, elles manifestent des tentatives, initiées par la DRH qui s'appuie sur la démarche QVT, d'amélioration du travail.

Avec la signature d'un nouvel accord QVT, le questionnaire fait l'objet de nouvelles modifications (réduction de 22 à 18 questions). Si l'on regarde les dimensions agrégées « du bien-être au travail », aucun changement majeur n'est à signaler, mais des modifications affectant l'intitulé des questions poursuivent la reformulation « positive » déjà engagée. Plusieurs facteurs de risques disparaissent alors. Les dimensions relatives aux « conditions et ressources de travail », à « l'intensité du travail et la relation au temps », ainsi qu'au « management » sont celles qui sont le plus transformées. La notion de « charge de travail » disparaît à la faveur de la reformulation de la question sur la pression temporelle. La question sur les logiciels, recueillant un faible taux de satisfaction, a été supprimée, au motif qu'on ne peut pas changer de logiciel dans le délai des enquêtes, et refondue dans une question, plus large, portant à la fois sur les moyens matériels, organisationnels et les systèmes d'information, qui les évalue non pas en soi, mais relativement à la bonne réalisation du travail et à l'atteinte des objectifs. Plusieurs mentions « négatives », comme celles des « difficultés » ou des « efforts » des salarié·es, sont supprimées, tendant ainsi à euphémiser le potentiel déséquilibre entre efforts et récompenses. Une question inspirée du modèle de Siegrist – « Vu tous mes efforts, je reçois le respect et la reconnaissance que je mérite de la part de mes supérieurs » – est modifiée dans le sens d'une attente plus vague de reconnaissance du travail, qui n'est plus escomptée des supérieurs hiérarchiques, mais qui peut émaner de n'importe quelle source au sein de l'entreprise : « J'ai le sentiment que mon travail est reconnu à sa juste valeur. »

Une deuxième évolution concerne le déplacement de facteurs organisationnels vers une responsabilisation de l'individu, salarié·e ou manager. On passe ainsi de « Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail » à « Je me sens débordé(e), j'ai l'impression de manquer de temps », qui ouvre la possibilité d'une interprétation de mauvaise organisation personnelle, un prisme privilégié par des actions ciblant l'individu comme le coaching (SALMAN, 2014 ; 2021). À l'inverse, la question de Karasek sur la pression temporelle faisait ressortir la charge de travail, un facteur lié à des choix d'organisation du travail. L'évolution de la question sur la pression pour ne pas faire d'erreur dans le travail montre aussi un déplacement, qui ouvre la voie à la responsabilisation du management à travers l'émergence d'une notion nouvelle, le « droit à l'erreur » : « Je ressens une pression forte pour ne pas faire d'erreur dans mon travail » devient « Dans mon service/équipe, le droit à l'erreur est reconnu ». Une autre question, qui portait initialement sur la participation à « des temps d'échange sur le travail pour parler de son contenu, son organisation et proposer des axes d'amélioration », a été resserrée sur le-la « manager », dont on évalue si il ou elle permet au ou à la salarié·e de s'exprimer sur son travail.

Le mécanisme de protection à l'égard des risques juridiques sous-tend en partie ces déplacements, qui conduisent à transférer la responsabilité des problèmes portant sur des facteurs organisationnels vers des déterminants individuels et managériaux, dans un champ structuré par la dichotomie entre la responsabilité de l'employeur et celle du salarié (HATZFELD, 2012). Cependant, dans la mesure où les gestionnaires RH n'ont que peu de prise sur les enjeux stratégiques relatifs à l'organisation du travail, au contrôle des échéances et de la qualité, ou même à l'achat des logiciels, elles et ils cherchent aussi des leviers d'action à leur portée. L'action sur le management est l'une des dimensions qu'elles et ils privilégient, à travers des outils qui leur sont familiers, comme la formation et le coaching, et qui leur permettent d'exercer une relative pression sur les managers, jusqu'aux cadres supérieur-es. L'introduction du « droit à l'erreur », pour général et psychologisant qu'il puisse paraître, est de leur point de vue une tentative pour protéger les salarié-es et pour limiter le pouvoir autoritaire des hiérarchies en plaçant ces dernières sous une forme de surveillance morale.

Le bilan de cette séquence QVT qui s'étale de 2014 à 2020 est ambivalent : la logique d'identification des facteurs de risque est détournée et euphémisée mais un diagnostic a pu circuler et soutenir des expérimentations sur le travail dans certains secteurs de la banque. Toutefois, ces initiatives sont fragiles et les indicateurs de mesure, comme l'action, s'orientent davantage vers les managers que vers l'organisation du travail en tant que telle, qui reste la prérogative des directions opérationnelles. La « managérialisation » prend, de surcroît, dans la dernière séquence, un sens différent de responsabilisation et de surveillance des managers.

Acte III. Les conditions de travail absorbées dans l'engagement, une « managérialisation » achevée ?

La mesure évolue encore dans une troisième étape, qui voit la fusion de l'enquête QVT avec une enquête interne consacrée à « l'engagement des collaborateurs » et portée par un autre service RH, considéré comme plus prestigieux car dédié aux « talents », c'est-à-dire à la fidélisation et à la sélection des cadres dirigeant-es. Cette fusion, défendue par la nouvelle direction de la QVT depuis son arrivée, est invoquée au motif d'une « simplification » des dispositifs – un argument souvent utilisé par les gestionnaires RH (BIAGGI, 2023) –, en l'occurrence, ici, afin de ne pas solliciter les salarié-es à plusieurs reprises. Elle correspond par ailleurs à une évolution de l'offre de conseil et des instituts de sondage, qui s'orientent, en raison de la concurrence des cabinets anglo-saxons, vers des questionnaires standardisés autour de la notion d'engagement, permettant des pratiques de benchmarking (BRUNO, DIDIER, 2013) à l'échelle internationale. La notion d'engagement renvoie également à une conception selon laquelle on ne peut instaurer la QVT qu'en démontrant son impact sur la performance. La QVT serait alors le moyen de développer l'engagement des travailleur-ses, lequel aurait un impact positif à la fois sur leur santé et sur leur

performance. La fusion avec l'enquête engagement serait ainsi une ultime tentative pour arrimer la QVT à des enjeux importants aux yeux de la direction. L'engagement est en effet érigé en valeur du groupe bancaire, et on attend des cadres qu'ils et elles en fassent la démonstration, en tant que représentant-es de ce « salariat de confiance » (BOUFFARTIGUE, 2001), d'autant plus que certain-es d'entre eux et elles quittent l'entreprise, dans un contexte de concurrence accrue, phénomène observé dès avant la pandémie. Le taux de participation et les résultats au baromètre « engagement » des différentes équipes permettent d'évaluer et de surveiller les dirigeant-es et les managers qui les encadrent, ce qui, comparé aux précédents dispositifs, donne davantage de force à celui-ci mais l'oriente vers une tentative de contrôle du comportement du management.

Ce questionnaire fusionné entend préserver l'équilibre entre les deux enquêtes initialement disjointes (« Engagement » et QVT). Le questionnaire « Engagement » a été fortement réduit par rapport à ce qu'il était dans sa version initiale autonome, passant d'une cinquantaine à une vingtaine de questions, nombre toutefois toujours plus élevé que celui de l'enquête QVT, dont la dernière version comportait moins de vingt questions. Par ailleurs, dans le questionnaire fusionné, les modifications qui affectent l'ordre de déroulement des questions renforcent les évolutions déjà présentes, en particulier la reformulation positive et la prise de distance avec la logique épidémiologique des facteurs de risque au profit de facteurs de satisfaction. Le questionnaire commence désormais par cinq questions portant sur la satisfaction au travail (l'épanouissement, la motivation, les raisons de cette satisfaction, etc.). Les dimensions de la QVT (conditions de travail, intensité, management, etc.) sont abordées, mais seule une question sur les deux ou trois composant à l'origine chacune de ces dimensions est posée, les autres étant repoussées plus loin dans le questionnaire, désarticulant et affaiblissant encore davantage la logique des facteurs de risque. La question sur la pression temporelle, qui avait été reformulée sous l'angle du sentiment d'être débordé, est supprimée. Le questionnaire d'évaluation du stress est déplacé à la fin du questionnaire. Les questions portant sur le management sont renforcées, confirmant l'importance accordée à ce qui apparaît aux RH comme un levier, face aux RPS mais aussi pour maintenir ou augmenter l'engagement des salarié-es. Les questions sur l'engagement évaluent le degré d'adhésion des salarié-es à la stratégie du groupe ou de leur entité, leur « confiance » dans les décisions prises, leur « fierté » de travailler pour le groupe et le fait qu'ils et elles « recommanderaient » ce dernier comme employeur. Elles sont très proches des baromètres externes qui classent les employeurs, leur décernant des prix relayés par la presse spécialisée (comme le label Top Employeur), et qui sont scrutés par les directions, afin de maîtriser la réputation et l'attractivité des entreprises.

En traduisant les enjeux sociaux et de santé dans un langage et des métriques managériales, la DRH peut chercher à influencer les directions opérationnelles, qui décident de l'organisation du travail (sous l'influence des directions générales et de la contrainte des enjeux financiers). Pour ce faire, le service QVT déclare ne pas

« imposer » une quelconque action aux entités et rester dans un rôle « support » en mettant des outils à disposition des directions opérationnelles, qui sont seulement « invitées » à s'en saisir : des formations managériales, sous la forme de « kits », sur la « détection des risques psychosociaux », le « management bienveillant » mais aussi les espaces de discussion du travail. La marge de manœuvre est pourtant faible, dans la mesure où les responsables RH ne parviennent pas à imposer – ni même à penser – une autre définition de l'organisation du travail. Leur action est dépendante du contexte, et la fonction QVT elle-même est menacée de disparaître, ou de s'effacer devant des enjeux jugés plus importants, comme cela a été le cas pendant la pandémie de Covid-19. Plusieurs enquêtes Flash ont été envoyées aux salarié-es en 2020, comme dans la plupart des grandes entreprises, pour sonder leur « moral » au moment des confinements, mais aussi leur perception de la « diversité » et de « l'inclusion », et enfin leur « engagement », sujet sur lequel les questions centrales ont été sauvegardées, témoignant de l'importance accordée par la direction à cette notion. Un nouveau changement des « propriétaires du problème » a accompagné cette évolution : le budget finançant ces enquêtes a été transféré du service des relations sociales à celui consacré aux « talents ». Le cabinet mandaté pour ces enquêtes est, cette fois, un institut de sondage, qui certes gérait l'infrastructure des précédentes enquêtes, mais qui se voit désormais confier la réalisation de l'ensemble. Le service QVT ne semble alors plus en position de lancer une nouvelle enquête.



Les instruments de mesure des risques psychosociaux font l'objet de transformations multiples en entreprise. Ils sont d'abord pris dans des conceptions divergentes, si ce n'est de la science, du moins de ce qui doit être mesuré ou observé, pour agir et prévenir. Ainsi, la logique de surveillance des facteurs de risque, qui a pourtant fait l'objet d'une institutionnalisation relative *via* les études épidémiologiques et les grandes enquêtes statistiques nationales, est progressivement concurrencée par l'approche en matière de qualité de vie au travail, elle-même entrant en tension avec l'accent progressivement mis sur l'engagement des salarié-es. Ces approches ne sont pas équivalentes et mobilisent des disciplines, des critères de mesure et des modes d'action différenciés. Elles engagent également des visions politiques divergentes et des « propriétaires du problème » (GUSFIELD, 2009) qui n'ont pas les mêmes positions ni les mêmes ressources. Les instruments qu'elles portent sont façonnés par des cabinets de conseil, eux-mêmes différenciés selon leur orientation disciplinaire et leur approche et selon leur positionnement politique et marchand. Ils font enfin l'objet d'usages managériaux qui mêlent des enjeux juridiques, de santé, de performance et de gestion de la main-d'œuvre, pour traiter à la fois les problèmes de mal-être au travail et les chiffres eux-mêmes.

Dans le cas de la banque, le paradigme de la surveillance médicale du stress et de ses facteurs de risque a pu jouer un rôle d'alerte, mais s'est avéré trop éloigné des leviers d'action sur le travail, à la fois du fait de son orientation centrée sur le stress et de la position périphérique des administrateur·rices du dispositif. Le paradigme de la QVT s'est révélé ambivalent, parvenant à impulser certaines actions d'amélioration du travail *via* l'enrôlement de dirigeant·es, mais au prix de la prise de distance avec la logique des facteurs de risque. Enfin, le paradigme de l'engagement a cherché à arrimer la QVT à des enjeux managériaux comme la performance et la gestion de la main-d'œuvre (réputation, attractivité, rétention). Ce déplacement, qui est peut-être une tentative stratégique mise en œuvre par les gestionnaires RH, qui n'ont au fond que peu de marge de manœuvre sur les questions de travail tout en cherchant à les porter auprès des directions opérationnelles, contribue à dénaturer la santé au travail et ce qu'elle est censée recouvrir. La focale est ainsi déplacée du niveau de stress et des facteurs de risque vers celui de l'engagement individuel et du comportement des managers.

Passant de la surveillance de la santé des salarié·es à la surveillance de leur engagement, ce déplacement participe d'un processus de « managérialisation du droit » (EDELMAN, 2016) qui substitue des catégories managériales aux catégories juridiques (ici, juridico-sanitaires) en les éloignant de leur logique initiale. Ce processus peut de surcroît contribuer à atténuer les risques juridiques, de conflit social et d'atteinte à la réputation de l'entreprise, ou du moins traduit la volonté de la direction de tenter de les atténuer. Les effets réels de ce processus restent toutefois à démontrer par d'autres recherches sur les contentieux. Ce déplacement peut ainsi être vu comme défensif et tourné vers le droit, mais également comme offensif : il se traduit en effet par le passage – et, ce faisant, le contrôle – de l'expression des salarié·es et des managers vers des enjeux de communication et de mobilisation de la main-d'œuvre, visant tant l'interne que l'externe, l'objectif étant aussi d'attirer de nouvelles recrues. Tout en contribuant à installer la question du vécu du travail au sein de l'entreprise, les dispositifs de mesure ne sont finalement parvenus, au mieux, qu'à viser des actions auprès des individus et du management, sans réussir à atteindre l'organisation du travail en tant que telle, pourtant considérée comme le levier de prévention primaire en santé au travail. Il faut toutefois souligner l'exception notable des actions menées sur le travail dans le cadre de la QVT (la réorganisation du travail des agences bancaires d'une part et les espaces de discussion du travail d'autre part, avec leur potentiel de remise en cause de certains modes d'organisation et de management), bien qu'elles aient été limitées dans leur portée et leur durée, se heurtant au fonctionnement très hiérarchique, aux modes de contrôle et aux réorganisations menées au sein de la banque.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT) (2019), *Un cap à tenir. Analyse de la dynamique de l'Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail-Égalité professionnelle du 19 juin 2013*, Rapport, 21 février.
- BENQUET M. (2018), « Écouter le personnel. Évaluer un dispositif d'évaluation », *Sociologie du travail* [en ligne], vol 60, n° 4. <https://doi.org/10.4000/sdt.8190>
- BENQUET M., MARICHALAR P., MARTIN E. (2010), « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, n° 79, p. 121-143.
- BIAGGI C. (2023), « Les DRH face aux réformes du droit du travail », *Les mondes du travail*, n° 30, p. 137-151.
- BLACK J. (2005), « The Emergence of Risk-Based Regulation and the New Public Risk Management in the United Kingdom », *Public Law*, Autumn, p. 510-546.
- BORRAZ O. (2008), *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po.
- BOUFFARTIGUE P. (2001), *Les cadres. Fin d'une figure sociale*, Paris, La Dispute.
- BOUFFARTIGUE P. (2012), « Mesurer les "risques psychosociaux" ? », *Mesures et démesures du travail. XIII^e Journées internationales de sociologie du travail*, Bruxelles, 25-27 janvier.
- BOURDU É., PÉRETIÉ M.-M., RICHER M. (2016), *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail*, Paris, Presses des mines/La Fabrique de l'industrie.
- BRUNO I., DIDIER E. (2013), *Benchmarking : l'État sous pression statistique*, Paris, Zones.
- CABANAS E., ILLOUZ E. (2018), *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Paris, Premier Parallèle.
- CHAKOR T. (2015), « Généalogie des risques psychosociaux au travail : un phénomène au cœur d'une tension politique », *Économies et Sociétés*, tome 49, n° 2, p. 197-225.
- CHAPPE V.-A., GUILLAUME C., POCHIC S. (2016), « Négocier sur les carrières syndicales pour lutter contre la discrimination. Une appropriation sélective et minimaliste du droit », *Travail et Emploi*, n° 145, p. 121-146.
- CHIAPELLO È., GILBERT P. (2013), *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris, La Découverte.
- CLOT Y. ([2010] 2015), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- CLOT Y., GOLLAC M. (2014), *Le travail peut-il devenir supportable ?*, Paris, Armand Colin.
- COSSALTER C., LEDAN P., MOUSSY J.-P., MUSSEAU J., PLESSIS A., OMNÈS C., GASTALDI L. (2007), « La gestion des ressources humaines dans les banques », *Entreprises et Histoire*, n° 48, p. 92-108.

- COURTET C., GOLLAC M. (dir.) (2012), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte.
- COUTROT T. (2017), « Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ? », *Document d'études*, n° 214, Dares.
- CRESPIN R. (2006), « Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 137-147.
- DAVEZIES P. (2001), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n° 1, p. 4-7.
- DEL SOL M., DIRINGER J., ROUSVOAL L. (coord.) (2023), « Dossier – Le droit pénal au secours de la justice sociale. Variations autour du procès France Télécom », *Amplitude du droit*, n° 2.
- DESROSIÈRES A. (2008), *L'argument statistique*. Vol. 1, *Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses des Mines ParisTech.
- DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (DGT) (2011), *Analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1 000 salariés. Prévention des risques psychosociaux*, avril, Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- DRAIS É., PÉLISSÉ J. (2017), « Gérer les risques au travail : place et rôle du droit dans le domaine des risques sanitaires. Présentation du dossier », *Droit et Société*, n° 96, p. 235-240.
- EDELMAN L. B. (2016), *Working Law. Courts, Corporations, and Symbolic Civil Rights*, Chicago (IL), University of Chicago Press.
- EDELMAN L. B., KRIEGER L. H., ELIASON S. R., ALBISTON C. R., MELLEMA V. (2011), « When Organizations Rule: Judicial Deference to Institutionalized Employment Structures », *American Journal of Sociology*, vol. 117, n° 3, p. 888-954.
- ENCRENAZ G., LEROUGE L. (2019), « Qualification juridique du harcèlement moral en France. Étude empirique des arrêts des cours d'appel de la région Aquitaine », *Pistes [en ligne]*, n° 21-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.6348>
- GANEM V., LAFUMA E., PERRIN-JOLY C. (2017), *Interroger les nouvelles formes de gestion des ressources humaines, dispositifs de personnalisation, acteurs et effets : regard pluridisciplinaire*, Toulouse, Octarès.
- GAULEJAC V. DE (2011), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil.
- GILLES M. (2016), « Des chiffres pour quels usages ? Tensions autour des statistiques de santé au travail », *Terrains & Travaux*, n° 28, p. 131-151.
- GOLLAC M. (2012), « Les risques psychosociaux au travail : d'une "question de société" à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, n° 129, p. 5-10.
- GOLLAC M., BODIER M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*, Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2010), « Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », *Document de travail*, n° 27, Centre d'études de l'emploi.

GUSFIELD J. (2009), *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, trad. et postface D. Defaï, Paris, Economica.

HATZFELD N. (2012), « Les risques psychosociaux : quelles correspondances anciennes aux débats récents ? », *Travail et Emploi*, n° 129, p. 11-22.

HÉAS F. (2019), « Les mutations du droit de la santé au travail et la négociation collective : l'exemple de la qualité de vie au travail », Communication, *Séminaire annuel « Âges et travail »*, Creapt, Cnam, mai.

HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.

KARASEK R. A. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, n° 2, p. 285-308.

KARASEK R. A., THEORELL T. (1990), *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books.

LE GOFF J.-P. (2003), « Que veut dire le harcèlement moral ? I. Genèse d'un syndrome », *Le Débat*, n° 123, p. 141-161.

LE ROUGE L. (2014), « Les "risques psychosociaux" en droit, retour sur un terme controversé », *Droit social*, n° 2, p. 152-160.

LE ROUGE L. (2020), « Risques psychosociaux et qualité de vie au travail : une articulation au prisme du droit et d'une approche éthique », *Sciences et bonheur*, n° 4, p. 73-85.

MARICHALAR P. (2014a), « Un pas de côté vers le psychique. La recherche sur les facteurs psychosociaux de risque liés au travail en Suède », in Lerouge L. (dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Toulouse, Octarès, p. 299-308.

MARICHALAR P. (2014b), *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po.

MARICHALAR P., MARTIN E. (2011), « Les syndicats et la souffrance », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 1, p. 29-33.

NASSE P., LÉGERON P. (2008), *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, mars.

PELLETIER J. (2015), « La QVT, une voie pour innover », *La Revue des conditions de travail*, n° 3, p. 16-24.

PÉLISSE J. (2011), « Se donner le droit : la force des organisations face à la loi. Présentation », *Droit et Société*, n° 77, p. 5-17.

PONGE R. (2018), *Pour ne plus perdre son esprit au travail. Sociologie historique d'une pré-occupation syndicale pour la santé des travailleurs-ses (1884-2007)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

POUSSOU-PLESSE M., DESPRAT D. (collab.), ULRICH V. (collab.) (2022), « La santé-travail au prisme de ses enjeux psychosociaux. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 7-33.

- PORTER T. M. (1995), *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton (N. J.), Princeton University Press.
- PROCTOR R. N., SCHIEBINGER L. (eds.) (2008), *Agnotology. The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford (Calif.), Stanford University Press.
- ROUAT S., TROYANO V., CUVILLIER B., BOBILLIER-CHAUMON M.-É., SARNIN P. (2017), « Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise. Une recherche dans l'industrie de la chimie », *Pistes* [en ligne], n° 19-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.5157>
- SALMAN S. (2008), « Fortune d'une catégorie, la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, vol. 50, n° 1, p. 31-47.
- SALMAN S. (2014), « Un coach pour battre la mesure ? La rationalisation des temporalités de travail des managers par la discipline de soi », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 8, n° 1, p. 97-122.
- SALMAN S. (2021), *Aux bons soins du capitalisme. Le coaching en entreprise*, Paris, Presses de Sciences Po.
- SIEGRIST J. (1996), « Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n° 1, p. 27-41.
- STRYKER R. (2011), « L'intermédiation scientifique dans la mise en œuvre des lois anti-discrimination américaines », in Bessy C., Delpuech T., Pélisse J. (dir.), *Droit et régulations des activités économiques : perspectives sociologiques et institutionnalistes*, Paris, LGDJ, p. 183-202.
- UGHETTO P. (2011), « Qui a besoin des risques psychosociaux ? "RPS", construction d'un problème public et travail », in Hubault F. (dir.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Toulouse, Octarès, p. 49-75.
- UGHETTO P. (2021), « La qualité de vie au travail au risque de sa transformation en *process* », in Le Garrec S. (dir.), *Les servitudes du bien-être au travail. Impacts sur la santé*, Toulouse, Érès, p. 169-188.
- VEZINAT N. (2011), « Le stress comme symptôme. Le contrôle par le management des conseillers financiers de la Poste », in Dressen M., Durand J.-P. (dir.), *La violence au travail*, Toulouse, Octarès, p. 223-234.
- VOLKOFF S. (coord.), CRISTOFARI M.-F., GADBOIS C., LAVILLE A., MOLINIÉ A.-F., PRUNIER-POULMAIRE S., STOCK S., VÉZINA N. (2005), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Octarès.

Une épidémiologie paritaire ?

Outils, savoirs et luttes de définitions
relatifs à la santé au travail des fonctionnaires*

*Collectif 350 tonnes et des poussières***

Cet article porte sur la mobilisation d'agent-es de la fonction publique face au danger de l'amiante, en livrant une chronologie de l'implication syndicale dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un instrument de mesure de l'altération de la santé au travail qu'est l'étude épidémiologique. En revenant sur la pugnacité de l'intersyndicale « Tripode », du nom du bâtiment administratif nantais amianté, qui a discuté âprement la définition des outils de surveillance sanitaire, cet article éclaire les ressorts d'une « épidémiologie paritaire » qui a contribué à faire de la nocivité de l'amiante un problème public, à contrer la hiérarchie administrative qui faisait obstacle à la reconnaissance des maladies professionnelles des agent-es exposé-es et enfin à inciter l'État-employeur à des pratiques de précaution vis-à-vis de ce cancérigène. Ni réductible à l'épidémiologie *institutionnelle*, ni superposable à l'épidémiologie *populaire*, cette démarche place les acteurs et actrices syndicales sur un pied d'égalité avec leurs administrations de tutelle au cœur des instances de négociation de la démocratie sanitaire.

En 2004, un cabinet spécialisé entame une première enquête épidémiologique menée sur la population des ancien-nes fonctionnaires du bâtiment administratif du « Tripode », en activité à Nantes de 1972 à 1993, afin de mesurer la prévalence de la morbidité et de la mortalité liées à la présence d'amiante dans cet immeuble. L'étude

* Nous remercions le Centre d'histoire du travail (CHT) de Nantes pour l'accueil qu'il nous a réservé (en particulier Christophe Patillon et Manuella Noyer, ainsi que Clara Chabot, stagiaire archiviste), les ancien-nes agent-es du Tripode et les représentant-es de l'administration qui ont accepté de témoigner. Cette recherche a d'abord été soutenue financièrement par le GIS Gestes (Groupe d'études sur le travail et la santé au travail), dans le cadre de l'appel à projet Amorçage 2021, puis par l'Agence nationale de la recherche au titre du projet ANR-21-CE36-0005-01.

** Renaud Bécot (PACTE/IEP Grenoble ; renaud.becot@iepg.fr), Clémentine Comer (INRAE/IRISSO ; clementinecomer@gmail.com), Gabrielle Lecomte-Ménahès (PACTE/IEP Grenoble ; gabrielle@lecomte-menahes.net), Anne Marchand (IRIS/Université Sorbonne Paris Nord ; anne-marchand@orange.fr), Pierre Rouxel (Arènes/Université Rennes 2 ; pierre.rouxel@univ-rennes2.fr).

est inédite à l'échelle internationale, car elle porte sur une exposition dite « passive » ou « environnementale¹ » : autrement dit, l'amiante est présent dans les espaces de travail, sans que les travailleur·ses en aient, selon toute vraisemblance, manipulé directement dans le cadre de leurs activités professionnelles. Cet article éclaire la genèse et le développement d'un combat syndical pour la mise en place de cette enquête épidémiologique, étroitement articulée à l'instauration de suivis médicaux individuels. Revendiqués par une intersyndicale constituée dès le début des années 1970 et maintenant son unité jusqu'à aujourd'hui, ces dispositifs sont constamment renégociés et discutés par les acteur·rices syndicales, qui parviennent à faire prendre en compte leurs avis dans la définition des contours et des critères de la surveillance sanitaire.

L'étude de cette mobilisation se révèle triplement heuristique. Tout d'abord, elle est un observatoire privilégié pour repenser la chronologie des mobilisations et de la régulation du risque lié à l'amiante en France. Les premières alertes sont concomitantes à celles émises dans plusieurs entreprises industrielles, au cours des années 1970. Pourtant, contrairement au secteur privé où s'impose ensuite un *statu quo* (HENRY, 2005), la décennie 1980 est marquée au Tripode par une intensification des préoccupations syndicales relatives à l'amiante, en amont de la séquence de « mise en scandale » à la suite de la découverte du toxique dans des établissements scolaires au début des années 1990 (HENRY, 2007). Ensuite, l'affaire du Tripode a également ceci de singulier qu'elle rend compte de la manière dont les agent·es et leurs organisations représentatives ont construit l'amiante comme un enjeu légitime au sein des administrations publiques et de leurs instances paritaires. À partir des années 1970, les efforts de régulation des autorités publiques se concentrent en effet sur le secteur privé ; et la définition d'une « valeur limite d'exposition professionnelle » pour l'amiante concerne alors exclusivement les activités industrielles (HARDY-HÉMERY, 2005 ; DEVINCK, 2011 ; HENRY, 2017). Les agent·es de la fonction publique, tout au moins ceux et celles dont l'activité ne relève pas de l'industrie, ne sont pas concerné·es par les décrets adoptés le 17 août 1977. La question de la responsabilité de l'État dans l'exposition de ses propres agent·es au risque lié à l'amiante est alors écartée. Enfin, l'acquisition de savoirs en matière de santé au travail, qui se traduit par la capacité des syndicalistes d'intervenir sans relâche dans l'organisation de la veille sanitaire, revisite l'idée selon laquelle la réflexion syndicale sur la construction des outils de surveillance serait l'apanage de groupes restreints d'expert·es militant·es (DUCLOS, 1983 ; MARCHAND, 2018 ; GHIS-MALFILATRE, 2018). En d'autres termes, la démarche organisée par l'intersyndicale du Tripode réinterroge non seulement la division du travail militant mais également la place des allié·es que sont classiquement les « scientifiques critiques » et les acteurs et actrices de la « médecine ouvrière » (MARICHALAR, PITTI, 2013) dans l'établissement de ces outils. En effet, si un nombre réduit de militant·es syndicales du Tripode s'active dans la mobilisation de soutiens extérieurs – chercheur·ses,

1. Ces catégories sont mentionnées dans l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur « Les effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante » (1996) et mobilisées dans toutes les études suivantes.

professionnel·les de santé, journalistes – et se saisit véritablement de la discussion scientifique sur la définition des outils de veille sanitaire, les revendications relatives à ces outils s'affirment comme des objectifs partagés par l'ensemble de l'intersyndicale. Cette situation contribue à structurer une mobilisation pérenne jusqu'à aujourd'hui, malgré l'éparpillement des agent·es sur différents sites à la suite de l'évacuation du bâtiment, puis de leurs départs en retraite.

Cette mobilisation est d'autant plus originale que les usages militants et syndicaux de l'épidémiologie apparaissent, de prime abord, contre-intuitifs. Plusieurs études soulignent les limites de ces démarches, voire leur caractère contre-productif pour faire reconnaître l'origine professionnelle des maux du travail ; elles s'inscrivent dans la continuité des réflexions relatives à l'agnotologie, soulignant comment la construction de certains savoirs conduit à ignorer des phénomènes qui pourraient être éclairés par d'autres prismes disciplinaires (PROCTOR, SCHIEBINGER, 2008 ; JOUZEL, 2019 ; RAINHORN, 2019). Ainsi, l'épidémiologie institutionnelle peut être analysée comme une entreprise d'effacement des traces d'expositions à des toxiques, plutôt que de production de connaissances, dans la mesure où les méthodologies employées conduisent souvent à l'impossibilité de tirer une conclusion tranchée – en particulier dans les situations de poly-expositions (PÉZERAT *et al.*, 2011 ; THÉBAUD-MONY, 2014). Des travaux pluridisciplinaires récents soulignent par ailleurs comment « la structuration des connaissances conditionne [...] fortement la capacité à se saisir ou non de certains problèmes » (COUNIL, HENRY, 2016, p. 7) et peut ainsi empêcher l'implication des travailleur·ses exposé·es aux substances pathogènes, dont les savoirs issus du terrain ne sont pas reconnus. À l'inverse, l'épidémiologie populaire est parfois étudiée comme un ensemble de pratiques impliquant des « profanes » dans la production scientifique, pour répondre aux carences identifiées d'une « science non produite » (FRICKEL *et al.*, 2010). Ces expériences « d'épidémiologie participative » se déroulent le plus souvent dans des contextes d'alertes sur la « santé environnementale » (BROWN, 1992, 2010 ; CALVEZ, 2009 ; ALLEN *et al.*, 2017). Les enquêtes portant sur les expositions professionnelles restent en revanche rares (MARICHALAR, 2017) et la pratique syndicale de l'épidémiologie populaire demeure marginale en France (BÉCOT, 2018). Parallèlement, l'usage syndical de connaissances épidémiologiques se heurte à des entreprises de « domestication » administrative, qui filtrent la prise en compte des données sur les pathologies professionnelles (DEDIEU, JOUZEL, 2020, p. 37).

Dans ce contexte, l'enquête réalisée sur la population des agent·es du Tripode se présente comme une épidémiologie *paritaire* au sens où tou·tes les acteur·rices impliqué·es (chercheur·ses, représentant·es de l'État-employeur, syndicalistes) revendiquent leur participation – et parviennent à l'imposer – dans la définition des questions de recherche, l'élaboration de la méthodologie d'enquête et la communication des résultats. En cela, cette étude ne relève ni d'une épidémiologie *institutionnelle* où les dépositaires d'une autorité scientifique seraient placé·es au poste de commandement, ni d'une épidémiologie *populaire* où les agent·es et leurs organisations représentatives seraient seul·es décisionnaires sur l'organisation de l'enquête.

Le « paritarisme » désigne une régulation sociale fondée sur l'élaboration de compromis, fussent-ils l'aboutissement d'un processus conflictuel, entre les représentant·es des employeurs et des salarié·es. Si cette notion fait l'objet d'interprétations distinctes dans la littérature, il est en revanche couramment admis que l'autonomie vis-à-vis de l'État est constitutive des dispositifs paritaires (APROBERTS *et al.*, 1997, p. 22). Si l'État ne disparaît pas complètement de la régulation, il reste au-dessus des intérêts en jeu : plus qu'un arbitre, il est alors considéré comme une instance de validation du résultat des négociations. La notion de paritarisme n'est toutefois rarement, sinon jamais, mobilisée pour analyser les relations entre l'État-employeur et ses agent·es. Or, dans l'affaire du Tripode, la démarche de l'intersyndicale consiste à faire chuter l'État de son piédestal, afin de l'installer dans la position d'une négociation paritaire, en lui refusant la capacité à énoncer des savoirs ou des décisions qui s'imposeraient « par le haut » et sans négociation. Afin d'instaurer un dispositif paritaire relativement autonome, ces syndicalistes cherchent à organiser une négociation avec l'État-employeur, en séparant celui-ci de la figure d'arbitre incarnée par l'État-régulateur. Si cette démarche d'autonomisation reste, on le verra, inaboutie, elle permet toutefois de mieux comprendre comment les deux parties ont pu faire valoir leurs intérêts respectifs dans la négociation – et, ici, leurs propres critères et attentes dans la définition du protocole d'enquête.

Pour les syndicalistes, la reconnaissance de l'étude épidémiologique par leurs administrations de tutelle devient un enjeu de démocratie sanitaire et de prévention des risques professionnels. Cette aspiration peut surprendre, au regard de l'historiographie portant sur le secteur privé, où l'on constate que « le cadre des relations paritaires peut s'avérer particulièrement inapproprié pour penser la santé au travail » (GEERKENS, 2014, p. 78). En effet, les réglementations applicables au secteur privé consacrant le principe de compensation monétaire des risques professionnels, les négociations paritaires peuvent délaissier la logique préventive. Or ce constat s'applique d'autant moins aux administrations publiques qu'elles sont marquées par la faiblesse de la réglementation (COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES, 2023a). Dès lors, l'instauration d'un cadre paritaire amène les syndicalistes vers des propositions pour renforcer l'innovation juridique et administrative en un sens plus favorable en matière de surveillance et de prévention des risques. L'étude épidémiologique permet ainsi de créer un précédent afin d'enclencher des mesures préventives. De plus, le cadre paritaire apparaît indispensable à la viabilité de l'étude : en insistant sur les effets différés de l'exposition à l'amiante, les syndicalistes cherchent à obtenir l'assurance de l'administration que l'enquête sera organisée dans la durée. Ce critère devient crucial pour garantir l'intérêt scientifique et préventeur des résultats de l'étude. En outre, dès lors qu'elle est l'un des instruments du bras de fer avec l'administration et qu'elle est un gage de crédibilité envers des instances ministérielles et des décideurs politiques auprès desquels sont exigées des mesures de réparation, « l'épidémiologie paritaire » pousse les syndicalistes à déployer une réflexivité militante sur les données produites en matière de santé au travail (GOUSSARD, TIFFON 2017), à prendre en compte les failles de l'outil lui-même et à continuellement le remodeler pour ne pas aboutir à « ignorer ce que l'on sait » (DEDIEU, JOUZEL, 2015).

Trois temps scandent la mobilisation de l'intersyndicale pour faire de « l'épidémiologie paritaire » un outil de mesure des effets pathogènes de l'amiante sur la santé des ex-travailleuses du Tripode et le moteur d'une lutte durable pour la reconnaissance de ses effets. Dans cette perspective, la première partie, consacrée aux mobilisations des années 1970 et 1980 alors que le bâtiment était encore en usage, revient sur la problématisation de l'amiante, sur la constitution d'un stock de preuves de l'exposition des agent-es et sur la progressive unification des positions syndicales vis-à-vis de ce toxique. Centrée sur l'imposition de l'épidémiologie comme moteur de la lutte syndicale, la deuxième partie, couvrant la période 1990-début 2000, suit la création, à l'échelle locale, d'un Comité d'hygiène et de sécurité (CHS) en 1989 et documente la persévérance des agent-es du Tripode et de leurs représentant-es qui, réclamant un droit de regard sur la collecte de données épidémiologiques et sur la définition du protocole d'enquête, n'ont de cesse de contourner les obstacles administratifs à la reconnaissance des maladies professionnelles. La réflexivité dont font preuve les militant-es pour garder la main sur l'outil épidémiologique, confirmer sa validité dans le temps long et l'arrimer à la (re)connaissance des effets différés de l'amiante clôt ce séquençage sociohistorique autour d'une troisième partie consacrée à la seconde moitié des années 2000, au cours desquelles l'étude épidémiologique commence à être effectivement réalisée (encadré).

ENCADRÉ

Méthodologie de l'enquête

Cette étude sur les outils de surveillance des risques professionnels constitue la première contribution d'un chantier de recherche collectif et pluridisciplinaire (science politique, sociologie, histoire) sur la mobilisation des agent-es du Tripode. L'enquête se fonde sur des archives inédites, déposées récemment au Centre d'histoire du travail de Nantes (CHT) : les fonds de l'intersyndicale du Tripode (en cours de classement lors de la rédaction de cet article, d'où l'alternance de références à des numéros de dossiers [CHS, IS Tripode] et aux archives de l'intersyndicale du Tripode [AIT]) et des archives personnelles de militant-es. Ces fonds, permettant de documenter finement le travail syndical mené depuis les années 1970, contiennent de nombreux documents internes aux ministères concernés, qui renseignent le positionnement des administrations face aux demandes syndicales. Parallèlement à l'examen de ces archives, une première campagne d'entretiens semi-directifs a été réalisée de novembre 2020 à mai 2021, auprès de différentes acteur-rices impliquées dans le dossier du Tripode, en particulier avec quinze militant-es (CGT, CFDT, UNSA¹) qui comptent parmi les plus investi-es dans cette mobilisation, deux statisticiennes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et deux représentant-es de l'administration centrale. L'enquête mobilise également le contenu du site de l'association des amiantés du Tripode et notamment le documentaire *Une tour, de l'amiante, un combat*, réalisé en 2009 (www.les-amiantes-du-tripode.fr).

1. CGT : Confédération générale du travail ; CFDT : Confédération française démocratique du travail ; UNSA : Union nationale des syndicats autonomes.

L’amiante comme enjeu de mobilisation : la genèse d’un combat syndical

Dans les années qui suivent sa construction en 1972, le Tripode fait d’abord bel effet. Si les premières interrogations syndicales sur le flochage en amiante s’expriment dès le milieu des années 1970, elles le font en ordre dispersé et la perception du risque reste embryonnaire. Mais dans un contexte plus général de combats syndicaux pour l’amélioration des conditions de travail des agent-es, une connaissance des dangers de l’amiante se développe grâce notamment à l’expertise de médecins, de scientifiques et de militant-es sur d’autres terrains, au point de faire de l’évacuation du bâtiment une revendication syndicale unitaire et centrale à partir de la fin des années 1980.

Décentralisation administrative, consolidation d’un bastion syndical et premières alertes sur l’amiante

Emblématique de la décentralisation administrative qui s’opère en France dans les années 1960 et 1970, la tour de Beaulieu, bientôt baptisée le « Tripode », regroupe près d’un millier d’agent-es de la fonction publique d’État (Affaires étrangères, Trésor et Insee). L’heure est à l’informatisation des bases de données et notamment du fichier de l’état civil des Français de l’étranger, de celui des entreprises ou encore du fichier électoral. Confrontées à un important besoin de main-d’œuvre pour assurer ces tâches répétitives et standardisées de saisie et de traitement, ces administrations recrutent un personnel aux caractéristiques proches de celles des salariées des industries décentralisées de l’ouest de la France au cours des deux décennies précédentes : majoritairement féminin, peu qualifié (de catégorie C ou D), jeune, d’origine modeste et originaire de la région (GALLOT, 2015 ; BÉCOT *et al.*, 2023). C’est le cas par exemple de Viviane Bihan, recrutée par l’Insee en 1973, alors qu’elle a tout juste 18 ans et suit une formation professionnelle de sténodactylo dans une école catholique de Nantes. La même année, Éliane Chesneau rejoint elle aussi le service du fichier des entreprises Sirene[®] en tant que vacataire, à 21 ans, après l’obtention d’un BEP (brevet d’études professionnelles) commerce et vente et quelques expériences professionnelles dans le secteur privé :

« On codifiait tous les mouvements : création, cession, radiation... On recevait sur papier les informations des registres de commerce, de l’Urssaf [Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d’allocations familiales] [...] On était trente à quarante personnes dans le même espace, devant un terminal. »

(Entretien avec Éliane Chesneau, 13 novembre 2020)

Toutes deux témoignent d’une ambiance faite de convivialité et de luttes syndicales foisonnantes, inscrites dans le contexte d’effervescence sociale et politique des « années 1968 » (BOUGEARD *et al.*, 2012 ; COLLECTIF SOMBRERO, 2018). Syndiquées à la CGT, elles s’impliquent dans plusieurs grèves pour obtenir la réduction du temps d’écran et une diversification des tâches effectuées, l’installation de cloisons

subdivisant les grandes salles de travail ou encore la titularisation des vacataires et la suppression de la catégorie D. Dans les récits de ses ancien·nes occupant·es, le bâtiment est en lui-même un vecteur des luttes. Son architecture, faite de trois ailes se rejoignant autour d'un îlot central, favorise les moments d'échanges et de convivialité et la construction de revendications communes entre agent·es des différentes administrations. Cette configuration encourage la syndicalisation, en premier lieu à l'Insee, où les trois organisations implantées à la fin des années 1970 – FO (Force ouvrière), CFDT et CGT – comptent au moins une centaine d'adhérent·es chacune.

La question de l'amiante s'impose alors comme un sujet de préoccupation. Dès 1976, un tract de la CGT informe les agent·es que « dans la construction moderne, il est courant d'employer l'amiante, projetée sur les éléments métalliques par la méthode du “flocage” » et qu'il « semble bien qu'un tel procédé ait été employé dans la tour Beaulieu ». Le titre n'est toutefois qu'interrogatif : *L'amiante qui recouvre certaines parties métalliques de l'immeuble est-elle un danger pour la santé*² ? L'ambition est d'obtenir de la part de la direction des Affaires étrangères, alors gestionnaire du bâtiment, des analyses de taux d'empoussièrement. Cette préoccupation s'inscrit dans la première vague de médiatisation des dangers de l'amiante, en lien avec la mobilisation des ouvrières d'Amisol³ et celle des chercheur·es et personnels de Jussieu (COLLECTIF INTERSYNDICAL, 1977 ; HENRY, 2007). La proximité géographique et intime avec les chantiers navals de Nantes – plusieurs agent·es du Tripode comptent dans leur famille des salariés de cette industrie, un secteur alors économiquement et symboliquement important de la ville (MASSON *et al.*, 2013) – semble aussi expliquer que le sujet devienne vite d'actualité (DAUBAS-LETOURNEUX, 2008 ; DEVINCK, 2011 ; CHAUMETTE *et al.*, 2014). Mariée à un ouvrier des chantiers navals, Éliane Chesneau se souvient ainsi que dès 1973, « aux chantiers, dans le BTP, on commençait à en parler, qu'il y avait de l'amiante partout ».

Toutefois, bien que le thème soit régulièrement abordé par les représentant·es syndicales dans les comités techniques paritaires (CTP) et les conseils de gestion du bâtiment à partir des années 1970, l'amiante demeure un enjeu de mobilisation relativement secondaire. Les interpellations syndicales s'opèrent en ordre dispersé, les relations entre organisations demeurent alors froides, voire conflictuelles. Plus largement, pour les agent·es comme pour les délégué·es syndicales, l'exposition à l'amiante dans la fonction publique semble incertaine, comme le suggère Éliane Chesneau :

« Mon conjoint et ses collègues étaient beaucoup plus en contact que nous. Dans les bateaux, il y en avait partout [de l'amiante]. Nous, c'était dans le flocage. Donc on savait les dangers, mais pas comment on pouvait être atteint. »

2. CHT, IS Tripode 48, Tract syndical, CGT Insee, 1976. Le terme amiante est normalement au masculin, nous conservons l'orthographe d'origine.

3. Le combat des ouvrières d'Amisol, usine de filage et de tissage d'amiante, commence en 1974 ; il est couvert par la presse syndicale, notamment *Antoinette* et *la Vie ouvrière* pour la CGT, et par *L'Humanité*.

On mesure ici la variation des « régimes de perceptibilité » des dangers de l'amiante, développée par Michelle MURPHY (2006), qui rappelle combien la connaissance du risque n'est jamais définie une fois pour toutes. Étroitement imbriquée dans les différents contextes – politique, social, scientifique, territorial, etc. –, cette perceptibilité dépend avant tout des instruments de mesure, des relations de travail, des controverses, de l'expérience des personnes qui subissent le risque. Portant exclusivement sur les entreprises industrielles privées et sur les activités de transformation de l'amiante, les législations françaises sur la prévention et la réparation des expositions ont ainsi contribué à partir des années 1970 à renforcer l'invisibilisation des risques pour les agent-es administratives travaillant en bureaux. Francis Judas, recruté à l'Insee en 1977 et délégué CGT, le résume aujourd'hui ainsi :

« On était fonctionnaire, on n'était pas censé mourir d'amiante. [...] L'amiante, on m'en a parlé très vite car il était convenu que les plafonds floqués des bureaux étaient fragiles. [...] Mais la prise de conscience n'allait pas beaucoup plus loin. »

(Échange téléphonique avec Francis Judas, 4 février 2021)

La dégradation du bâti, avec son lot d'infiltrations d'eau, d'incendies à répétition et de coupures de courant, se fait toutefois rapidement ressentir dans les années 1980, au cours desquelles les positions syndicales convergent pour la dénoncer et exiger la réfection des plafonds où se concentrent les flocages d'amiante. Cette unification des positions syndicales s'opère initialement autour de la CGT et de la CFDT de l'Insee. Au Tripode, le rapprochement entre ces deux organisations est favorisé par un ancrage socioprofessionnel peu différencié et par l'arrivée à des positions dirigeantes de militant-es échaudé-es par les tensions intersyndicales passées et partageant des affinités politiques⁴. Bien que parlant désormais d'une même voix, les syndicats se heurtent à des obstacles institutionnels qui soulignent l'étroitesse des leviers d'actions des représentant-es du personnel dans la fonction publique. Profitant de l'élan ouvert par les lois Auroux (1982) qui consolident les prérogatives des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans le secteur privé, la loi du 11 janvier 1984 en étend certaines dispositions à la fonction publique d'État. Elle rend possible la création de CHS « locaux ou spéciaux », sur demande des CTP concernés. Ces nouvelles instances apparaissent aux yeux des représentant-es syndicales comme leur étant plus favorables que les CTP, tant du point de vue des critères de représentativité – les représentant-es de l'administration y sont minoritaires – que des moyens disponibles pour recourir à des experts. Ces instances demeurent toutefois facultatives à l'échelle locale. En dépit des demandes répétées de l'intersyndicale auprès des hiérarchies du Tripode – Affaires étrangères, Trésor, Insee – et des représentant-es de l'État en région, il faut attendre 1989 et l'important mouvement de grève qui secoue le ministère de l'Économie et des Finances cette année-là pour qu'un CHS « départemental et

4. Les deux syndicats rassemblent dans leurs rangs des militant-es membres ou sympathisant-es socialistes ou d'extrême gauche, tandis que l'emprise des réseaux communistes au sein de la CGT locale s'estompe à la fin des années 1970.

interdirectionnel Finances » (CHS-DI) voie le jour à l'échelle de la Loire-Atlantique⁵ (COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES, 2023b). Jusqu'à cette date, les demandes syndicales de relevés des mesures et de prélèvements auprès de l'administration étaient restées lettre morte, comme le relate un ancien informaticien à l'Insee, embauché en 1978 au Tripode et délégué CFDT :

« À chaque fois qu'on avait une rencontre avec la direction, [...] on mettait l'amiante à l'ordre du jour et on demandait à la direction : "Qu'est-ce que vous en savez ? Est-ce que les prélèvements sont faits ?", etc. Et le directeur local, je m'en rappelle, nous disait : "Les prélèvements sont faits, on maîtrise, les taux sont inférieurs à la norme officielle. Il n'y a pas de danger." »

(Entretien avec un ancien informaticien, 20 novembre 2020)

Dans ce contexte de pressions syndicales croissantes, Yvon Bohelay, ancien responsable de l'antenne immobilière de l'État à Nantes et chargé, à partir de 1978, de la supervision des missions de diagnostic face aux multiples problèmes que rencontre le bâtiment⁶, commandite auprès d'un cabinet spécialisé une série de mesures d'empoussièrement entre 1983 et 1989⁷. Face à de hauts fonctionnaires frileux de transmettre les résultats des mesures, mais soucieux de « veiller au grain⁸ » et qui engagent au compte-goutte des opérations de réparation des plafonds dégradés, les délégué-es syndicales vont trouver les moyens de construire un ensemble de savoirs indiscutables sur les dangers auxquels sont exposé-es les agent-es du Tripode, qu'ils et elles réinvestissent dans les réunions avec les directions administratives et les mobilisations à l'échelle locale.

L'amiante comme cause commune : de la lutte pour l'évacuation à celle pour la surveillance sanitaire

En cherchant des ressources au-delà des murs de leur administration, les syndicalistes parviennent à solliciter des expertises médicales et militantes. Sollicité en 1989, le professeur Géraut, directeur de l'institut de médecine du travail de l'Université de Nantes, confirme le premier leurs craintes. Il leur précise que les valeurs limites d'exposition, aussi respectées soient-elles, ne protègent pas les agent-es exposé-es contre le risque d'asbestose, de cancer broncho-pulmonaire et de mésothéliome⁹. C'est

5. Ce mouvement de grève contre la stagnation des salaires et de l'emploi et l'archaïsme des équipements et des procédures de travail touche, à partir de l'été 1989, la quasi-totalité des services du ministère de l'Économie et des Finances. Ce conflit débouche sur un compromis à l'échelle nationale : rien n'est accordé en matière de salaire et d'emploi mais des concessions sont accordées en matière de santé au travail et de conditions de travail, précipitant la mise en place de CHS départementaux. Cf. l'entretien avec Daniel Morel, ancien membre du cabinet de Pierre Bérégoz, 30 mai 2021.

6. Entretien avec Yvon Bohelay, 27 mai 2021.

7. Circulaire DRT n° 88-15 du 8 août 1988 relative aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé aux poussières d'amiante.

8. Entretien avec Yvon Bohelay, 27 mai 2021.

9. CHT, IS Tripode 54, Lettre du professeur Géraut (faculté de médecine) à l'intersyndicale, 3 avril 1989.

ensuite un médecin en poste au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) qui, par l'intermédiaire de Jean-Luc Tonazzi, alors secrétaire général de la CFDT Insee, accepte de délivrer à l'intersyndicale un « certificat » attestant les risques présentés par les flocages d'amiante existant au Tripode¹⁰. « Des sommités médicales nous ont confirmé les risques encourus¹¹ », peuvent ainsi déclarer les représentant·es syndicales lors de leur première conférence de presse sur le sujet en juin 1989, avant de revendiquer « un plan d'urgence de réfection des plafonds pour supprimer l'amiante¹² ». L'audience de leurs manifestations et interpellations médiatiques est d'autant plus forte que le conflit social qui traverse les administrations des Finances, du printemps à l'automne 1989, a renforcé les liens – jusqu'alors peu affirmés – entre les agent·es de l'Insee, du Trésor public et des Affaires étrangères du Tripode et a permis l'élargissement du périmètre de l'intersyndicale.

Dans le même temps, la mise en place, à la suite de ce conflit, du CHS-DI Finances, doté d'un budget propre, permet aux délégué·es du Tripode de démultiplier les sollicitations d'expert·es extérieur·es, auprès notamment des cancérologues du CIRC¹³, confronté·es au désamiantage de leurs locaux lyonnais quelques années auparavant, ou auprès d'un réseau européen de lutte contre l'amiante porté par le journaliste Patrick Herman, collaborateur d'un député du groupe Les Verts au Parlement européen¹⁴.

Outre qu'elles mettent au jour des circulations de savoirs à l'échelle nationale et européenne, ces démarches rendent compte de dynamiques souvent ignorées des chronologies traditionnelles sur l'émergence de l'amiante comme problème de santé publique, qui pointent la mise en sommeil des mobilisations entre 1977 et 1995 (CHATEAURAYNAUD, TORNY, 1999 ; HENRY, 2007). En effet, à cette période, plusieurs affaires relatives à la présence d'amiante dans divers bâtiments administratifs – notamment le Berlaymont hébergeant la Commission européenne à Bruxelles¹⁵ – rencontrent un écho médiatique. Ce contexte renforce la défiance des délégué·es syndicales vis-à-vis d'une administration accusée d'occulter le problème, comme le souligne l'un d'entre eux :

« On s'est aperçu qu'ils nous mentaient. Il y avait des endroits où on dépassait les taux [réglementaires] de l'époque [...]. Donc, une direction qui nous mentait ouvertement sur une question de santé publique. [...] Et là, ça s'est emballé. Le fait qu'ils nous mettent en danger, consciemment, en nous mentant, pour moi, ça a été un choc. »

(Entretien avec un ancien informaticien, 20 novembre 2020)

10. Entretien avec Jean-Luc Tonazzi, 13 novembre 2020.

11. CHT, IS Tripode 55, Conférence de presse du 23 juin 1989.

12. CHT, IS Tripode 55, CR intersyndical national du CTP Insee sur hygiène, 12 juin 1989.

13. CHT, IS Tripode 69, Lettre du docteur Elio Riboli, président du CHS du CIRC à l'intersyndicale, 28 mai 1990.

14. CHT, IS Tripode 2, Dossier de presse sur l'amiante dans les bâtiments européens accompagnant la lettre de Patrick Herman, 28 juillet 1991.

15. Voir notamment l'article de François Robert dans le journal *Le Soir* du 29 juillet 1999, « Il n'y a plus d'amiante au Berlaymont » [en ligne]. www.lesoir.be/art/il-n-y-a-plus-d-amiante-au-berlaymont-cherement-payé-vi_t-19990729-Z0H2FC.html, consulté le 5 avril 2024.

Face à l'inquiétude croissante des représentant-es du personnel, Yvon Bohelay, alors chargé d'assurer la mission de responsable de l'hygiène et de la sécurité au ministère des Finances, commande un diagnostic sur les risques engendrés par la présence d'amiante auprès du bureau d'études Contrôle et prévention (CEP). Devant l'urgence de la situation – la dégradation du bâtiment ne faisant plus débat –, le président du CHS-DI de Loire-Atlantique, trésorier-payeur général, accorde la levée des crédits pour réaliser l'étude. En participant au dévoilement du danger, cette mission contribue à faire basculer les représentant-es de l'administration d'une attitude de « scepticisme vis-à-vis des dangers de l'amiante » à celle d'un « doute raisonné », puis à une acceptation de « l'évidence » des dangers encourus¹⁶. Acculée par le climat social dégradé et confrontée au coût des opérations de désamiantage, l'administration centrale se résout en 1991 à l'évacuation du bâtiment qui aura lieu entre 1992 et 1993. Membre du cabinet de Pierre Bérégovoy lorsque celui-ci était ministre de l'Économie (1988-1992), Daniel Morel se souvient que, lorsqu'il prend connaissance du dossier Tripode, les mesures d'amiante se situent en dessous des concentrations légales, mais qu'il est toutefois conscient que celles-ci ne préservent pas les agent-es du risque cancérogène¹⁷. Selon lui, la décision d'évacuer le Tripode est alors prise « sans hésitation » et sans que « personne ne s'y oppose vraiment ». Des différends émergent en revanche au sein de l'administration quant aux moyens à allouer au suivi sanitaire des agent-es, notamment sur la rédaction et la conservation d'attestations d'exposition à l'amiante. Les représentant-es de l'administration de l'Insee entendent s'aligner sur la décision de leur ministère de tutelle, celui de l'Économie. Il faut attendre une note rédigée par le directeur des personnels et des services généraux, qui précise les procédures de conservation des données (confidentielles) sur l'exposition des agent-es du Tripode par le service de médecine de prévention¹⁸, pour que la situation se pacifie. Mais l'absence de précisions sur les conditions d'accès à ces données et de délivrance de l'attestation laisse les responsables administratifs locaux dans l'expectative.

Dans les années suivant l'évacuation, les préoccupations syndicales locales sont irriguées par la « mise en scandale » de l'amiante à l'échelle nationale (HENRY, 2007). Au-delà de quelques contacts occasionnels avec des chercheur-es de Jussieu¹⁹, les délégué-es syndicales des trois administrations désormais réparties sur des sites différents prennent rapidement connaissance des réglementations successives adoptées pour contraindre puis interdire l'usage de l'amiante et les mobilisent à l'appui de leur action dans les CHS²⁰. Dans le même temps, les alertes lancées depuis le début des années 1980 se confirment progressivement, suivant en cela l'effet différé des fibres d'amiante sur la santé. Le décès en 1995, à l'âge de 40 ans, de Maurice Concher,

16. Entretien avec Yvon Bohelay, 27 mai 2021.

17. Entretien avec Daniel Morel, membre du cabinet de Pierre Bérégovoy de 1990 à 1992, puis directeur du personnel et des services généraux (DPSG, ministère de l'Économie, des Finances et du Budget), 30 mai 2021.

18. AFJ [Archives Francis Judas], Note de Daniel Morel (DPSG), 29 juillet 1992.

19. CHT, AIT, Télécopie de Francis Judas à Michel Parigot et Henri Pézerat, 15 janvier 1996.

20. CHT, IS Tripode 68, CR du CHS national de l'Insee, 6 mars 1996.

électricien au Tripode et militant CGT, puis, en 1999, celui d'un de ses collègues, Martial Gérin, 42 ans, tous deux d'un cancer des poumons, font figure de preuves tragiques des risques encourus. Pour l'intersyndicale, la nécessité de constituer un stock de preuves de l'exposition à l'amiante s'impose peu à peu. Alors que l'administration, celle de Bercy notamment, refuse de reconnaître l'origine professionnelle de ces maladies²¹, la perspective de la destruction du bâtiment, actée par la préfecture à la fin des années 1990, inquiète les syndicalistes :

« Dans un an, l'immeuble Beaulieu aura été désamianté et détruit. Et il n'y aura plus aucune preuve juridique (c'est-à-dire acceptée par un Tribunal) de notre exposition à l'amiante. »

(CHT, AIT, Tract intersyndical, « Amiante : des informations, des démarches, des actions », 13 mai 2002)

L'organisation d'une visite filmée du bâtiment est alors votée par le CHS-DI, tandis que l'intersyndicale engage une procédure judiciaire devant le tribunal administratif afin de provoquer une expertise, qu'elle parvient à financer par souscription auprès des agent·es. Les conclusions que rendent fin 2002 le docteur Zabbé et l'ingénieur Röder, expert européen en bâti amianté, sont sans appel. Elles révèlent que « les agents employés sur le site du Tripode ont été exposés à un risque d'empoussiérage par fibres d'amiante²² », au-delà même des bureaux qui préoccupaient initialement les syndicalistes. La situation semble « pire qu'à Jussieu », avec « des flocons d'amiante partout²³ ». À cette occasion, Pierric Onillon, agent du Trésor et militant CFDT, prend conscience que ses collègues du service informatique, qu'il pensait jusque-là épargnés, étaient en fait particulièrement exposés à l'amiante :

« Il y avait des services informatiques régionaux qu'on pensait préservés de l'amiante. C'est bien plus tard qu'on a découvert justement qu'il y avait du flochage derrière la ventilation. »

(Entretien avec Pierric Onillon, 12 novembre 2020)

Ce sont finalement près de 350 tonnes d'amiante qui seront retirées du bâtiment juste avant sa destruction. Si, grâce à la mobilisation syndicale, les agent·es des trois administrations ont pu être soustrait·es à l'exposition aux poussières d'amiante avec l'évacuation du Tripode, la bataille pour la reconnaissance des risques auxquels ils et elles ont été confronté·es ne faisait toutefois que commencer.

21. En 2002, alors que l'intersyndicale s'est engagée dans des procédures judiciaires pour la reconnaissance de ces maladies professionnelles, le ministre de l'Économie, Laurent Fabius, décide « d'autoriser, à titre gracieux, le versement de rentes viagères aux ayants droit de deux agents décédés en 1995 et 1999 » (Source : AFJ, Lettre de Laurent Fabius à Jean-Marc Ayrault concernant le dossier Tripode, 2 avril 1999). La volonté d'éviter un précédent jurisprudentiel explique en partie cette offre.

22. CHT, IS Tripode 11, Paul Röder, Claude Zabbé, *Exposition à l'amiante dans le passé par du personnel travaillant dans le bâtiment Tripode à Nantes*, Rapport, Paris et Brest, 23 décembre 2002.

23. Paul Röder dans le documentaire de Catherine de Grissac (2010), *Une tour, de l'amiante, un combat*, Plan Large Production.

Mettre en place une surveillance sanitaire : l'épidémiologie comme moteur de la lutte syndicale

Conscient·es que les effets sanitaires d'une exposition à l'amiante se font sentir à long terme, les militant·es de l'intersyndicale du Tripode se saisissent d'un outil de surveillance permettant de produire de la connaissance au long cours : l'enquête épidémiologique. Écartée par les représentant·es des administrations économiques et financières²⁴, la démarche est toutefois approuvée par le président du CHS-DI, alors receveur régional des douanes. Mais alors que l'intersyndicale fait rapidement connaître ses attentes vis-à-vis d'une telle enquête, le dossier est « pris en main » par Bercy, le « CHS [...] [étant] dessaisi de cette responsabilité²⁵ », ce qui retarde sa mise en œuvre. Quand le choix de la société prestataire désignée pour mener l'enquête s'impose finalement en 2004, l'intersyndicale exige la renégociation du protocole d'enquête proposé et s'affirme comme un acteur central dans la définition des conditions de l'étude.

De la revendication syndicale de l'enquête à sa confiscation par l'administration

La réflexion autour d'une enquête épidémiologique naît au cours des années 1990, après l'évacuation du Tripode. Grâce à leurs organisations, les militant·es de l'intersyndicale disposent d'informations sur de telles enquêtes envisagées à Jussieu et au Berlaymont²⁶. La revendication d'une enquête épidémiologique est également renforcée par le premier décès ayant frappé les électriciens du Tripode. Le 8 janvier 1996, l'intersyndicale réunit le personnel en assemblée générale et réclame, dans une motion, « la mise en place immédiate d'un suivi épidémiologique de longue durée, assuré par des médecins indépendants de l'administration²⁷ ». Au sein du CHS-DI de Loire-Atlantique, il faut toutefois attendre mai 1999 pour que le président de l'instance approuve le principe d'une « étude épidémiologique pour apprécier si l'exposition à l'amiante génère plus de maladies que pour une population “ordinaire”²⁸ » surtout dans l'objectif de « rassurer les agents concernés²⁹ ». Un groupe de travail paritaire est constitué afin de clarifier les attentes vis-à-vis de l'étude et de réfléchir aux modalités du « suivi médical » des ancien·nes agent·es du Tripode. Au terme de vifs échanges³⁰, les syndicalistes se voient confier la rédaction d'une synthèse des attentes relatives à l'enquête épidémiologique. Ce texte, salué par les représentant·es régionales de

24. CHT, IS Tripode 69, Procès-verbal du CHS-DI, 6 mars 1990.

25. Entretien avec Francis Judas, 13 novembre 2020.

26. Entretien avec Renée-Luce Marchalot, 15 décembre 2020.

27. CHT, IS Tripode 57, Communiqué intersyndical, « La tour Beaulieu a encore tué », 18 décembre 1995 ; CHT, AIT, Motion intersyndicale du 8 janvier 1996.

28. CHT, IS Tripode 8, Tract intersyndical, « Amiante : l'Insee refuse de reconnaître ses responsabilités », 2 avril 1999 ; CHT, AIT, PV du CHS-DI du 10 mai 1999.

29. CHT, AIT, Intervention de Monsieur Ribaut, PV du GT « Épidémiologie et suivi médical », 28 octobre 1999.

30. CHT, AIT, PV du GT « Épidémiologie et suivi médical », 28 octobre 1999. Entretien avec Francis Judas, 13 novembre 2020.

l'administration, définit l'objet de l'étude comme devant être « une comparaison du taux de morbidité par cancer de cette cohorte à celui d'une population ordinaire de même type (âge, sexe, etc.)³¹ ». Dans le cadre d'une exposition qualifiée de « faible » dans les textes réglementaires et inscrite dans la catégorie des expositions « passives³² », les militant-es soulignent que cette enquête serait inédite et espèrent ainsi « créer un référentiel en termes de santé publique dans ce domaine³³ ».

Or les ministères de tutelle s'inquiètent d'outrepasser leur rôle, voire de créer un précédent. Plus généralement, les représentant-es locales des administrations, parmi lesquelles le président du CHS, considèrent que l'enjeu est national et que le financement de l'enquête doit reposer sur l'implication de la Direction des personnels, de la modernisation et de l'administration (DPMA) du ministère de l'Économie. Durant l'été 1999, celle-ci reprend à son compte les projets formulés localement et ses agent-es responsables de l'hygiène et des conditions de travail se voient confier l'animation de groupes de travail (locaux et nationaux) sur cette enquête³⁴. Afin de maîtriser les orientations prises par le groupe, l'administration économique et financière nantaise tente maladroitement d'en évincer les représentant-es du personnel dès la première réunion, au motif que « le groupe de pilotage est un [groupe de travail] technique destiné essentiellement à assurer la définition des étapes, le suivi des travaux et l'information des membres des instances concernées³⁵ ».

Jusqu'à la définition du protocole d'enquête durant l'automne 2004, l'intersyndicale s'évertue à contourner ces obstacles administratifs. Dès début 2000, les syndicats de l'Insee interpellent leur directeur général sur la mise à l'écart des représentant-es du personnel et s'emploient à démontrer leur capacité à contribuer activement à la définition d'un cadre d'expertise plus rigoureux. Ils soulignent par exemple que « l'absence au sein du "groupe de pilotage" d'agents ou de responsables ayant travaillé dans la tour a conduit à quelques erreurs et incompréhensions » et mobilisent les mesures d'empoussièrement effectuées dix ans plus tôt pour rappeler « qu'il ne paraissait pas absurde aux experts de CEP [bureau d'études Contrôle et prévention] de penser que le taux de 25 fibres par litre avait été dépassé régulièrement dans beaucoup de bureaux³⁶ ». L'intersyndicale se présente ainsi comme une interlocutrice cruciale dans la définition du cadre de l'enquête. D'une part, elle apparaît pourvoyeuse d'une « expertise brute » (PITTI, 2010) acquise par les ancien·es agent·es dans leurs expériences de travail. D'autre part, elle s'érige en garante de la mémoire des lieux et des multiples expertises produites sur le bâtiment et sur la santé des fonctionnaires. Si elle parvient finalement à rejoindre le groupe de pilotage, l'intersyndicale compose avec la lenteur des procédures engagées par la DPMA,

31. CHT, AIT, Annexe au PV du GT, « Projet de demande d'étude épidémiologique, sur proposition des représentants du personnel », 2 novembre 1999.

32. Douguet D., Carteron H., Janiaud P., Pinhas N. (1997), *Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante*, Rapport de recherche, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

33. CHT, AIT, PV du GT « Épidémiologie et suivi médical », 28 octobre 1999.

34. CHT, IS Tripode 9, Lettre de Marie-Laurence Pitois-Pujade (DPMA) au président du CHS-DI, 28 février 2000.

35. CHT, IS Tripode 9, Compte rendu du groupe de pilotage « épidémiologie » (DPMA), 29 mars 2000.

36. CHT, IS Tripode 9, Lettre de l'intersyndicale au directeur général de l'Insee, 30 juin 2000.

qu'elle accuse à plusieurs reprises de passivité face au risque d'effacement des traces de l'exposition, alors que la démolition du bâtiment approche. À la fin de l'année 2000, puis au cours de l'année 2001, les représentant-es du personnel en CHS-DI invitent cette instance à faire « part de ses préoccupations sur la lenteur de la DPMA sur le dossier amiante³⁷ ». Ces retards adviennent alors que la Direction du service des pensions n'a toujours pas rendu de décision concernant la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies et des décès des deux électriciens. Pour appuyer la réalisation de l'enquête, l'intersyndicale organise des actions collectives dans l'espace public. Une assemblée générale du personnel de l'Insee décide, par exemple, la pose d'une plaque commémorative à proximité du Tripode durant l'hiver 2002, avec l'inscription : « Ici a travaillé et a été amiante, de 1972 à 1992, un millier de personnes de l'Insee, du Trésor et du MAE³⁸ ».

Un autre sujet de tension concerne le choix de l'organisme chargé de l'enquête. Dès la fin de l'année 1999, l'intersyndicale souhaite qu'un organisme public, l'Institut national de veille sanitaire (InVS), en prenne la responsabilité. Ce projet suscite l'intérêt de l'épidémiologiste Marcel Goldberg³⁹, qui fait alors autorité dans son champ de recherche. La DPMA, après s'être montrée un temps ouverte à cette possibilité⁴⁰, choisit finalement de recourir à la procédure des marchés publics en juillet 2001⁴¹. Les représentant-es de l'intersyndicale interprètent la décision de Bercy comme une nouvelle tentative de freiner les procédures. Tandis que les deux premiers appels d'offres lancés sont infructueux, ils et elles interpellent les tutelles de l'InVS (Direction de la santé), jusqu'à ce que la DPMA tranche en 2003 estimant que l'institut n'aurait « pas les moyens d'y répondre au niveau budgétaire⁴² ». Les personnels craignent alors que la mise à l'écart de cet institut conduise au choix de « sociétés privées qui ne présentent aucune expérience ni de garantie en termes de santé publique⁴³ ». Au terme d'un troisième appel d'offres, en avril 2004, la candidature de la société Sépia-Santé est finalement retenue⁴⁴. Celle-ci, alors spécialisée dans l'épidémiologie de la pollution aérienne, est sans réelle expérience dans le domaine des risques professionnels. Pour l'intersyndicale, elle apparaît d'abord comme une entreprise tributaire des contrats obtenus pour pouvoir fonctionner. Son autonomie face à Bercy paraît d'emblée limitée⁴⁵, une clause de confidentialité l'empêchant notamment de communiquer librement les recherches qu'elle aurait menées hors des cadres définis par le commanditaire⁴⁶.

37. CHT, IS Tripode 10, CR du CHS-ID, 23 avril 2001.

38. CHT, AIT, Photographies de la manifestation du 19 mars 2002 ; Motion de l'assemblée générale du personnel de l'Insee Nantes, 1^{er} février 2002.

39. CHT, IS Tripode 54, Lettre de Marcel Goldberg à Francis Judas, 14 décembre 1999.

40. CHT, IS Tripode 9, Compte rendu du groupe de pilotage « épidémiologie » (DPMA), 29 mars 2000.

41. CHT, AIT, Service des marchés de Bercy, Appel d'offres n° 207B, 27 juillet 2001.

42. CHT, IS Tripode 12, Réunion du Copil national sur le Tripode, 16 janvier 2003.

43. CHT, AIT, Motion de l'assemblée générale du personnel de l'Insee Nantes, 1^{er} février 2002.

44. CHT, AIT, Courriel de Barbara Seguret (DPMA), 5 avril 2004.

45. Entretien avec Yvon Kerhervé, 13 novembre 2020 ; entretien avec Francis Judas, 20 novembre 2020.

46. Contactée car nous souhaitions réaliser un entretien avec elle dans le cadre de cette recherche, l'agence Sépia-Santé n'a pas été en mesure de répondre en raison de « l'obligation de confidentialité » à laquelle le marché public la contraint. Courriel de la docteure Claire Ségala, 23 décembre 2020.

« La guerre commence » : affirmer le droit de parole syndical sur la définition du protocole

Bien que le cadre de l'enquête soit contraint, les militant·es syndicales parviennent à se faire entendre. À chaque étape de l'enquête, ils et elles veillent à être informé·es de la procédure et se montrent critiques des décisions prises. Lorsque les organisations syndicales reçoivent la première version du protocole en septembre 2004, la consternation est immédiate, un représentant nantais allant jusqu'à informer les fédérations nationales que « la guerre commence autour de l'étude épidémiologique que le ministère veut dénaturer⁴⁷ ». Une lutte s'engage alors autour de la définition du protocole d'enquête. Dans un délai très court, l'intersyndicale imprime des cartes postales de pétition « pour une véritable étude épidémiologique » à adresser à la préfecture de Loire-Atlantique et à trois ministères (Santé, Fonction publique, Économie et Finances). En une semaine, cette pétition recueille les signatures de l'écrasante majorité des ancien·nes agent·es encore en activité sur le nouveau site de l'Insee (plus de 300)⁴⁸. Les organisations syndicales s'agacent également de la volonté de la DPMA de mener des consultations distinctes, syndicat par syndicat, et réaffirment leur unité :

« Il paraît donc plus qu'utile de faire une déclaration commune regrettant cette situation, que nous pourrions envoyer collectivement à la DPMA [...]. Maintenant, ils nous écrivent par mail, à toutes et tous en même temps ! »

(CHT, AIT, Courriel de Francis Judas, 30 septembre 2004)

Faute d'avoir été associées à la définition du protocole, les organisations syndicales refusent de l'utiliser comme base de discussion et formulent deux séries de propositions. Tout d'abord, elles contestent les contours de la population d'enquête. Il leur semble nécessaire d'intégrer dans l'étude une cohorte « externe » afin de construire les écarts de morbidité et de mortalité par comparaison avec une population supposée non exposée à l'amiante. Par ailleurs, en se fondant sur le rapport d'expertise du docteur Zabbé qui souligne que l'ensemble des personnels était exposé, les syndicalistes s'opposent à la proposition de Sépia-Santé de comparer les résultats au sein de « sous-populations » établies parmi les ancien·nes agent·es du Tripode. Les délégué·es s'appuient sur les résultats de la Conférence de consensus de 1999 (sur la surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante)⁴⁹, selon laquelle seuls deux facteurs de différenciation pourraient intervenir et rendre envisageables des focalisations spécifiques sur certaines sous-populations : la durée d'exposition et une exposition à l'amiante plus forte pour les agent·es concerné·es par les activités de maintenance ou d'entretien.

47. CHT, AIT, Courriel de Francis Judas, 17 septembre 2004.

48. CHT, AIT, Courriel de la section syndicale CGT de l'Insee, 8 octobre 2004.

49. Conférence de consensus (1999), *Élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante* [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/conam2.pdf>, consulté le 5 avril 2024.

Le second point autour duquel se cristallisent les oppositions syndicales porte sur le type de données médicales utilisées pour fonder l'étude épidémiologique. Tout en revendiquant que soit recensé l'ensemble des cancers, l'intersyndicale se montre vigilante sur les données qui seront fournies à Sépia-Santé pour construire l'enquête. Plus spécifiquement, les représentant-es de l'intersyndicale s'inquiètent du recours aux radiographies réalisées lors des campagnes d'examens médicaux proposés aux agent-es depuis l'évacuation du bâtiment (en 1991-1992, puis en 1997-1998). En s'appuyant sur les réflexions de la Conférence de consensus de 1999, elles et ils soulignent les limites de cette technique médicale pour détecter les pathologies liées à l'amiante, et plaident pour la réalisation de scanners afin de mieux renseigner la morbidité.

Les organisations syndicales opposent un bloc homogène aux administrations centrales, alors que celles-ci, rangées sous la bannière de Bercy, craignent de fournir à leurs agent-es des preuves qui lui seraient opposables et qui pourraient les contraindre juridiquement et financièrement. Mais la proposition de mise en place d'une cohorte de comparaison externe au Tripode est finalement adoptée⁵⁰. Le comité de pilotage n'acte pas la réalisation d'une campagne de scanners, mais accepte de solliciter une « validation scientifique » du recours à cette technique. Douze ans après l'évacuation du Tripode, quelques semaines avant sa démolition le 27 février 2005, l'intersyndicale obtient finalement l'ouverture d'une étude épidémiologique. La poursuite de cette enquête devient un motif de lutte fédérateur entre les ancien-nes du Tripode, désormais réparti-es sur différents sites.

Tenir sur la durée : la mobilisation syndicale face aux temporalités longues de l'étude épidémiologique

La diffusion, au milieu des années 2000, des premiers résultats de l'étude épidémiologique menée par Sépia-Santé est à l'origine d'une nouvelle bataille, portant sur la construction d'une contre-expertise pour critiquer les résultats proposés et l'interprétation de ces derniers. Les postulats épidémiologiques sont ainsi bousculés. Non seulement cette critique est disciplinaire, mais elle se fonde aussi sur les outils d'une épidémiologie populaire. Le maintien d'une unité syndicale durant plus d'une décennie permet alors un suivi de longue haleine des trois études épidémiologiques (2004, 2013 et 2017). Face au risque d'essoufflement de la mobilisation, dans un contexte de vieillissement de la population du Tripode et de multiplication des maladies et des décès, cette unité s'articule étroitement à des mobilisations à plus court terme pour l'amélioration du suivi médical post-exposition et la reconnaissance des maladies professionnelles.

50. CHT, AIT, Relevé de conclusions du Copil, 11 octobre 2004.

Mobiliser un réseau professionnel : la critique savante et populaire de l'enquête épidémiologique

L'intersyndicale attendait avec impatience les résultats de l'étude entamée par Sépia-Santé en 2004. Mais les premières données transmises aux membres du comité de pilotage (Copil) au cours de l'année 2007 concluent à « une sous-mortalité significative chez les agents du Tripode par rapport à la population française⁵¹ ». Passé le temps du choc et de la désillusion, Francis Judas, l'un des principaux initiateurs de la démarche, fait notamment appel, *via* son réseau syndical, à ses collègues statisticien·nes de l'Insee pour expertiser la méthodologie et les résultats de l'enquête. France-Line Mary-Portas, chargée d'études en démographie et politiques sociales, joue alors un rôle central dans la construction progressive d'une contre-expertise syndicale de l'étude épidémiologique. Sociologue de formation, France-Line Mary-Portas a rejoint l'Insee en 2004, passionnée par la réflexion sur l'usage des nombres et les enjeux de la statistique publique, qu'elle partage avec d'autres au sein de l'association Pénombre⁵². Son engagement à la CGT Insee lui permet de retrouver « ce courant critique sur les données et les chiffres dans le débat public⁵³ ». En 2005, elle rencontre Francis Judas et prend connaissance du dossier amiante concernant le Tripode.

Son regard sur les données produites par Sépia-Santé est décisif dans la relecture syndicale des résultats de cette première enquête. Elle construit la démonstration selon laquelle, au regard de la population générale et selon les canons de l'épidémiologie des risques professionnels, les agent·es du Tripode seraient censé·es être en meilleure santé, sous l'influence de deux facteurs : l'effet « travailleur sain⁵⁴ » et leur appartenance à la catégorie des « cols blancs ». Afin de rendre immédiatement intelligible son propos, elle transforme les tableaux de chiffres présentés dans le rapport de Sépia-Santé en deux courbes de mortalité et rend ainsi particulièrement visible le fait que la courbe correspondant à la cohorte en population générale et celle des agent·es du Tripode « se chevauchent presque ; c'en était inquiétant⁵⁵ ». Présente dans les réunions du Copil Amiante qui réunissent notamment médecins de prévention, représentant·es de la DPMA, du CHS ministériel et du CHS-DI de Loire-Atlantique, France-Line Mary-Portas donne du crédit à la position des représentant·es de l'intersyndicale et permet *in fine* la poursuite de l'étude : « Pour la première fois, ils nous ont vu·es autrement que comme des activistes insupportables⁵⁶ », souligne un représentant syndical. À chaque nouvelle étape de l'enquête, les représentant·es de l'intersyndicale

51. CHT, AIT, Sépia-Santé, Enquête épidémiologique sur les risques pour la santé des agents (actifs et retraités) des ministères financiers et du ministère des Affaires étrangères et européennes, ayant été en fonction de 1972 à 1993 dans l'immeuble « Le Tripode », île Beaulieu à Nantes, résumé du rapport d'étude, 21 mars 2008.

52. Fondée en juin 1993, l'association Pénombre regroupe des adhérent·es « ayant en commun le souci d'améliorer le débat démocratique par une utilisation raisonnée du nombre » (source : www.penombre.org/, consulté le 5 avril 2024).

53. Entretien avec France-Line Mary-Portas, 12 novembre 2020.

54. Il s'agit d'une convention selon laquelle, dans l'espace professionnel, les individus sont capables d'exercer un travail régulier et sont donc *a priori* en meilleure santé que les inactif·ves et les chômeur·ses.

55. Entretien avec France-Line Mary-Portas, 12 novembre 2020.

56. Entretien avec Francis Judas, 20 novembre 2020.

seront désormais accompagnés d'une « experte », statisticienne à l'Insee⁵⁷, capable de discuter avec les épidémiologistes de Sépia-Santé et de Santé publique France. Les controverses lors des réunions relèvent alors de fractures disciplinaires. D'un côté, les épidémiologistes recourent quasi systématiquement à la mention « il est impossible de conclure », d'autant plus que la cohorte étudiée n'est pas importante, sans puissance statistique au regard des canons de leur discipline. De l'autre, France-Line Mary-Portas s'emploie à démontrer que l'impossibilité épidémiologique de conclure ne signifie pas que l'amiante n'a pas eu d'effets sur la santé des personnels. Il s'agit au contraire de pointer les limites de l'outil en rappelant par exemple « que les intervalles de confiance⁵⁸ ne sont que des conventions ». La légitimité de la discipline statistique ouvre ainsi des possibilités d'interventions aux organisations syndicales, en permettant de questionner le protocole et les choix d'enquête pouvant faire apparaître les effets de l'exposition à l'amiante.

Au-delà de ces savoirs disciplinaires, les membres de l'intersyndicale mobilisent également, plus classiquement, leurs connaissances du milieu professionnel pour recenser les malades, comme lorsqu'il s'agit de retrouver les 147 anciennes agent-es du Tripode (8 %) qui manquent à l'appel dans l'étude de mortalité menée par Sépia-Santé. Tout en dénonçant une aberration – l'Insee étant l'administration gestionnaire du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) –, l'intersyndicale impulse la reconstitution, par ministère ou administration, des listes d'agent-es disparus. Au ministère des Affaires étrangères, celle-ci est rapidement mise en œuvre grâce à la responsable du service de la médecine de prévention et de l'action sociale, Annie Bordais. Cette ancienne militante CGT devenue cadre dans le service des ressources humaines du ministère l'a justement rejoint « pour suivre le dossier des agents du Tripode jusqu'au bout⁵⁹ ». Mobilisant les moyens de ce service, son ancienneté et sa très bonne connaissance du terrain, elle entreprend un travail de reconstitution qu'elle qualifie « de fourmi⁶⁰ » ; elle effectue par exemple un recensement quotidien des obsèques. Marc Pénard-Franc, représentant de l'UNSA au ministère des Affaires étrangères, relate également cette quête minutieuse des « perdu-es de vue » :

« On a fait jouer la mémoire de nos collègues et on a pu retrouver tout le monde. “Untel est resté copain avec untel. Untel avait un ç dans son prénom, etc.”. On a apporté notre contribution [...] et on a pu recoller les données pour les confirmer ; le service de dialogue social a aussi contacté le service des retraites de l'État et les mairies. »

(Entretien avec Marc Pénard-Franc, 18 décembre 2020)

57. Entretien avec Elvire Demoly, 13 novembre 2020.

58. Les intervalles de confiance représentent la plage d'incertitude associée à l'estimation d'une statistique (moyenne, proportion ou écart-type, etc.).

59. Entretien avec Annie Bordais, 16 décembre 2021.

60. *Ibid.*

Cette aptitude à reconstituer les traces et à maintenir une mémoire du collectif de travail est progressivement reconnue non seulement par les hauts fonctionnaires chargés du dossier, mais aussi par les membres des cabinets ministériels. L'action d'Annie Bordais, au positionnement particulier de cadre administrative menant un combat sans relâche pour la reconnaissance des maladies professionnelles, a joué un rôle d'aiguillon auprès des administrations centrales. À tel point que celles-ci adoptent finalement sa démarche méthodologique de recensement et de suivi des agent·es, après une tentative avortée de la part de la Direction centrale des finances d'en revendiquer l'origine :

« Je n'étais pas quelqu'un d'important par rapport au DG finance mais je connaissais trop bien le dossier pour qu'on ne fasse pas attention à moi. [...] Je n'ai pas cédé. J'ai refusé qu'on impose un tableau officiel qui était le mien en moins bien. »

L'action d'Annie Bordais contribue ainsi à renforcer, aux yeux des administrations, le magistère syndical dans le domaine du suivi médical et de l'épidémiologie. Dans cette optique, le travail de l'intersyndicale pour faire vivre la mobilisation dans le temps long se déploie dans une double direction, articulant un suivi vigilant et expert de l'étude épidémiologique à des initiatives pour maintenir la cohésion du groupe des « agent·es du Tripode », à mesure que ces dernier·ères partent en retraite.

Inventivité et réactivité syndicales pour faire vivre une mobilisation au long cours

La longévité de la mobilisation doit beaucoup au maintien d'une unité syndicale durable. Outre les solides liens d'interconnaissance forgés au fil du temps, celle-ci repose pour une large part sur certain·es délégué·es, comme Francis Judas, dont l'expérience et l'expertise accumulées suscitent un respect et une reconnaissance unanimes et contribuent à limiter les prises de parole dissonantes. La continuité dans le temps de l'intersyndicale – des personnes étrangères au Tripode ont progressivement rejoint les rangs – offre des ressources pour assurer une surveillance sanitaire de long terme et exercer une vigilance permanente sur la fabrique des chiffres. Par exemple, les syndicalistes ont pu mettre en évidence que la cohorte témoin retenue pour la deuxième étude (2013), constituée d'agent·es des Finances – un profil « col blanc » censé être très proche de celui des agent·es du Tripode – était non seulement plus âgée que la population étudiée, mais avait aussi été exposée à l'amiante⁶¹, introduisant une distorsion du taux de mortalité. Alors qu'une quatrième étude est aujourd'hui en chantier, l'assiduité et la réactivité des militant·es permettent de maintenir un droit de regard syndical pour que le dispositif de surveillance reste paritaire.

Au-delà des connaissances techniques de certain·es, le maintien d'une unité syndicale dans le temps long repose aussi sur l'organisation d'une diversité d'actions collectives – rassemblements, interpellations de la presse, d'élu·es et de responsables

61. Aizicovici F. (2018), « À la tour Bretagne de Nantes, la présence d'amiante dégradé inquiète les salariés », *Le Monde*, 9 février.

politiques locales et nationales – permettant d’entretenir un rapport de force suffisant avec les administrations de tutelle, par exemple pour les contraindre à accepter les scanners comme modalités de surveillance médicale des ancien·nes du Tripode. Début 2007, en pleine campagne pour les élections présidentielles, l’intersyndicale interpelle ainsi les ministres de l’Économie et des Affaires étrangères Thierry Breton et Philippe Douste-Blazy⁶² et organise l’occupation par des centaines d’agent·es de lieux symboliques tels que la direction régionale de l’Insee⁶³ ou le centre départemental des finances⁶⁴. Dans la foulée, les agent·es du Tripode obtiennent la mise en place d’un suivi médical post-expositions longtemps revendiqué par l’intersyndicale et validé par la Haute Autorité de santé comme protocole de référence pour les salarié·es exposé·es à l’amiante⁶⁵. Ce protocole est ensuite étendu par décret à l’ensemble des agent·es de la fonction publique⁶⁶.

Dès lors, les membres de l’intersyndicale multiplient les initiatives pour maintenir, voire renforcer, la participation des ancien·nes agent·es du Tripode. À l’issue de chaque vague de l’enquête épidémiologique, l’intersyndicale demande l’élaboration et la diffusion d’une synthèse – âprement discutée au sein du Copil –, présentant les résultats de l’étude de manière intelligible et soulignant les conséquences sanitaires de l’exposition à l’amiante⁶⁷. Comme dans d’autres conflits du travail (COLLECTIF DU 9 AOÛT, 2017), les syndicalistes sont par ailleurs à l’origine du lancement de nouvelles structures, comme l’association Solidarité Tripode, dont le bureau est composé de représentant·es des différentes organisations syndicales. Fondée initialement pour un projet de film documentaire⁶⁸, l’association coordonne désormais le suivi médical post-professionnel et le soutien aux demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des ancien·nes du Tripode, notamment pour que les facteurs de décès et de maladies soient mieux caractérisés. Elle organise également des rendez-vous réguliers rassemblant des ancien·nes du Tripode, afin de les informer sur les avancées des études et de leur faire partager des moments conviviaux.

Avec le temps, la prise de conscience de l’importance de maintenir un collectif pour conserver les traces et les preuves de l’exposition passée s’impose auprès d’un plus grand nombre d’agent·es, en particulier lorsqu’ils et elles ont passé le cap de la retraite et ont connaissance du nombre de maladies déclarées parmi leurs ancien·nes collègues. Le fait d’avoir déposé en 2016, à l’appel de l’intersyndicale, un dossier pour « préjudice d’anxiété » auprès du Tribunal administratif – l’État, à la fois législateur et employeur, a ainsi été reconnu coupable de ne pas avoir protégé ses agent·es contre

62. CHT, AIT, Lettre ouverte à MM. les ministres Breton et Douste-Blazy, 15 janvier 2007.

63. CHT, AIT, Tract intersyndical, « Amiante. Mobilisation du 26 février : des avancées à confirmer », 6 mars 2007.

64. CHT, AIT, Article « Amiante : anciens du Tripode toujours en colère », *Ouest-France*, 17 avril 2007.

65. Ce protocole inclut un suivi médical avec entretien, la prescription d’un scanner thoracique à toutes les agent·es du Tripode (et un second entretien si une anomalie est découverte) ainsi qu’un dispositif de soutien psychologique.

66. Décret du 11 décembre 2009 sur le suivi médical post-professionnel des agents de l’État exposés à l’amiante, *JO* du 13 décembre 2009.

67. CHT, AIT, Lettre aux agents présentant les résultats des études Sépia-Santé, 19 novembre 2013.

68. Grissac C. de (2010), *Une tour, de l’amiante, un combat*, Plan Large Production.

les flocages d'amiante⁶⁹ – s'inscrit dans cette perspective : il ne s'agit pas seulement de percevoir une indemnisation mais bien de parvenir à fournir une preuve, « si on a une maladie qui se déclare par la suite⁷⁰ ». Le temps est loin des moqueries dont ont pu faire l'objet des militant·es qui alertaient sur les dangers de l'amiante dans les années 1980-1990, à l'image de Marie-Claude Villeneuve, syndicaliste à Sud Trésor, longtemps surnommée avec ironie « Miss amiante⁷¹ » par certain·es de ses collègues. L'étude épidémiologique a en effet confirmé une perte d'espérance de vie des agent·es du Tripode de deux à six ans et une surmortalité significative au regard de la mortalité des fonctionnaires de la cohorte de comparaison.



En se centrant sur les modalités de construction et de suivi d'outils de veille sanitaire relatifs aux effets pathogènes de l'exposition professionnelle à l'amiante d'ancien·es agent·es de la fonction publique d'État, cet article renseigne les logiques constitutives d'une expertise syndicale capable de contourner les mécanismes d'invisibilisation des risques sanitaires et d'inciter les administrations centrales à réaliser des études épidémiologiques. Examinant la mobilisation qui, depuis les années 1970 dans le bâtiment « Tripode », a peu à peu rassemblé les organisations syndicales de trois administrations (Affaires étrangères, Trésor et Insee), cette enquête ouvre la boîte noire d'un paritarisme spécifique et méconnu dans la fonction publique, notamment en matière de santé au travail. Dans ce système singulier de relations professionnelles, la réalisation de l'enquête épidémiologique représente un succès pour l'intersyndicale nantaise. Si elle est d'abord source de désillusions pour les ancien·es agent·es du Tripode, elle devient une cause partagée en raison de sa poursuite et de son perfectionnement.

La notion « d'épidémiologie paritaire » révèle un registre d'action syndicale inédit qui s'empare de savoirs médicaux et de débats méthodologiques pour produire une expertise et un droit de regard critique sur l'établissement de protocoles d'enquêtes sanitaires. Ancré dans un *ethos* professionnel marqué par « une culture du chiffre », le déroulement de l'enquête témoigne d'une critique entretenue par les militant·es sur l'usage des données quantitatives. Faite de rapports de force incessants pour conserver et légitimer sa place dans le concert de la négociation collective, la mobilisation syndicale implique parallèlement de tenir sur le temps long, dans la mesure où l'exposition à un cancérigène comme l'amiante produit des effets fortement différés. Dans cette perspective, le discours syndical insiste sur la valeur préventive de l'étude épidémiologique. Loin d'être sans effets sur les conditions de travail des agent·es, le caractère novateur de l'enquête, inédite à l'échelle internationale, conduit des syndicalistes à

69. « Nantes. Préjudice d'anxiété liée à l'amiante au Tripode : l'État renonce à faire appel », *Presse Océan*, 5 novembre 2020.

70. Entretien avec Viviane Bihan, 7 janvier 2021.

71. Entretien avec Marie-Claude Villeneuve, 16 décembre 2020.

suggérer que celle-ci pourrait avoir une valeur d’alerte dans des pays utilisant toujours l’amiante. Elle est aussi parfois présentée comme un levier pour renforcer les mesures de prévention au sein d’autres administrations publiques en France. La mobilisation syndicale du Tripode a en effet fait tache d’huile, puisque des syndicalistes nantais·es ont participé au processus d’élaboration d’une réglementation en matière de risque lié à l’amiante dans les trois fonctions publiques (circulaire du 28 juillet 2015) et soutenu d’autres mobilisations.

Les effets préventeurs de cette étude, pourtant née dans un cadre paritaire improbable, peuvent surprendre au regard des constats de l’historiographie de la santé au travail, selon lesquels le paritarisme fait le plus souvent obstacle à toute perspective de prévention. Ainsi, l’affaire du Tripode présente deux singularités. D’une part, la faiblesse des réglementations applicables aux fonctionnaires en matière de santé au travail a contribué à ce que l’élaboration d’une régulation paritaire visant à pallier les carences de l’État-employeur soit moins conditionnée par le paradigme d’indemnisation des risques que dans le secteur privé. D’autre part, les proximités des agent·es du Tripode et des syndicalistes avec des mouvements de critique des sciences (statistiques notamment) et avec des acteurs et actrices d’autres luttes pour la reconnaissance des maux du travail ont infléchi la réflexion syndicale sur la protection de la santé au travail. Loin de plaider pour une stricte réhabilitation du paritarisme dans le domaine de la santé au travail, l’affaire du Tripode invite plutôt à s’interroger sur les conditions spécifiques dans lesquelles le principe de sanctuarisation de la santé et la logique préventive qui l’accompagne peuvent s’imposer au cœur du dialogue paritaire.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN B., COHEN A., FERRIER Y., LEES J. (2017), *Fos EPSEAL. Étude participative en santé environnement ancrée localement sur le front industriel de Fos-sur-Mer et Port-Saint-Louis-du-Rhône*, Rapport final, Marseille, Centre Norbert Elias.

APROBERTS L., DANIEL C., REHFELDT U., REYNAUD E., VINCENT C. (1997), « Formes et dynamiques de la régulation paritaire », *La Revue de l’Ires*, n° 24, p. 19-42.

BÉCOT R. (2018), « L’invention ouvrière d’une pratique de précaution ? L’expérience du Carnet d’exposition aux risques professionnels, 1975-1987 », *Histoire@Politique* [en ligne], n° 36. <https://doi.org/10.4000/histoirepolitique.5890>

BÉCOT R., COMER C., ROUXEL P. (2023), « Protester depuis la périphérie : les luttes ouvrières dans les industries décentralisées. Le cas de la SPLI en Ille-et-Vilaine », in Collectif à l’Ouest (dir.), *Protester à Rennes dans les années 1968. Mobilisations et trajectoires biographiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 23-44.

BOUGEARD C., PORHEL V., RICHARD G., SAINCLIVIER J. (dir.) (2012), *L’Ouest dans les années 68*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

BROWN P. (1992), « Popular Epidemiology and Toxic Waste Contamination: Lay and Professional Ways of Knowing », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 33, n° 3, p. 267-181.

BROWN P. (2010), « Retour sur l'épidémiologie populaire », in Akrich M., Barthe Y., Rémy C. (dir.), *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, Paris, Presses des Mines, p. 53-87.

CALVEZ M. (2009), « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 2, p. 79-106.

CHATEAURAYNAUD F., TORNAY D. (1999), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'EHESS.

CHAUMETTE P., DAUBAS-LETOURNEUX V., EMANE A., HÉAS F., COUTANCEAU C. (2014), *Enjeux de santé au travail et cancers : les expositions à supprimer dans les métiers portuaires. Une recherche-action sur le Grand Port Maritime de Nantes/Saint-Nazaire*, Nantes, Programme Escapes.

COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES (2023a), « Les fonctionnaires, victimes silencieuses du travail », *Santé & Travail*, n° 121, p. 30-32.

COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES (2023b), « La santé des fonctionnaires sous les années Mitterrand. Lutte pour la création d'un CHS au sein d'un bâtiment amianté », *20 & 21. Revue d'histoire*, n° 159, p. 111-126.

COLLECTIF DU 9 AOÛT (2017), *Quand ils ont fermé l'usine. Lutter contre la délocalisation dans une économie globalisée*, Marseille, Agone.

COLLECTIF INTERSYNDICAL SÉCURITÉ DES UNIVERSITÉS PARIS VI ET PARIS VII, CGT, CFDT, FEN (1977), *Danger ! amiante*, Paris, F. Maspero.

COLLECTIF SOMBRERO, FILLIEULE O. (dir.), BÉROUD S. (dir.), MASCLÉ C. (dir.), SOMMIER I. (dir.) (2018), *Changer le monde, changer sa vie. Enquête sur les militantes et les militants des années 1968 en France*, Arles, Actes Sud.

COUNIL É., HENRY E. (2016), « Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 148, p. 5-29.

DAUBAS-LETOURNEUX V. (2008), « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 213-235.

DEDIEU F., JOUZEL J.-N. (2015), « Comment ignorer ce que l'on sait ? La domestication des savoirs inconfortables sur les intoxications des agriculteurs par les pesticides », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n° 1, p. 105-133.

DEDIEU F., JOUZEL J.-N. (2020), « La domestication de l'épidémiologie. Les maladies professionnelles liées aux pesticides, de la science à la reconnaissance », *Gouvernement et action publique*, vol. 9, n° 2, p. 15-40.

DEVINCK J.-C. (2011), « Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977) », in Bruno A.-S., Geerkens É., Hatzfeld N., Omnès C. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 243-254.

DUCLOS D. (1983), « Syndicalisme et risque industriel : entre le militantisme et l'expertise. Le cas du "Groupe produits toxiques" de la CFDT », *Culture technique*, n° 11, p. 218-229.

FRICKEL S., GIBBON S., HOWARD J., KEMPNER J., OTTINGER G., HESS D. J. (2010), « Undone Science: Charting Social Movement and Civil Society Challenges to Research Agenda Setting », *Science, technology, & human values*, vol. 35, n° 4, p. 444-473.

GALLOT F. (2015), *En découdre. Comment les ouvrières ont révolutionné le travail et la société*, Paris, La Découverte.

GEERKENS É. (2014), « La négociation collective d'une maladie professionnelle : la pneumoconiose des ouvriers mineurs en Belgique (c. 1937 - c. 1970) », in Rainhorn J. (dir.), *Santé et travail à la mine. XIX^e-XXI^e siècle*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 59-79.

GHIS MALFILATRE M. (2018), *Santé sous-traitée. Ethnographier les mobilisations contre les risques du travail dans l'industrie nucléaire en France (1968-2018)*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris Science et Lettres.

GOUSSARD L., TIFFON G. (dir.) (2017), *Syndicalisme et santé au travail*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant.

HARDY-HÉMERY O. (2005), *Eternit et l'amiante, 1922-2000. Aux sources du profit, une industrie du risque*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.

HENRY E. (2005), « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, n° 70, p. 29-50.

HENRY E. (2007), *Amiante, un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.

JOUZEL J.-N. (2019), *Pesticides. Comment ignorer ce que l'on sait*, Paris, Presses de Sciences Po.

MARCHAND A. (2018), *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)*, Thèse de doctorat en histoire et en sociologie, Université Paris Saclay.

MARICHALAR P. (2017), *Qui a tué les verriers de Givors ? Une enquête de sciences sociales*, Paris, La Découverte.

MARICHALAR P., PITTI L. (2013), « 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, p. 114-131.

MASSON P., CARTIER M., LE SAOUT R., RETIÈRE J.-N., SUTEAU M. (2013), *Sociologie de Nantes*, Paris, La Découverte.

MURPHY M. (2006), *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty. Environmental Politics, Technoscience, and Women Workers*, Durham, Duke University Press.

PÉZERAT H., MICAUD C., BARRAT G., THÉBAUD-MONY A. (2011), « De l'alerte à la condamnation en faute inexcusable. Une épidémie de cancer du rein chez les travailleurs d'une entreprise de l'industrie chimique », in Thébaud-Mony A., Daubas-Letourneux V., Frigul N., Jobin P. (dir.), *Santé au travail. Approches critiques*, Paris, La Découverte, p. 313-331.

PITTI L. (2010), « Experts “bruts” et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, n° 91, p. 103-132.

PROCTOR R. N., SCHIEBINGER L. (eds.) (2008), *Agnotology. The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford (Calif.), Stanford University Press.

RAINHORN J. (2019), *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*, Paris, Presses de Sciences Po.

THÉBAUD-MONY A. (2014), *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte.

Le droit au suivi post-professionnel et sa non-mise en œuvre

Le cas des irradiés des armes nucléaires de Brest

Jorge Munoz^{*}, *Marie Ghis Malfilatre*^{**},
Quentin Durand-Moreau^{***}, *Annie Thébaud-Mony*^{****}

Cet article porte sur les obstacles au suivi post-professionnel (SPP), outil possible de surveillance de la santé au travail peu étudié en sciences sociales. Une enquête collaborative a été menée auprès et avec d'anciens travailleurs civils de l'industrie nucléaire militaire, employés au montage des missiles et à la maintenance des sous-marins nucléaires en rade de Brest, principal port atomique en France. Le SPP est un droit inscrit dans le Code de la sécurité sociale. Nous avons fait l'hypothèse que certaines de ses dimensions constitutives jouent un rôle majeur dans le faible recours à ce droit et contribuent, paradoxalement, à l'invisibilisation des expositions professionnelles aux cancérigènes et à celle de leurs conséquences. La recherche-action présentée ici rend compte des connaissances produites à partir d'une enquête mais aussi de la synergie des savoirs entre des chercheurs et des acteurs. Elle montre également ce que le suivi post-professionnel pourrait devenir dans une perspective de veille sanitaire.

Parmi les secteurs industriels disposant d'un système de surveillance de l'exposition aux risques professionnels, l'industrie nucléaire fait figure de pionnière. Les rayonnements ionisants sont en effet parmi les premiers cancérigènes professionnels à avoir été connus et reconnus en France, avec la création dès 1931 du tableau numéro 6 des maladies professionnelles (MP) du régime général relatif aux pathologies

* Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (Labers), Université de Bretagne occidentale ; jorge.munoz@univ-brest.fr.

** Laboratoire Pacte, CNRS ; marie.ghis-malfilatre@umrpacte.fr.

*** University of Alberta, Department of Medicine, Division of Preventive Medicine ; durandmo@ualberta.ca.

**** Inserm, IRIS ; annie.mony@gmail.com.

radio-induites¹. L'obligation du port de dosimètres individuels intervient plus tard, en 1967², alors que les premières structures de radioprotection ont été mises en place au début des années 1950 (BOUDIA, 2008 ; FELLINGER, 2008).

Bien que les données dosimétriques nationales des travailleurs soient, en principe, archivées depuis les années 1960, les travailleurs du nucléaire et leurs problèmes de santé restent paradoxalement soumis à une invisibilité « systémique » (JOBIN, 2021). Plusieurs recherches ont éclairé certaines dimensions de ce processus d'invisibilisation en s'intéressant en particulier aux salariés des entreprises sous-traitantes chargées de la maintenance des installations nucléaires, qui sont les travailleurs les plus exposés au risque radioactif mais aussi les moins protégés, en raison de leur statut (THÉBAUD-MONY *et al.*, 1992 ; DONIOL-SHAW *et al.*, 1995, 2001 ; THÉBAUD-MONY, 2000, 2008, 2014 ; GHIS MALFILATRE, 2016). Ce processus d'invisibilisation dépasse le cas de la France et concerne également les travailleurs impliqués en amont de la fabrication du combustible, en particulier les mineurs d'uranium sur le continent africain (HECHT, 2016), tout comme ceux intervenant dans des situations post-accidentelles comme à Tchernobyl (KUCHINSKAYA, 2014) ou à Fukushima (JOBIN, 2021), illustrant de ce fait le paradoxe de telles situations. En effet, ces travaux montrent que plus l'exposition est importante, moins les travailleurs sont protégés statutairement. La faible visibilité des risques du travail nucléaire transparait dans le bilan des MP radio-induites reconnues. Alors qu'en France le nombre de travailleurs exposés depuis les années 1960 n'a cessé d'augmenter, le nombre de cas de MP reconnues au titre du tableau n° 6 reste étonnamment stable (ZERBIB, 2018) et le cadre médico-légal de la réparation des maladies radio-induites demeure bloqué en dépit de diverses tentatives qui ont visé à le faire évoluer (GHIS MALFILATRE, 2020).

Le risque professionnel radio-induit fait donc l'objet d'une invisibilisation, mais il a pourtant suscité des mobilisations collectives impulsées par des coalitions d'acteurs depuis les installations nucléaires en France (GHIS MALFILATRE, 2018), par des mineurs d'uranium sur le continent africain (HECHT, 2016), des travailleurs civils de l'industrie nucléaire militaire aux États-Unis (MICHAELS, 2008) ou encore par des victimes des essais nucléaires menés par la France dans le Sahara algérien et en Polynésie (BARILLOT, 2007, 2010 ; BARTHE, 2010, 2017).

Cet article s'intéresse à une séquence de mobilisation encore méconnue des sciences sociales autour du risque professionnel radio-induit. Il le fait à partir d'une enquête auprès et avec d'anciens travailleurs civils de la Direction des constructions

1. La reconnaissance de la maladie professionnelle (MP) se fait majoritairement en référence à des tableaux inscrits dans le Code de la sécurité sociale (article L461-1). Un tableau comporte les pathologies indemnifiables et les travaux pour lesquels elles le sont. Voir la liste complète sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>, consulté le 5 mars 2024. Le tableau MP n° 6 énumère les pathologies liées aux travaux exposant à la radioactivité, ouvrant droit à la reconnaissance en MP.

2. L'article 25 du décret n° 67-223 du 15 mars 1967, relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants, prévoit que le contrôle des doses reçues par les travailleurs directement affectés à des travaux sous rayonnements soit effectué à l'aide de dosimètres individuels.

navales (DCN, devenue Naval Group), employés au montage et à la maintenance des sous-marins nucléaires de l'Île Longue, en rade de Brest, principal port atomique national (encadré 1). Créé en 2013, le Collectif des irradiés des armes nucléaires de l'Île Longue, partie prenante de l'Association Henri Pézerat³, lutte pour la reconnaissance des droits à la réparation des MP des (anciens) salariés et retraités malades, et pour l'effectivité du droit au suivi médical post-professionnel⁴.

Selon le Code de la sécurité sociale, depuis 1993, toute personne, retraitée, inactive ou au chômage, assurée au régime général, « qui, au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérigènes » a « droit à un suivi médical et médico-social » pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie⁵ (encadré 1).

Le suivi médical post-professionnel (SPP) devrait permettre le dépistage précoce de cancers et constituer un outil rétrospectif de surveillance de la santé au travail. En 2010, dans une étude portant sur le suivi post-professionnel après exposition à l'amiante, la Haute Autorité de santé (HAS) relève que « l'un des éléments clés de l'ouverture du dispositif est, actuellement, la production, par le demandeur d'un suivi, d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail » (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2010, p. 6). Or, à partir des statistiques de demandes de prise en charge auprès du régime général de la Sécurité sociale, la HAS constate un nombre très faible de demandes au regard des estimations du nombre de personnes exposées (moins de 10 % des demandeurs potentiels de sexe masculin chaque année). Les principaux éléments explicatifs avancés par les experts de la HAS sont, d'une part, une non-application de la réglementation, avec un très faible nombre d'attestations d'exposition délivrées par les médecins du travail et, d'autre part, une absence de traçabilité des expositions dans l'organisation actuelle du dispositif de surveillance médicale du travail. Médecin du travail, Alain Carré évoque lui aussi différents obstacles techniques et institutionnels à l'efficacité du SPP, conduisant à faire de ce droit une « fiction » (CARRÉ, 2016).

Enfin, des démarches de recherche-action sur les difficultés, voire l'absence de recours au droit au SPP par les personnes exposées à des cancérigènes, ont été menées, l'une par une équipe pluridisciplinaire universitaire de Nantes, en lien avec l'association des dockers de Nantes Saint-Nazaire (CHAUMETTE *et al.*, 2014), l'autre par le Giscop 93 (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle

3. Dans le prolongement des combats menés par Henri Pézerat, toxicologue de Jussieu ayant contribué à l'interdiction de l'amiante en France et décédé en 2009 (LE LAY, LUSSON, 2009 ; THÉBAUD-MONY, 2014), l'Association Henri Pézerat créée au début des années 2010 rassemble des collectifs ouvriers et citoyens, et des adhérents individuels (chercheurs, professionnels de la santé, avocats, journalistes) dans le but d'apporter un soutien aux luttes pour la santé en rapport avec le travail et l'environnement, <https://www.asso-henri-pezerat.org>, consulté le 5 mars 2024.

4. Ces (anciens) salariés sous statut civil, désignés auparavant comme « travailleurs de l'État », relevaient du ministère de la Défense pour toute démarche relative à leurs droits sociaux. Il s'agit d'une configuration spécifique au caractère militaire hautement stratégique de leur activité qui aura des conséquences sur la (re)connaissance des risques du travail dans ce port nucléaire, comme l'enquête sur laquelle se fonde cet article le montre.

5. Décret n° 93-644 du 26 mars 1993 modifiant et complétant certaines dispositions du livre IV du Code de la sécurité sociale et relatif à la surveillance post-professionnelle.

ENCADRÉ 1

Le suivi médical post-professionnel (SPP)

Le droit au suivi médical post-professionnel (SPP) des salariés exposés à certaines substances cancérigènes a été créé par décret en 1993, en transposition de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, directive dans laquelle figure également le droit à l'information des salariés sur les risques et les dangers du travail.

Il s'agissait d'ouvrir aux salariés retraités ou demandeurs d'emploi le droit à un suivi médical, psychologique et médico-social, incluant des examens réguliers, le dépistage précoce de toute apparition d'une affection et l'information en continu sur leur état de santé. L'arrêté du 28 février 1995 complété par un arrêté du 6 décembre 2011, pris en application de l'article D. 461-25 du Code de la sécurité sociale, présente la liste des affections et des examens de référence pris en charge dans le cadre du SPP, qui requiert une participation active des (anciens) travailleurs exposés. Pour accéder au suivi, chacun d'eux doit – individuellement – en faire la demande et obtenir de son ancien employeur ou médecin du travail une attestation d'exposition, un document qui peut également être fourni par les Caisses primaires d'assurance maladie. Or, depuis la création du droit au SPP, les différents outils légaux de traçabilité des expositions professionnelles à des substances toxiques (fiches individuelles d'exposition, attestations d'exposition) ont été supprimés du Code du travail, ce qui constitue pour les salariés parvenant à la retraite un obstacle majeur dans l'accès au droit au dispositif. Les contre-pouvoirs syndicaux ou associatifs n'ont qu'un rôle de conseil et de soutien à ce droit individuel, ce qui rend difficile un mouvement de contestation collective.

Les dispositions légales concernant le droit au SPP opèrent ainsi une rupture par rapport aux principes classiques qui prévalent dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité au travail, selon lesquels l'initiative repose, au moins en partie, sur les institutions de prévention. C'est ainsi notamment que s'organise le dépistage du cancer du sein avec une convocation systématique des femmes par des associations, subventionnées par l'Assurance maladie, chargée de sa mise en œuvre. Or, dans le cas du SPP, c'est à l'ancien salarié que revient l'initiative de la démarche. Le SPP peut alors être réalisé par tout médecin ou structure de santé, publique ou privée.

L'activation du droit au suivi post-professionnel suppose ainsi de surmonter une série d'obstacles. Aux logiques du non-recours au droit (MARCHAND, 2016) et aux difficultés à se reconnaître victime d'une activité professionnelle dont on peut par ailleurs tirer une certaine fierté (BARTHE, 2017) s'ajoutent ici les limites d'un cadre réglementaire qui ne donne pas les moyens aux requérants de résister à « l'effacement structurel des traces du travail » (HUNSMANN *et al.*, 2021). Alors que le SPP peut être considéré comme un dispositif servant le « droit de savoir » – en écho à l'expression de Jean Rostand pour qui « l'obligation de subir nous donne le droit de savoir » (cité par Rachel CARSON, 2009 [1962], p. 36) –, les différents facteurs qui en limitent l'effectivité et participent à l'immobilisme du système de santé au travail apparaissent. Le SPP peut de ce point de vue être considéré comme un des dispositifs contribuant à « fabriquer des irresponsables » dans le domaine de la santé au travail (HENRY, 2019).

en Seine Saint-Denis), en lien avec un collectif d'associations luttant pour rendre visibles les effets sanitaires de la pollution par l'amiante générée par le Comptoir des minéraux et matières premières (CMMP), usine de broyage d'amiante implantée en plein cœur de la ville d'Aulnay-sous-Bois⁶. La première étude, qui s'appuie sur un collectif de dockers atteints de cancer alors qu'ils étaient en activité ou pendant les premières années de la retraite, fait émerger non seulement l'importance de la poly-exposition professionnelle des dockers aux cancérogènes, mais aussi l'absence de surveillance médicale renforcée prévue par le Code du travail et dont la médecine du travail aurait dû être chargée, puis de SPP pendant la retraite, ce qui rend problématique l'accès aux droits de la reconnaissance en MP. Dans le cas d'Aulnay-sous-Bois, le Giscop 93 a conduit une recherche-action en collaboration avec les associations de lutte contre l'amiante, le centre municipal de santé et le service de pneumologie de l'hôpital local, avec pour objectif la création d'un centre de suivi post-exposition des victimes professionnelles et environnementales de l'usine. Cette expérience-pilote, qui a surtout été portée par le mouvement citoyen⁷, n'a pas résisté à la fin de la recherche, les institutions n'ayant pas envisagé de pérenniser le centre de suivi au-delà de la durée de celle-ci et malgré des résultats incontestables, que présente une exposition réalisée dans le cadre du Centre d'histoire du travail (MARCHAND, 2020).

Dans l'ensemble de ces analyses, et même s'il n'en est pas fait mention explicitement, apparaît en filigrane le rôle joué par la méconnaissance des dangers encourus pendant le travail par les travailleurs eux-mêmes. Car comment demander une attestation d'exposition sans la connaissance de l'exposition à des substances toxiques vécue dans le travail et, du fait de cette exposition, du droit à un suivi médical et médico-social ? En second lieu, si en cours d'activité, les services de santé au travail sont clairement identifiés par les salariés, il n'existe pas en revanche d'organisation sanitaire spécifique leur permettant aisément d'identifier les buts et les moyens du SPP. S'adressant à une population retraitée, celui-ci ne relève pas de la médecine du travail et s'inscrit dans l'offre de soins classique. Il reste le plus souvent méconnu des médecins d'autres spécialités que la médecine du travail, ce qui complique la mise en œuvre du suivi médical post-professionnel (GRIGNOUX *et al.*, 2020).

Nous posons alors l'hypothèse que deux dimensions constitutives du SPP jouent un rôle majeur dans le faible recours à ce dispositif légal par d'anciens travailleurs de l'État exposés au risque nucléaire. D'une part, l'ignorance dans laquelle les travailleurs

6. Se reporter aux éléments du colloque de clôture du projet de recherche sur <https://giscop93.univ-paris13.fr/colloques/126-«-débordements-industriels-face-à-une-contamination-par-l'amiante,-mobilisations-citoyennes-et-in-action-publique-».html>, consulté le 5 mars 2024.

7. À l'origine, une famille se mobilise pour comprendre quelle exposition à l'amiante très précoce a conduit l'un des leurs à être atteint puis à mourir à 49 ans d'un mésothéliome. Elle devient membre de Ban Asbestos France, association de lutte contre l'amiante, qui crée le Collectif des riverains du CMMP. Une coalition d'associations environnementales et de parents des élèves des écoles qui jouxtent l'usine construit une mobilisation qui durera plus de vingt ans. Cette coalition d'associations fait appel au Giscop 93 pour réaliser l'étude citée ci-dessus dans le cadre d'une convention avec le conseil régional d'Île-de-France. Voir la synthèse de cette lutte sur le site de l'association Ban Asbestos France, http://www.ban-asbestos-france.com/aulnay_sous_amiante_exposition.htm, consulté le 5 mars 2024.

ont été maintenus quant aux risques professionnels auxquels ils ont été exposés en cours d'activité conditionne la façon dont ils se représentent le SPP à l'heure de la retraite. D'autre part, l'absence d'institution sanitaire clairement identifiée assurant le suivi constitue également un frein important au recours à ce dispositif. C'est en référence à cette hypothèse que l'étude réalisée auprès des anciens travailleurs de l'État à Brest permet de répondre aux questions suivantes : alors que la reconnaissance des risques professionnels subis à l'Île Longue est devenue au fil des deux dernières décennies un enjeu de mobilisation pour une partie des anciens salariés chargés de la maintenance des ogives nucléaires, comment comprendre le non-recours au SPP parmi les retraités pouvant y prétendre ? Comment comprendre les difficultés rencontrées par les anciens travailleurs à se saisir de ce droit ? Dans quelle mesure le collectif constitué joue-t-il un rôle ?

La première partie de cet article reviendra sur la genèse de la mobilisation des anciens salariés de la DCN et sur les raisons de leur prise de conscience tardive de l'exposition au risque radioactif dans les activités de pyrotechnie. À partir des résultats de l'enquête (encadré 2), nous identifierons dans un deuxième temps les obstacles à la mise en œuvre du SPP à la fin de leur activité professionnelle. Enfin, l'article montrera comment les modalités pratiques d'organisation du SPP contribuent à la méconnaissance et à la faible visibilité sociale des expositions professionnelles aux cancérogènes. Tout en questionnant le déni de droit au savoir sur les risques professionnels pour les travailleurs, nous évoquerons en conclusion comment il serait possible de passer d'un droit exclusivement individuel à une autre conception du SPP, à la fois plus respectueuse de l'histoire du travail des personnes concernées et plus intelligible dans la mise en œuvre d'un suivi médical digne de ce nom, susceptible de devenir un outil de surveillance sanitaire.

ENCADRÉ 2

Méthodologie d'une enquête collaborative

Cette recherche s'inscrit dans les perspectives de travaux de recherche interventionnelle ou recherche-action en sciences humaines et sociales et santé publique, qui visent à produire des connaissances en vue d'orienter l'action publique dans le domaine du cancer (THÉBAUD-MONY, 2008 ; BESSIN *et al.*, 2015 ; HUNSMANN *et al.*, 2021) et de pallier l'absence d'évaluation des politiques publiques dans le champ de la santé au travail (HENRY, 2017). Tout en mobilisant les outils de la sociologie du travail et de la santé au travail, elle s'appuie également sur les savoirs et l'expérience des Giscop et de l'Association Henri Pézerat.

Elle part de la demande du Collectif des irradiés des armes nucléaires de l'Île Longue de mieux comprendre les obstacles rencontrés pour accéder à leurs droits : droit à la connaissance des risques du travail et de leurs conséquences sanitaires, droit à la réparation des cancers d'origine professionnelle, droit à un suivi médical adapté. Une équipe pluridisciplinaire s'est ainsi constituée, composée de chercheurs en sciences sociales

(sociologie, droit) de l'Université de Bretagne occidentale (UBO), de chercheurs proches ou membres des Giscop et d'un médecin de la consultation de pathologies professionnelles du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest. L'enquête est collaborative, en ce sens qu'elle est partie des questionnements du collectif et n'a cessé de procéder à des allers-retours entre l'équipe de recherche et les militants lors de réunions de travail régulières. L'enquête a ainsi pu compter sur la participation des membres du collectif tout au long de son déroulement, s'appuyer sur leur connaissance des activités de travail et leur expérience des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle. Elle a aussi été nourrie par l'expérience de la mobilisation collective des travailleurs devant les tribunaux pour faire valoir leur « droit de savoir » et rompre l'ignorance des expositions subies à l'Île Longue.

La première étape a consisté en une enquête par entretiens, qui s'est déroulée courant 2018 auprès d'anciens salariés de la DCN affectés à la pyrotechnie, atelier de montage et de maintenance des missiles nucléaires entre 1971 et 1996. Circonscrire la population enquêtée aux seuls salariés de l'atelier pyrotechnie permettait d'avoir une même unité de lieu de travail, mais aussi de s'adresser à des travailleurs ayant connu les mêmes activités de travail et conditions d'exposition aux risques professionnels. Des entretiens collectifs exploratoires ont été menés (impliquant 45 anciens salariés au total), complétés par 9 entretiens individuels, visant un double objectif : reconstituer l'univers de travail des anciens salariés et décrire leur relation au SPP.

À l'issue de cette phase exploratoire, un questionnaire a été élaboré avec le collectif. L'objectif initial était de le transmettre aux 204 ex-salariés de l'atelier pyrotechnie dont la trace avait pu être retrouvée grâce au recensement réalisé par le collectif. Parmi les 204 salariés repérés, l'enquête a révélé que 53 d'entre eux étaient décédés (avec une moyenne d'âge au moment du décès de 62 ans) et, parmi eux, 19 avaient obtenu la reconnaissance en MP de leur pathologie, en majorité des cancers. Il est important de rappeler qu'en France, en 2018, l'espérance de vie à la naissance des ouvriers est de 77 ans alors que celle des cadres s'élève à 84 ans. La démarche d'enquête mise en œuvre par et avec le collectif a ainsi fait émerger une réalité : la mortalité très précoce d'une partie des travailleurs de la pyrotechnie.

La population enquêtée est finalement composée de 151 ex-salariés, informés de l'enquête par voie électronique et postale¹. Elle a été réalisée par des membres de l'équipe et par des volontaires formés à cette démarche d'enquête. Ainsi, 97 questionnaires ont été complétés et saisis ensuite dans la base de données. Le taux de réponse final est donc de 64 %. Parmi les personnes contactées, 35 ont refusé que soit rempli le questionnaire (23 % de la population enquêtée) et 19 n'ont jamais répondu (12,5 % de l'échantillon initial).

Trois principaux motifs de refus ont été avancés : un état de santé (à la suite d'interventions ou d'exams lourds) qui rendait difficile la passation d'un questionnaire exigeant environ 1 h 30 de disponibilité, le désintérêt pour une étude qui n'apporterait pas nécessairement de changements concrets et immédiats ou encore le refus de participer à une démarche perçue comme une forme de mise en « procès » de la DCN.

1. Pour que la transmission des adresses respecte les principes du Règlement général sur la protection des données (RGPD), une déclaration a été faite auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) par le Collectif des irradiés de l'Île Longue ainsi que par l'unité de recherche d'appartenance du coordinateur de l'étude.

De la prise de conscience ouvrière des risques du travail à la mobilisation collective

Avant d'aborder la mobilisation proprement dite, rappelons brièvement en quoi consistait l'activité de travail au sein de l'atelier de pyrotechnie de l'Île Longue, telle que l'enquête a permis de l'appréhender.

Division du travail et absence de mesure de l'exposition aux rayonnements ionisants sur un site nucléaire stratégique

Au sein de l'industrie nucléaire militaire, la division du travail sépare la fabrication des armes nucléaires, réalisée au centre du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) de Valduc, en Bourgogne, de l'assemblage et du montage des missiles, effectués à l'Île Longue, à Brest⁸. Les éléments fabriqués à Valduc arrivent à l'Île Longue sous très haute protection militaire. Le personnel du CEA de l'Île Longue les assemble et les livre ensuite à l'atelier pyrotechnie où les salariés DCN assurent le montage des têtes nucléaires en partie haute des missiles à trois étages (encadré 3). Les missiles sont ensuite chargés à bord des sous-marins nucléaires lanceurs d'engins. Les opérations inverses se déroulent au retour des patrouilles : les missiles sont déchargés, démontés et retournent à Valduc pour y être démantelés (les matières fissiles sont récupérées, retraitées, puis réutilisées afin de produire de nouvelles bombes).

Entre 1971 et 1996, les salariés de l'atelier pyrotechnie de l'Île Longue assurent le montage, la maintenance et le chargement de différents modèles de missiles sans qu'aucune information sur les spécificités de chacun d'eux ni sur les risques encourus ne soit donnée par l'encadrement. À l'époque, il est dit aux salariés que les têtes nucléaires ne « rayonnent » pas, que l'environnement de travail est sans danger, ce qui se révélera inexact : l'exposition des travailleurs à la radioactivité est réelle.

Alors que les instructions du ministère de la Défense imposent d'appliquer sur les sites militaires les dispositions réglementaires en vigueur en matière de radioprotection, les agents de la DCN ne disposent pas de film dosimétrique individuel, ni d'aucune tenue de protection particulière. Cette situation est paradoxale sur un site nucléaire stratégique. Alors même que les militaires, les gendarmes et les agents du CEA sont assujettis à la réglementation en matière de radioprotection, les travailleurs civils – salariés de la DCN, sous-traitants et intérimaires – échappent à ce cadre réglementaire. Comment expliquer cette inégalité de traitement en matière de radioprotection ? Celle-ci tient à la reconnaissance et à la catégorisation, par l'armée, du caractère

8. La reconstitution du circuit et des opérations nécessaires à l'assemblage et au chargement des missiles nucléaires dans les sous-marins lanceurs d'engins se fonde sur les entretiens avec des salariés réalisés au cours de la recherche et sur des présentations effectuées par des membres du collectif lors d'événements publics comme celle de Francis Talec, ancien salarié et syndicaliste de la DCN (pyrotechnie de l'Île Longue), lors des Rencontres de l'Association Henri Pézerat à Brest, le 13 juin 2019, <https://www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2019/06/Rencontres-AHPjuin-2019-Pr%C3%A9sentation-antenne-2-Copie.pdf>, consulté le 5 mars 2024.

ENCADRÉ 3

Présentation des postes de travail dans l'activité de montage des missiles nucléaires

Pour comprendre les verbatim mobilisés dans cet article, cet encadré précise les termes utilisés par les travailleurs pour désigner les postes de travail sur les missiles M20 et M4 :

La « *partie haute* » est le haut du missile où se trouvent les ogives nucléaires.

L'« *assemblage* » et les « *vecteurs* » désignent le milieu du missile.

Le « *propulseur* » désigne la « *partie basse* » du missile.

Le « *mouvement* » correspond au transport du missile d'une nef à l'autre.

La « *maintenance* » concerne l'entretien général des étages propulseurs, soit les câblages, les opérations mécaniques, etc.

nucléaire des activités de travail effectuées sous sa responsabilité. Selon le statut des agents et l'atelier de travail, la catégorie « nucléaire » est inégalement distribuée, une dynamique que Gabrielle Hecht propose de saisir avec la notion de « nucléarité » (HECHT, 2016). La nucléarité, irréductible à la seule mesure de la radioactivité, fait apparaître le caractère « instable » et « polémique » des « choses nucléaires ». Ces variations ont des conséquences profondes sur la vie et la santé des travailleurs, ici victimes d'une triple inégalité : dans l'exposition au risque, les mesures de protection et la surveillance de la dosimétrie.

Pourtant, les salariés de la DCN qui travaillent au contact des têtes nucléaires sont exposés à des matières radioactives (plutonium, uranium, tritium). Selon les témoignages des enquêtés, en août 1996, un agent du CEA aurait oublié sur place des films sensibles à la radioactivité, lesquels témoignent d'un risque radio-induit avéré de l'environnement de travail dans l'atelier. Alertée de la présence de ces films dosimétriques, la direction de la DCN réalise alors en toute discrétion des mesures sur les têtes nucléaires stockées dans l'atelier depuis 1993. Dans un premier temps, aucune information n'est transmise aux salariés et aucune mesure de protection n'est mise en œuvre. Les agents ayant participé aux mesures sont en outre tenus de ne divulguer aucune information au reste du personnel, sous peine de sanctions pour violation d'informations classées « confidentiel défense » dans un contexte militaire où l'objectif de l'armée est de terminer la préparation du sous-marin *Le Triomphant*. La rétention de l'information sur la réalité des risques professionnels subis par les travailleurs de la prothésie va toutefois se briser en 1996.

Prise de conscience des expositions subies et mobilisation syndicale

En septembre 1996, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) interpelle la direction de la DCN et exige un rapport pour faire toute la lumière sur l'affaire des dosimètres et la réalité du risque radio-induit dans l'atelier. Deux mois plus tard, à l'occasion d'une réunion extraordinaire, la direction de la DCN confirme une situation préoccupante : les salariés de l'entreprise ne sont pas protégés contre les rayonnements émis par les têtes nucléaires, notamment gamma et neutroniques, des rayonnements dont la dangerosité ne fait aucun doute. Des mesures de radioprotection, collectives (installation de barrières physiques comme des écrans de plomb) et individuelles (port d'équipements de protection individuelle, port du dosimètre et suivi médical), auraient dû être mises en œuvre. Le ministère de la Défense, sous la pression du CHSCT et des syndicats, déclenche une enquête interne menée par le contre-amiral Geeraert, inspecteur des armes nucléaires. Le CHSCT essuie néanmoins un refus définitif de communication du rapport classé secret-défense⁹.

Des informations provenant d'un autre site d'entreposage de missiles, dont les têtes nucléaires sont les mêmes qu'à la pyrotechnie, parviennent aux militants syndicaux. Elles leur sont communiquées par d'anciens travailleurs du plateau d'Albion. Les mesures d'irradiation témoignent d'un niveau élevé de rayonnements ionisants. Il faudra néanmoins attendre 1997 pour que le port de dosimètres (parmi lesquels des dosimètres spécifiques mesurant les rayons neutroniques) devienne obligatoire et que certaines précautions soient prises à la pyrotechnie de l'Île Longue.

Au début des années 2000, des militants syndicaux de la Confédération générale du travail dénombrent de premiers cas de cancer parmi les salariés et retraités de la pyrotechnie. Des reconnaissances en MP sont obtenues, suivies d'une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur pour les leucémies qui figurent au tableau de MP n° 6 des maladies radio-induites, mais de nombreux autres cancers continuent à apparaître tout au long des années 2000 sans être reconnus et indemnisés. Épaulés par des scientifiques membres de l'Association Henri Pézerat, les militants syndicaux impliqués dans le soutien aux victimes décident alors de se constituer en collectif, comme antenne brestoise de l'association¹⁰. L'objectif est de porter des revendications spécifiques sur la santé des travailleurs, ces derniers étant autant que possible en lien avec les organisations syndicales. Au cœur de ces revendications figure la nécessaire réalisation d'une étude de santé en lien avec ce qui est ressenti par le collectif comme un déni de droits : droit au savoir en ce qui concerne les dangers subis au cours du travail ; droit au suivi post-professionnel et droit à la reconnaissance en maladie professionnelle.

9. Les militants devront attendre la saisine de la justice par l'Association Henri Pézerat pour obtenir en 2020 la déclassification très partielle du rapport Geeraert, qui admet l'exposition aux rayons neutroniques à des niveaux « plus élevés qu'attendus ». Voir la note présentant les extraits du rapport Geeraert déclassifié et communiqué à l'Association Henri Pézerat, <https://www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2021/09/Note-Asso-HP-def.pdf>, consulté le 5 mars 2024.

10. <https://www.asso-henri-pezerat.org/brest/>, consulté le 5 mars 2024.

Des carences de la surveillance médicale à l'ignorance des expositions subies : résultats d'enquête

Quel rôle joue le droit au SPP dans cette dynamique de mobilisation ? Trois principaux résultats se dégagent de l'enquête, mettant en évidence l'écart entre l'existence de ce droit, la perception de celui-ci par les anciens salariés, sa mise en œuvre et ses effets sur la (mé)connaissance des expositions subies.

L'activation de la surveillance et ses obstacles diffus

Parmi les 97 ex-travailleurs de la pyrotechnie enquêtés, 69 (71 %) connaissaient le SPP alors que 28 ignoraient son existence. Les sources par lesquelles les premiers ont été informés sont diverses : les services de pensions (31 % du total des personnes informées), les collègues (22 %) et les médecins du travail (19,7 %). Dans ce premier groupe, 45 (65 %) ont eu recours au SPP. Ils étaient majoritairement pyrotechniciens, quand d'autres étaient mécaniciens (7), appareilleurs (6) ou électriciens (3). Sur les 28 personnes interrogées qui disent ignorer le SPP, 18 avaient plus de 60 ans et 6 ont développé des cancers (prostate, larynx, poumons, thyroïde) ou des nécroses osseuses, pathologies associées à l'exposition à la radioactivité.

Parmi les anciens salariés connaissant le SPP, on observe une plus forte circulation de l'information, comme le suggère cet extrait d'entretien :

« Moi j'ai eu un courrier de La Rochelle en me demandant si j'étais volontaire pour un suivi post-professionnel : "Vous avez été catégorisé sur l'Île Longue, est-ce que vous voulez faire un suivi post-professionnel ?" Et là, on s'aperçoit que, quand on téléphone à nos collègues, quand on peut discuter avec vous, j'étais un peu ahuri de m'apercevoir qu'il y en a très peu qui avaient le suivi post-professionnel. »

(Ancien pyrotechnicien, 69 ans, partie haute ; contrôle)

Lors de la passation du questionnaire, plusieurs personnes pensaient que le fait d'avoir effectué une déclaration de MP impliquait *ipso facto* le SPP. Or le SPP s'adresse aux personnes ayant subi une exposition, à l'exclusion de celles atteintes de MP.

Connaître le droit au SPP n'implique cependant pas de s'y engager. En particulier, les ex-salariés ne comprennent pas pourquoi l'initiative leur revient. Répondant au questionnaire, l'un d'eux fait part de son étonnement : « J'ai eu l'information il y a à peine quatre semaines. Mais c'est à moi de faire les démarches... C'est étonnant » (ancien pyrotechnicien, 68 ans, partie haute ; contrôle). Ceux qui n'y ont pas eu recours expriment certaines raisons parmi lesquelles la lourdeur de la démarche d'accès au suivi : « Pour moi c'est trop compliqué en termes de gestion et d'administration » (ancien pyrotechnicien, 66 ans, partie haute ; contrôle).

Ces anciens salariés renoncent à leurs droits car ils se sentent découragés devant les démarches à effectuer auprès des organismes d'assurance maladie. Les médecins traitants susceptibles de soutenir leurs patients ne connaissent pas davantage le SPP ou

lorsqu'ils le connaissent, ils le considèrent trop compliqué à mettre en place (JACQUOT, 2019). S'ajoute à cela le « flou » sur les différentes catégories de SPP puisque celui-ci est organisé par nuisance et non en référence à l'activité de travail exposée elle-même. La démarche à engager comporte parfois un coût émotionnel lié à l'annonce possible d'une mauvaise nouvelle dont il importe de se préserver le plus longtemps possible :

« Je n'ai plus confiance. Je ne veux pas angoisser. Je laisse traîner et vis au jour le jour au présent. Bref, je ne veux pas savoir. »

(Ancien pyrotechnicien, 58 ans, partie haute ; contrôle)

Le fait de se sentir en bonne santé peut également jouer un rôle, comme l'expriment certains des enquêtés. S'engager dans le SPP n'apporterait, de leur point de vue, aucun bénéfice et les exposerait même à un coût, celui de revisiter leur parcours professionnel à travers le prisme des risques encourus.

Le troisième motif est lié à l'invisibilisation de la poly-exposition professionnelle aux cancérogènes. Cette dernière rend en effet incompréhensibles la juxtaposition et le cloisonnement de différents protocoles de SPP, en fonction de chaque cancérogène (radioactivité, amiante ou benzène), réalisés chacun auprès de différents spécialistes. Les anciens salariés de l'Île Longue ont pu être exposés à plusieurs nuisances pour lesquelles le droit au SPP est activé, comme l'indiquent les réponses obtenues de certains enquêtés :

« J'arrive aux 5 ans pour l'amiante mais pas pour les rayons ionisants. Donc pas encore prêt, je ne l'ai pas fait. »

(Ancien pyrotechnicien, 58 ans, assemblage ; vecteurs)

« J'ai été suivi pour l'amiante jusqu'en 2010 et après rien. »

(Ancien pyrotechnicien, 65 ans, assemblage ; vecteurs)

Enfin, certains enquêtés qui connaissaient le SPP ont fait le choix de ne pas l'activer en raison de la fragilité de leur état de santé au moment de l'enquête comme l'évoquent ici deux d'entre eux :

« J'ai privilégié mon cancer de la prostate. C'était beaucoup plus important pour la famille. »

(Ancien pyrotechnicien, 70 ans, maintenance ; entretien)

« Je ne peux pas car le scanner par exemple est incompatible avec mon état de santé : ce sont des radiations. »

(Ancien pyrotechnicien, 59 ans, assemblage ; vecteurs)

Certains de ces travailleurs exposés professionnellement – à leur insu – à des risques graves ont fait le choix de ne pas s'engager dans un SPP, et ceci du fait même d'informations très parcellaires, tant sur les risques vécus que sur ce que peut apporter un tel suivi et sur ses modalités.

Comme le montre l'étude de Domitille RIBLIER-DEHEN et de ses co-auteurs (2019) auprès d'une population exposée à l'amiante et suivie dans le cadre du SPP, la reconnaissance de la maladie en MP lors du suivi pourrait ne pas compenser l'impact psychologique provoqué par la découverte de la maladie. Ceci est sans doute à mettre en perspective avec une controverse sur la nature même du droit au SPP : s'agit-il d'un droit individuel qui ne concerne que le salarié lui-même – alors même qu'il a été tenu dans l'ignorance des risques auxquels il était exposé pendant sa vie professionnelle – ou d'un droit collectif comme première étape du droit à la réparation des atteintes dues au travail dans un contexte de risques subis collectivement¹¹ ?

Hétérogénéité des pratiques médicales et inégalités du suivi

En dépit des revendications du mouvement des victimes de l'amiante lors de la conférence de consensus de 1999¹², le SPP prévoit dans ses dispositions réglementaires, en conformité avec les principes de la déontologie médicale, que la personne est libre du choix de son médecin et donc du lieu de mise en œuvre du suivi¹³. S'adressant à une population retraitée, le SPP s'inscrit donc dans l'offre de soins classique. Chaque salarié peut choisir de se faire suivre par son médecin traitant, un autre spécialiste ou encore par un médecin d'un centre de pathologies professionnelles. En l'absence de bases de données centralisées établies pour les anciens travailleurs d'un même site industriel ou d'un même lieu de travail, cette liberté réglementaire conduit à un éparpillement de l'information, tant sur les trajectoires des patients que sur les maladies survenant au fil du temps chez les travailleurs d'un même collectif de travail. Cela conduit aussi à une forte hétérogénéité dans la mise en œuvre pratique du suivi, contradictoire avec les exigences de rigueur de la surveillance sanitaire et de ses résultats.

Le suivi médical peut en effet prendre des formes différentes selon la spécialité du professionnel de santé qui l'effectue et son niveau de connaissance de la problématique des risques professionnels. Concernant les salariés de l'Île Longue, selon un courrier adressé officiellement par le ministère de la Défense à un enquêté en 2005, le suivi devait être assuré par le service de médecine du travail de la DCN en coordination avec le centre de consultations de pathologies professionnelles de Brest¹⁴. Cette articulation

11. Lire le témoignage de Josette Roudaire (ancienne ouvrière d'une usine d'amiante, dont les ex-salariés sont suivis dans le cadre d'un SPP organisé), lors d'un colloque « Femmes, santé, travail » organisé par l'Institut syndical européen en 2018 (<https://www.etui.org/fr/evenements/conference-femmes-travail-et-cancer>), et la fiche synthétique de l'Association Henri Pézerat, « Pour un droit au suivi post-exposition, post-professionnel » [en ligne]. <https://www.asso-henri-pezerat.org/proposition-10-suivi-post-exposition-et-post-professionnel/>, consultée le 5 mars 2024.

12. Voir le document « Élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante », *Documents pour le médecin du travail* [en ligne], n° 78, 1999. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TE%2061>, consulté le 5 mars 2024.

13. Article 6 du Code de déontologie médicale, codifié en R. 4127-6 du Code de la santé publique.

14. Courrier du médecin-général Bernard Lesaint, professeur agrégé du service des armées à un « destinataire X ». L'objet est le suivant : « Mise en place d'un suivi médical personnalisé au profit des personnels civils ayant été soumis à un rayonnement neutronique à la pyrotechnie de l'Île Longue entre 1972 et 2005 » (courrier daté du 20 mai 2005, communiqué aux chercheurs par le Collectif des irradiés).

était censée permettre une mise en relation de différents médecins spécialistes des risques professionnels, dans le but de proposer un suivi adapté aux expositions subies par les anciens salariés. Cette initiative n'a toutefois pas atteint son objectif. Parmi les ex-travailleurs de la DCN destinataires du courrier du ministère de la Défense les informant de leur droit, une partie seulement s'est rendue au centre de consultation de pathologies professionnelles de Brest pour le SPP. Ce courrier officiel émanait, pour les intéressés, d'une bureaucratie lointaine et inconnue en laquelle ils n'avaient pas confiance.

Notre enquête a permis d'identifier les différents types de médecins auxquels se sont finalement adressés les anciens travailleurs de l'Île Longue : 25 % d'entre eux se sont tournés vers leurs médecins traitants, 18 % vers le centre de pathologies professionnelles et 11 % vers d'autres spécialistes dont la grande majorité était rattachée au centre hospitalier des armées de Brest.

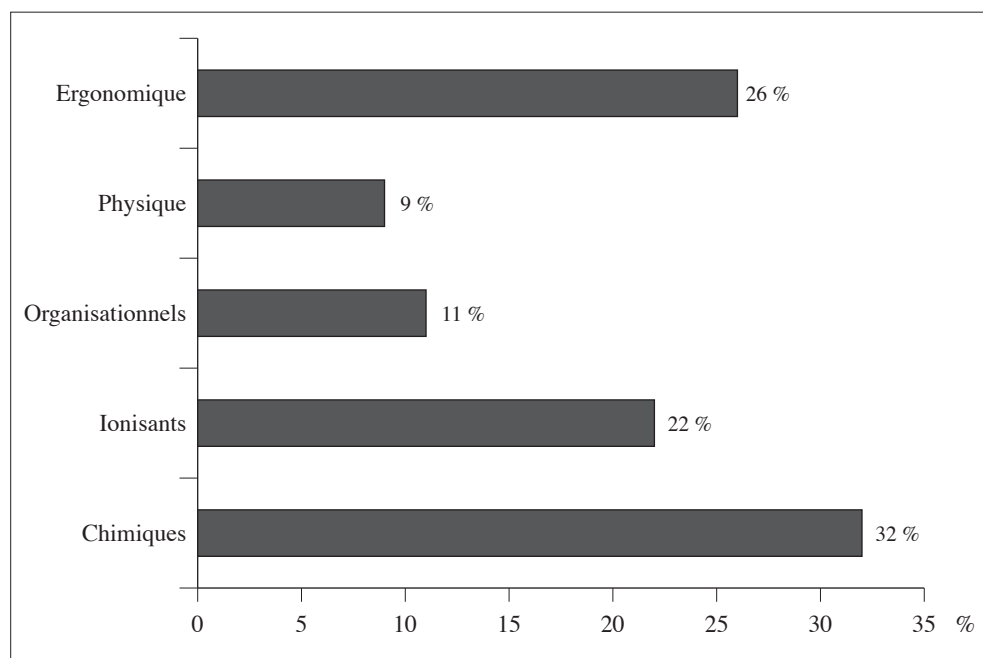
Or, à l'exception de pneumologues au fait du SPP amiante, la majorité des médecins n'est pas informée des problématiques spécifiques aux risques professionnels. Ils ne préconisent pas les mêmes examens médicaux, ce qui peut conduire à des parcours de surveillance diversifiés et surtout sans réel objectif de suivi proprement dit. Alors que le SPP impose des protocoles stricts d'examens, l'enquête révèle des pratiques hétérogènes. Par exemple, alors que le scanner thoracique est l'examen de référence dans le SPP amiante, comme le réaffirme la HAS en 2010, les anciens salariés de l'Île Longue se voient régulièrement prescrire une simple radio, comme en témoigne cet enquêté : « J'ai été sollicité une fois [pour le SPP]. Je n'avais pas répondu, mon médecin généraliste m'avait prescrit une radio pulmonaire, il trouvait cela suffisant » (ancien pyrotechnicien, 65 ans, assemblage ; vecteurs).

Un écart persiste donc entre la réalité des pratiques médicales et les protocoles établis, y compris les plus officiels. Parmi les enquêtés, plusieurs disent ainsi avoir dû expliquer à leur médecin les règles du SPP. Si les protocoles sont précis, nombreux sont les professionnels médicaux qui ne connaissent pas l'activité de travail des personnes venant les consulter et ne disposent pas d'une information claire pour assurer un SPP cohérent avec la nature des expositions. Ainsi, une thèse d'exercice de médecine générale montre par exemple que 53 % des médecins généralistes « ne savent pas quels sont les principaux examens réalisés en SPP d'une exposition aux rayonnements ionisants et 68 % ne connaissent pas le rythme du suivi » (JACQUOT, 2019, p. 71). Quant aux médecins du travail, ils n'interviennent pas dans le SPP qui s'adresse aux salariés à l'issue de leur activité (GRIGNOUX *et al.*, 2020). Cette méconnaissance du suivi post-professionnel par les médecins s'inscrit dans le cadre de la faible sensibilisation et du peu de formation des médecins aux enjeux de santé au travail (BRISACIER, 2008) ainsi que dans celui de leur méconnaissance des règles qui encadrent le droit à la réparation des maladies professionnelles (MARCHAND, 2018).

Un dispositif occultant les poly-expositions professionnelles

À l'instar des tableaux de MP, le SPP privilégie une vision mono-causale du cancer (THÉBAUD-MONY, 2008 ; MARCHAND, 2018) et n'aborde que de manière tronquée la réalité de l'activité de travail des anciens salariés. Cette réalité ne se résume pas à l'exposition à tel ou tel cancérigène. Elle est faite de mille et une activités dont chacune porte en elle des caractéristiques différentes du rapport au risque. L'enquête auprès des anciens salariés de la pyrotechnie donne à voir un environnement et des conditions de travail marqués par des activités multi-exposées non seulement à la radioactivité et à d'autres cancérigènes, mais aussi à d'autres contraintes et à une forte pénibilité. Pour caractériser les dangers encourus par les travailleurs lors de l'exposition à des substances toxiques, nous nous sommes inspirés de la démarche en ergotoxicologie qui tient compte d'un ensemble de paramètres de l'activité, dont la co-exposition à différents cancérigènes mais aussi à d'autres conditions de pénibilité (MOHAMMED-BRAHIM, GARRIGOU, 2009). Nous avons demandé si les personnes étaient exposées aux nuisances physiques (bruit), ergonomiques (gestes répétitifs, ports de charges), chimiques (gaz, huile, vapeurs), organisationnelles (horaires décalés) et aux rayonnements ionisants (graphique).

GRAPHIQUE – Réponse à la question : « À quels risques êtes-vous exposé ? »



Lecture : 26 % des répondants ont affirmé avoir été exposés à des risques ergonomiques.

Source : enquête par questionnaire auprès des ex-salariés de l'atelier pyrotechnie.

Le graphique montre que, si les rayonnements ionisants sont bien mentionnés comme étant connus des personnes interrogées dans notre enquête, d'autres nuisances le sont également, telles que les gestes répétitifs, les postures pénibles ou encore les produits chimiques. La pénibilité du travail ressort fréquemment dans le récit des enquêtés, comme l'illustre l'extrait suivant :

« Il faut savoir que les sous-marins, c'est tellement restreint, tellement petit, que les hommes sont obligés de travailler dans des positions très inconfortables. Et quand on montait les têtes au N2R, N3R, t'as vu, on était collés. On était collés. Il fallait aller faire des freinages derrière la tête, comment tu faisais ? Tu étais obligé de coller. »

(Ancien salarié, 70 ans, mouvements)

Sur les missiles ou dans les sous-marins, les interventions obligeaient les salariés à adopter des postures difficiles dans des espaces clos et exigus. Ces difficultés étaient encore accrues par les prescriptions liées à l'univers nucléaire et militaire. Nos interlocuteurs parlent d'un travail de « chirurgien » où chaque « rondelle était comptée », le tout surveillé par un contrôleur et/ou un gendarme selon le cas. Par ailleurs, le montage des têtes nucléaires des missiles combine différents types de compétences techniques, relevant notamment de l'aéronautique, de la mécanique ou encore de la pyrotechnie, et suppose en conséquence l'usage d'outils et de produits spécifiques, comme le *propergol*¹⁵, utilisé pour la propulsion de missiles. Les travailleurs pouvaient être exposés aux fumées de moteurs des camions, au benzène ou encore au travail de nuit (celui-ci étant classé par le Centre international de recherches sur le cancer comme cancérigène probable). La configuration des locaux (en souterrain) et la composition géologique des sols pouvaient en outre entraîner, en l'absence de ventilation, une exposition au radon. Or l'entrée que le SPP propose par agent toxique ne permet pas de saisir la complexité de tels univers et conditions de travail, puisqu'il fait disparaître l'activité réelle de travail dans laquelle s'inscrit la poly-exposition. Le cloisonnement entre différents SPP selon les nuisances empêche toute visibilité des conséquences du travail, ici celui de la pyrotechnie, sur la santé de ces travailleurs qui ont connu une carrière dans les ateliers de celle-ci, ni de rendre compte des risques cumulés au cours du temps. Dans ses modalités pratiques, le SPP procède à une forme d'atomisation de la réalité des activités de travail exposées aux risques professionnels, subis simultanément ou successivement au cours de la carrière.

15. Le *propergol* est composé d'éléments chimiques dont certains sont des cancérigènes ou peuvent, lorsqu'ils deviennent des produits de dégradation, dégager des molécules cancérigènes. Pour en savoir plus sur le *propergol*, voir <https://123dok.net/article/composition-et-geometrie-du-propergol-solide.z121vppy> et <https://www.inrs.fr/publications/bdd/plastiques.html>, consultés le 5 mars 2024.

Le rôle crucial du collectif comme intermédiaire du droit au suivi

Dans l'accès à leurs droits, les travailleurs sont souvent démunis, sauf lorsqu'un syndicat, une association, un collectif, devient un « intermédiaire du droit », non pas un professionnel du droit mais un acteur qui le connaît et sait en faire usage (PÉLISSE, 2018, p. 114). C'est le rôle joué par le collectif auprès des anciens travailleurs de la DCN.

Le recours au SPP comme enjeu de mobilisation collective

Le niveau de connaissance du SPP est relativement élevé à Brest, en raison notamment de la mobilisation des victimes de l'amiante localement. En effet, les anciens des arsenaux de Brest ont été durement touchés par les maladies liées à l'exposition à cette fibre. L'Association de défense des victimes de l'amiante du Finistère (ADDEVA 29) a été créée dès le début des années 2000, à l'initiative de Francis Talec, ancien délégué CHSCT de la DCN et aujourd'hui principal coordinateur du Collectif des irradiés des armes nucléaires de l'Île Longue. Tant la médiatisation des expositions à l'amiante que les mobilisations locales ont permis de mieux informer les travailleurs de leurs droits. Plusieurs membres du collectif ont ainsi obtenu un départ anticipé à la retraite dans ce cadre. Dans notre enquête, 88 % des anciens salariés de l'atelier pyrotechnie de l'Île Longue avaient été exposés à l'amiante et 75 % de ces derniers connaissaient le SPP.

Le recours aux droits (au SPP, à la reconnaissance en maladie professionnelle, au préjudice d'anxiété) est le cœur de la mobilisation du collectif. Au fil du temps, les militants ont acquis des connaissances et des compétences indispensables à l'élaboration de dossiers solides. Une coopération de longue date entre des chercheurs de l'Association Henri Pézerat et le cabinet Teissonnière et associés¹⁶, spécialisés dans la défense des victimes professionnelles et environnementales, a également joué un rôle déterminant dans la traduction des exigences procédurales et des règles de droits.

Dans le cas du SPP, le collectif s'est doublement interrogé sur l'importance de ce droit. Tout d'abord comme un droit des anciens salariés, et ensuite comme un moyen de rendre visibles les expositions subies et les maladies incidentes. Le combat autour de l'amiante sert de référence pour l'action à mener. Les membres du collectif connaissent déjà les difficultés à surmonter en matière de mobilisation :

« C'est quand on les connaît les gens... Il y a la crainte aussi. Avec l'amiante on a connu ça, les gens n'y vont pas. Les gens ne voulaient pas le faire. "Je le ferai quand je serai obligé de le faire." Mais quand ils sont malades, là... Là ils y vont ! »

(Ancien pyrotechnicien, 70 ans, partie haute)

16. Pour en savoir plus sur le cabinet, voir : <https://www.ttla-avocats.com>, consulté le 5 mars 2024.

La mobilisation concernant la révélation des expositions apparaît centrale aux yeux des militants du collectif, mais ils en savent – avec l’expérience du mouvement contre l’amiante – les difficultés récurrentes. Si le collectif a pu, dans une certaine mesure, s’appuyer sur les expériences passées, il butte, pour le SPP, sur l’individualisation de la démarche. L’action collective se heurte à cet obstacle majeur d’un droit individuel pour des personnes non malades.

La position adoptée par le collectif en tant que médiateur juridique peut mettre ses membres dans une situation ambivalente, sachant que la relation instaurée entre un membre du collectif et les personnes cherchant de l’aide suppose un ajustement permanent entre la reconnaissance de préjudices et l’accompagnement juridique (MUNOZ, 2003). En effet, la réussite juridique de l’action collective passe par la soumission aux règles fixées par la loi dans l’ouverture du droit au SPP. Or ces règles n’en font pas un droit organisé à partir d’une initiative institutionnelle sur la base de laquelle le collectif pourrait se mobiliser, mais relève d’une initiative individuelle, chacun étant isolé dans son propre recours au droit au SPP.

L’individualisation de la démarche du SPP : quel sens pour les travailleurs concernés ?

Le SPP vise, entre autres, à venir en aide à des individus qui ont été exposés à des substances toxiques, sans même savoir auxquelles précisément. C’est justement cette situation qui rend la tâche des militants du collectif particulièrement ardue lorsqu’il s’agit de convaincre les anciens travailleurs de s’engager dans cette démarche, comme l’explique l’un d’entre eux :

« Tout simplement c’est l’anxiété de... Les gens ne veulent pas le faire parce qu’ils sont anxieux. En fait c’est la politique de l’autruche. Moi j’ai plusieurs cas. On a le cas de M qui pourtant est dans notre collectif, mais il ne se fait pas suivre. Et encore là il vient de changer. Il a changé. Mais ça prend du temps. C’est une démarche à faire qui prend du temps. Il y en a d’autres qui ne sont pas prêts encore, mais on peut espérer que dans le temps, ça va se faire. »

(Ancien pyrotechnicien, 72 ans, partie haute)

La mobilisation et la médiation proposées par le collectif rencontrent les mêmes obstacles que ceux évoqués dans la littérature sur la mobilisation de victimes : souffrir de dommages corporels ne suffit pas à enclencher une action (LATTÉ, 2008 ; LEFRANC, MATHIEU, 2009). Comprendre le sens du SPP suppose d’avoir acquis un savoir sur les risques et sur les droits dont disposent les victimes de ces risques. En outre, dans l’accompagnement, connaître la logique juridique de reconnaissance en MP ou de constitution du dossier pour obtenir le droit au SPP est indispensable (MUNOZ, 2002). Les militants découvrent les aspérités de l’accompagnement dans le conseil et le montage de dossiers, comme le souligne cet ancien salarié impliqué dans le collectif :

« Après il y a aussi, bon... la partie administrative qui bloque certains, parce qu'il y a beaucoup de gens qui n'ont pas gardé les traces papier de leur passé et ils se disent ça va être... Parce que l'autre jour P leur disait : "C'est simple, le dossier ; c'est tant de trucs à faire, tant d'éléments à trouver", mais je voyais des gens qui avaient des grands yeux quoi. Et sur les huit qui vont faire leur dossier, je me disais que déjà pour certains, ça va être difficile. »

(Ancien pyrotechnicien, 65 ans, partie haute ; contrôle)

Même lorsque les preuves peuvent paraître évidentes et les faisceaux d'indices convergents, il n'est pas si aisé de parvenir à mobiliser chaque personne sur son propre dossier. À titre personnel, certains ne sont pas motivés, comme le montre cette remarque d'un des coordinateurs du collectif :

« Là, c'est X. Je l'ai vu depuis et lui, il n'a pas envie d'en parler. Il est en retraite maintenant et il m'a dit : "Non, moi..." Et pourtant c'était un collègue à... Comment il s'appelle... Le deuxième cas de leucémie... Mais ils ont travaillé ensemble là-bas à Y, mais il m'a dit : "Non, moi je ne veux rien faire." Pour l'instant il faut laisser le temps je pense. »

(Ancien pyrotechnicien, 75 ans, partie haute)

Ainsi, en dépit de conditions de travail communes, alors qu'ils résident sur un territoire bien circonscrit et ont obtenu une certaine visibilité dans la presse locale, les anciens salariés de l'Île Longue ne font pas un usage généralisé du SPP. Le maintien prolongé de ces travailleurs dans l'ignorance des risques au temps du travail, la complexité administrative, l'initiative laissée à la personne, l'état de santé, mais aussi l'approche mono-causale du SPP ou encore la simple méconnaissance de ses objectifs d'identification précoce des maladies, d'information, de soutien psychologique, sont autant d'éléments conduisant à une occultation du sens même de ce droit au SPP.



En partant du cas des anciens salariés de l'Île Longue, l'étude de l'organisation et du fonctionnement du SPP met en évidence les liens étroits entre droit au savoir et accès au droit au suivi post-professionnel. À travers l'analyse de ses usages se dégage une série de phénomènes accentuant, paradoxalement, l'invisibilisation des expositions cancérogènes associées au travail nucléaire et celle de leurs effets sanitaires. L'accès à l'information et à la connaissance du SPP ne va pas de soi. Dans le cas analysé, la population concernée dispose d'une information presque systématique depuis seulement quelques années à propos d'une situation d'exposition professionnelle à des cancérogènes, parmi lesquels les rayonnements ionisants, qui a duré plusieurs décennies. Soulignons que le moment de l'enquête a été l'occasion, par l'intermédiaire de questions posées, d'informer les anciens salariés et de leur faire découvrir leur droit au suivi dans une perspective bien différente de la démarche bureaucratique individualisante qui leur est imposée. L'accès au SPP ne s'inscrit plus alors dans une perspective solitaire de crainte de mauvaises nouvelles. Il s'agit plutôt de revendiquer le droit

à un suivi médical organisé collectivement et ayant pour enjeu l'accompagnement sécurisant nécessaire aux victimes d'exposition professionnelle aux cancérogènes dans des entreprises et dans des lieux de travail communs. La responsabilité des institutions est non seulement d'informer mais aussi de prendre les dispositions nécessaires pour que l'individu confronté à la prise de conscience d'une forme d'empoisonnement collectif ne se retrouve pas seul face à lui-même.

Apparaît une difficulté supplémentaire dans le cas du travail nucléaire à l'Île Longue. Les aléas de l'accès au suivi sont ici encore accentués par l'absence de reconnaissance du caractère nucléaire des activités de travail passées. Dans la mesure où la « nucléarité » de leur activité entre 1971 et 1996 n'a pas été reconnue, les anciens salariés peinent à apporter la preuve des expositions subies. L'étude de l'accès au droit au SPP montre en quoi l'attribution de la catégorie « nucléaire » aux anciennes activités de travail est déterminante. L'ineffectivité du droit au SPP renvoie ici à l'absence de mesure de l'exposition aux rayonnements ionisants pour certaines catégories de travailleurs, mais aussi à leur maintien dans l'ignorance des effets différés de la radioactivité.

Au terme de l'enquête, une seconde dimension semble cruciale. Le libre choix du médecin instaure *de facto* une dispersion de l'information ainsi qu'un recentrage sur ce que la médecine libérale valorise, à savoir le « colloque singulier ». Une telle modalité accentue le caractère individualisant, en mettant au premier plan l'ancien salarié supposé jouer un rôle actif lorsqu'il s'engage dans le SPP, alors même que le droit ouvert relève d'un phénomène d'exposition collective, ce qui entrave toute production de connaissances sur les maladies apparaissant au fil du temps.

Pour le collectif mobilisé depuis les années 2010 et partageant l'expérience d'autres collectifs de l'Association Henri Pézerat, le SPP devrait représenter la première étape des droits à la réparation des maladies professionnelles, en donnant à voir la réalité à la fois des expositions à des cancérogènes, cumulées tout au long du parcours professionnel, et de leurs conséquences¹⁷. Comme le souligne Emmanuel HENRY (2017, p. 37) dans son analyse des politiques publiques en santé au travail : « Ce n'est que dans la mesure où des maladies sont durablement observées au sein d'une population professionnelle que la question de leur éventuelle reconnaissance se pose. » Dans cette perspective, deux outils de santé publique, liés entre eux, sont essentiels mais absents de la situation étudiée : la mémoire institutionnalisée des activités de travail exposant à des cancérogènes ; une organisation du suivi médical professionnel et post-professionnel des personnes exposées incluant l'enregistrement des MP recensées tout au long du suivi. Si l'action du Collectif des irradiés de l'Île Longue soutenu par les autres collectifs et membres de l'Association Henri Pézerat a permis de briser l'invisibilité des maladies radio-induites et suscité une mobilisation qui se poursuit, en revanche, les règles du SPP constituent en elles-mêmes une entrave à l'accès au

17. Cf. <https://www.asso-henri-pezerat.org/proposition-10-suivi-post-exposition-et-post-professionnel/>, consulté le 5 mars 2024.

droit et à la possibilité d'en faire un outil de surveillance des cancers professionnels chez les travailleurs des armes nucléaires.

Pour finir, il importe de souligner l'originalité de cette enquête, fondée sur une démarche collaborative, reposant sur l'expérience du travail que les membres du collectif ont capitalisée tout au long de leur carrière au sein d'une même entreprise et d'une même unité de lieu. Devenus « experts bruts » selon les termes utilisés en histoire de la santé au travail (PITTI, 2010), ces anciens salariés ont réussi à surmonter, en partie au moins, l'ignorance produite par une organisation du travail fortement compartimentée, en lien avec les impératifs de secret-défense et d'hyper-prescription inhérents aux organisations du travail du secteur nucléaire, ce qui a permis la mise en évidence, par le collectif lui-même, de la mortalité très précoce identifiée dans la population d'étude.

L'exigence de rigueur concernant la composition de la population étudiée mais aussi la capacité des coordinateurs du collectif à entrer en contact avec tous leurs collègues a permis de faire apparaître l'ampleur de cette mortalité précoce (âge moyen au décès de 62 ans), par cancer en particulier, qui, en 2019, atteignait déjà un quart de la population enquêtée. Or, au cœur de l'exposition professionnelle à des cancérogènes de ces travailleurs, figure, dans les activités à proximité des têtes nucléaires des missiles, l'exposition à divers types de rayonnements ionisants, parmi lesquels les rayons neutroniques. Selon la dernière monographie du Centre international de recherche sur le cancer concernant les cancers associés aux rayonnements ionisants (IARC, 2012, p. 237), « en référence aux données d'expérimentation animale, les effets biologiques des rayons neutroniques apparaissent 10 fois plus importants que ceux des rayonnements gamma¹⁸ ». Le recensement systématique et continu des cas incidents et des décès dans le cadre d'un suivi exposition et post-exposition professionnelle – organisé dans une perspective de suivi mais aussi de veille sanitaire – ne permettrait-il pas de contribuer à la connaissance non seulement empirique mais aussi épidémiologique des effets sanitaires des activités de travail exposant à la radioactivité ?

Ainsi, le suivi sanitaire a été le fait de l'alliance entre le collectif et des chercheurs, et non le résultat d'une organisation de suivi post-professionnel cohérente dont les enjeux sont, rappelons-le : accompagner des victimes d'exposition à des risques graves à effet différé, favoriser l'accès aux droits de la reconnaissance en maladie professionnelle, recenser les maladies survenant au long cours dans la perspective d'une veille sanitaire permanente en vue non seulement de la réparation, mais également de la prévention. C'est aussi dans cette mesure que la responsabilité des employeurs peut être questionnée, qu'il s'agisse d'indemniser les victimes et leur famille ou d'interrompre, dans une perspective de prévention, la production des cancers du futur.

18. En anglais dans le texte, notre traduction.

BIBLIOGRAPHIE

BARTHE Y. (2010), « Cause politique et “politique des causes” ». La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, n° 91, p. 77-102.

BARTHE Y. (2017), *Les retombées du passé. Le paradoxe de la victime*, Paris, Seuil.

BESSIN M., BOURGEOIS I., MARCHAND A., RESTIVO L., ROLLIN Z. (2015), « Agir pour chercher, chercher pour agir : introduction aux recherches interventionnelles en SHS sur le cancer », *Santé Publique*, vol. 27, n° 3, p. 305- 308.

BARILLOT B. (2007), *Quelle justice pour les victimes des essais nucléaires ? Pour l'adoption du principe de présomption légale*, Lyon, Observatoire des armements/CDRPC, Aven, Mururoa e tatou.

BARILLOT B. (2010), *Victimes des essais nucléaires : histoire d'un combat*, Lyon, Observatoire des armements.

BOUDIA S. (2008), « Sur les dynamiques de constitution des systèmes d'expertise scientifique : le cas des rayonnements ionisants », *Genèses*, n° 70, p. 26-44.

BRISACIER A.-C. (2008), *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en France*, Thèse d'exercice en médecine, Université Paris 6.

CARRÉ A. (2016), « Le suivi post-professionnel. Histoire d'une fiction », *Les cahiers du S.M.T.* [en ligne], n° 31. <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-31/31.1.06.Suivi.post-pro.pdf>, consulté le 5 mars 2024.

CARSON R. (2009 [1962]), *Printemps silencieux*, trad. J.-F. Gravand, rév. B. Lanaspeze, Marseille, Wildproject.

CHAUMETTE P., DAUBAS-LETOURNEUX V., EMANE A., HÉAS F., COUTANCEAU C. (2014), *Enjeux de santé au travail et cancers : les expositions à supprimer dans les métiers portuaires. Une recherche-action sur le Grand Port maritime de Nantes/Saint-Nazaire. Programme Escapes. Rapport final*, Nantes, MSH Ange Guépin, Centre de droit maritime et océanique, juin.

DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N. (1995), *Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires*, Toulouse, Octarès.

DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N. (2001), *Les maux de la sous-traitance. Enquête STED 1993-1998. Suivi sur 5 ans des salariés de la sous-traitance nucléaire*, Toulouse, Octarès.

FELLINGER A. (2008), *Du soupçon à la radioprotection : les scientifiques face au risque professionnel de la radioactivité en France*, Thèse de doctorat en histoire des sciences, Université Louis Pasteur, Strasbourg.

GHIS MALFILATRE M. (2016), « L'impossible confinement du travail nucléaire. Expériences professionnelle et familiale de salariés sous-traitants exposés à la radioactivité », *Travail et Emploi*, n° 147, p. 101-124.

GHIS MALFILATRE M. (2018), *Santé sous-traitée. Ethnographier les mobilisations contre les risques du travail dans l'industrie nucléaire en France (1968-2018)*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris Science et Lettres.

GHIS MALFILATRE M. (2020), « La réparation du risque radio-induit en France. De la création précoce du tableau n° 6 des maladies professionnelles à son blocage autour de l'enjeu de la mesure des doses », in Cavalin C., Henry E., Jouzel J.-N., Péliisse J. (dir.), *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)*, Paris, Presses des Mines, p. 125-143.

GRIGNOUX J., LODDÉ B., DEWITTE J.-D., LARABI L., DURAND-MOREAU Q. (2020), « Améliorer le repérage des cancers professionnels : bilan de la consultation de pathologie professionnelle de liaison du centre hospitalier universitaire de Brest », *Bulletin du Cancer*, vol. 107, n° 4, p. 428-437.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2010), *Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante*, Rapport d'orientation de la commission d'audition, audition publique, Paris, Haute Autorité de santé, avril.

HECHT G. (2016), *Uranium africain, une histoire globale*, trad. C. Nordmann, Paris, Seuil.

HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.

HENRY E. (2019), « Fabriquer des irresponsables », *Sociologie du travail* [en ligne], vol. 61, n° 2. <https://doi.org/10.4000/sdt.18060>

HUNSMANN M., THÉBAUD-MONY A., ÉQUIPE DU GISCOP84 (2021), « Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérigène et ses conséquences », *Anthropologie & Santé* [en ligne], n° 22. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9645>

IARC (2012), *Radiation*, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks To Humans, Volume 100D [en ligne]. https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/3045/d295876be020b721ff7209083d5782c910b2ed1e.pdf, consulté le 5 mars 2024.

JACQUOT Y. (2019), *Étude MG POST-PRO : état des lieux des connaissances des médecins généralistes finistériens sur les modalités du suivi post-professionnel*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Brest, faculté de médecine.

JOBIN P. (2021), « Nuclear Labor, its Invisibility, and the Dispute over Low-Dose Radiation », in Cleveland K., Knowles S. G., Shineha R. (eds.), *Legacies of Fukushima: 3.11 in Context*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, p. 145-156.

KUCHINSKAYA O. (2014), *The Politics of Invisibility: Public Knowledge about Radiation Health Effects after Chernobyl*, Cambridge (MA), The MIT Press.

LATTÉ S. (2008), *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, Thèse de doctorat en études politiques, EHESS.

LEFRANC S., MATHIEU L. (2009), « Introduction. De si probables mobilisations de victimes », in Lefranc S., Mathieu L. (dir.), *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 11-26.

LE LAY S., LUSSON J. (2009), « Un toxicologue de la marge à la centralité. Entretien avec Henri Pézerat », *Mouvements*, n° 58, p. 146-157.

MARCHAND A. (2016), « Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance. Les facteurs du non-recours au droit », *Sociétés contemporaines*, n° 102, p. 103-128.

- MARCHAND A. (2018), *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)*, Thèse de doctorat en histoire et en sociologie, Université Paris Saclay.
- MARCHAND A. (2020), *Aulnay-sous-Amiante. Une lutte populaire contre l'indifférence*, Exposition du Centre d'histoire du travail de Nantes et du Giscop 93 [en ligne]. <https://www.calameo.com/books/00019846638ddd8a6fe70>, consulté le 5 mars 2024.
- MICHAELS D. (2008), *Doubt is their Product. How Industry's Assault on Science Threatens your Health*, Oxford, Oxford University Press.
- MOHAMMED-BRAHIM B., GARRIGOU A. (2009), « Une approche critique du modèle dominant de prévention du risque chimique. L'apport de l'ergotoxicologie », *Activités* [en ligne], n° 6-1. <https://doi.org/10.4000/activites.2086>
- MUNOZ J. (2002), *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- MUNOZ J. (2003), « La négociation dans la relation de service au sein de la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés : de la crise morale commune à l'épreuve de la fragilité sociale », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 98, p. 21-34.
- PÉLISSE J. (2018), « Travailler le droit : lectures et perspectives sociologiques », *Revue française de sociologie*, vol. 59, n° 1, p. 99-125.
- PITTI L. (2010), « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, n° 91, p. 103-132.
- RIBLIER-DEHEN D., LUC A., PARIS C., CLIN B., GISLARD A., PAIRON J.-C., THAON I. (2019), « Impact psychologique du suivi post-professionnel amiante à long terme. Quelles conséquences après la déclaration suivie de la reconnaissance d'une maladie professionnelle chez des sujets de la cohorte SPP-A ? », *Revue des maladies respiratoires*, vol. 36, n° 8, p. 924-936.
- THÉBAUD-MONY A. (2000), *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*, Paris, Inserm-EDK.
- THÉBAUD-MONY A. (2008), « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 237-254.
- THÉBAUD-MONY A. (2014), *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte.
- THÉBAUD-MONY A., RONDEAU-DUNOYER C., HUEZ D., BRENIER F., FOREST H., GERAUD G., HAILLOT M. J., PILLORE R., SURRIBAS H. (1992), « Salariés des entreprises extérieures intervenant dans les installations nucléaires de base. Enquête sur leur suivi médico-réglementaire », *Documents pour le médecin du travail*, n° 51, INRS, p. 346-375.
- ZERBIB J.-C. (2018), « Les maladies professionnelles radio-induites reconnues en France : bilan et évolutions depuis 1956 », *Radioprotection*, vol. 53, n° 1, p. 51-60.

Intérim : troubles dans la prévention

Responsabilités limitées dans la prise en charge de la santé-sécurité des intérimaires

Blandine Barlet^{}, Louis-Marie Barnier^{**}, Elena Mascova^{***},
Arnaud Mias^{****}, Jean-Marie Pillon^{*****}*

La santé au travail des salariés intérimaires fait l'objet d'un suivi particulier, le problème de leur sur-accidentalité étant régulièrement mis à l'agenda. Pourtant, ce constat dissimule les lacunes dans l'objectivation et la prise en charge des expositions professionnelles des intérimaires. Il s'agit moins d'une ignorance que de dispositifs de suivi qui peinent à déclencher et à équiper l'action de prévention. L'analyse porte sur trois dispositifs institués de suivi des risques professionnels : l'enregistrement administratif des accidents du travail et des maladies professionnelles par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), le suivi de l'état de santé des intérimaires par les services de santé au travail et l'évaluation et la prévention des risques organisées par les entreprises de travail temporaire. Pour chacun de ces dispositifs, sont analysés les initiatives, les efforts et les arguments déployés par celles et ceux qui sont chargés de ces questions et qui se trouvent ainsi placés en difficulté pour agir.

En sciences sociales, les liens entre travail et santé ont été souvent interrogés sous l'angle de leur méconnaissance et de leur invisibilité. Des « masques » (GOLLAC, VOLKOFF, 2006) de diverses natures (déli, préjugés, lobbying, etc.) tendent à opacifier ces liens et à empêcher leur perception et leur mise en discussion dans l'espace social et politique. Les logiques professionnelles et les ressources patronales limitent la portée de l'expertise (THÉBAUD-MONY, 1991 ; MARICHALAR, 2014 ; COUNIL,

* Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO), Université Paris-Dauphine ; bbarlet@irtem.fr.

** Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (LEST), Aix-Marseille Université ; lmbarnier@wanadoo.fr.

*** IRISSO, Université Paris-Dauphine ; emascova@irtem.fr.

**** IRISSO, Université Paris-Dauphine ; arnaud.mias@dauphine.psl.eu.

***** IRISSO, Université Paris-Dauphine ; jean-marie.pillon@dauphine.psl.eu.

HENRY, 2016) et les instances de négociation paritaires sous-estiment fortement les conséquences du travail sur la santé des personnes (DÉPLAUDE, 2003 ; HENRY, 2007 ; PONGE, 2020). L'invisibilité et la méconnaissance entretiennent l'inaction publique et contribuent à rendre inefficaces les dispositifs existants (CAVALIN *et al.*, 2020 ; DAUBAS-LETOURNEUX, 2021). Le recours à l'emploi précaire renforce encore ces logiques d'invisibilisation et d'externalisation des risques professionnels (THÉBAUD-MONY, 2000 ; DÉCOSSE, 2013).

Dans ces travaux, les problématiques de santé au travail sont le plus souvent appréhendées à travers les efforts faits pour dissimuler, contourner, euphémiser ou occulter (ou, à l'inverse, révéler, objectiver) les expositions professionnelles. Certains travaux analysent les logiques des mobilisations collectives de victimes, dont la production de connaissances et de contre-expertises est une dimension structurante (PITTI, 2010 ; DELMAS, 2012 ; JOUZEL, PRETE, 2015 ; MARICHALAR, 2017 ; COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES ET MUNOZ *et al.*, dans ce numéro). D'autres interrogent plus spécifiquement les ressorts de la production de l'ignorance ou de la « *undone science* »¹. Ils mettent au jour des pratiques de production volontaire d'ignorance scientifique par les industriels. À l'instar de l'étude sur les houillères en France face aux victimes de silicose (ROSENTAL, DEVINCK, 2007), il s'agit souvent de comprendre quelles actions ont été effectuées pour éviter qu'une causalité devienne indiscutable. D'autres analyses font ressortir le caractère structurel de cette production de l'ignorance. Analysant les tableaux de maladie professionnelle et les valeurs limites d'exposition professionnelle, Emmanuel HENRY (2017) explique l'inertie de ces dispositifs et la faible influence de l'expertise par la force des accords qui structurent les configurations d'acteur·rices dans les enceintes administratives et paritaires. Dans un cas comme dans l'autre, faute d'être formulés et rendus visibles, les problèmes de santé au travail échappent à toute action visant leur éradication, leur prévention ou leur réparation.

Mais qu'en est-il des problématiques de santé au travail connues et que les autorités publiques entendent corriger ? En se situant plus en aval des politiques de santé au travail, il est possible d'analyser la façon dont réagissent celles et ceux qui sont confronté·es au quotidien aux problèmes du suivi et de la prise en charge des expositions professionnelles des travailleur·ses intérimaires.

Cette population de travailleur·ses fait en effet l'objet d'une attention particulière au regard des problématiques de santé au travail. Une première problématisation de ces enjeux a été formulée dès les années 1970 à travers les luttes des intérimaires contre les mauvaises conditions de travail qu'ils connaissaient. Plus récemment, les discussions en vue d'une réforme du système français de santé au travail, initiées par le rapport Lecocq (2018)², abordent encore le problème en signalant une sinistralité

1. Pour une revue de ces travaux, voir HENRY, 2017.

2. Lecocq C., Dupuis B., Forest H. (2018), *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du Premier ministre, août.

particulièrement forte ainsi que des lacunes dans la prévention, et en appelant à un « investissement plus grand » des médecins du travail et des personnels de santé envers ces salarié·es. Mis à l’agenda depuis longtemps, le problème nourrit une vigilance institutionnelle à l’égard de cette population.

En portant l’analyse sur les usages de dispositifs de suivi et de prévention en santé au travail, on peut interroger comment ces dispositifs et les données qu’ils produisent sont mobilisés et mis en discussion dans les situations ordinaires dans lesquelles des acteur·rices de la prévention se confrontent au problème de la santé au travail des salarié·es intérimaires. Il existe en effet un paradoxe : alors que leur forte accidentalité est connue de longue date, on constate de nombreux obstacles à une démarche efficace de prévention. Il n’y a ici pas tant ignorance ou déni des problématiques de santé au travail³ que des dispositifs de suivi qui peinent à déclencher et à équiper l’action de prévention.

En prenant le cas de l’interdiction de l’arsenite de soude, François DEDIEU et Jean-Noël JOUZEL (2015) ont montré comment les organisations de prévention des risques peuvent s’accommoder de savoirs « inconfortables » (RAYNER, 2012) susceptibles de remettre en cause leurs routines et leurs arrangements institutionnels. Ils décrivent les mécanismes par lesquels ces organisations fournissent à leurs membres les ressources pour légitimer et maintenir l’ignorance. Le cas qu’ils étudient témoigne selon eux de « la capacité du dispositif officiel de gestion des risques professionnels en agriculture à produire des savoirs révélant les limites de son propre mode de fonctionnement, mais, en même temps, à continuer de les ignorer » (DEDIEU, JOUZEL, 2015, p. 108). La perspective développée dans le présent article s’inscrit dans le prolongement de ces réflexions, en s’intéressant à la façon dont les acteur·rices chargé·es des enjeux de santé au travail réagissent aux alertes persistantes et aux lacunes auxquelles iels se trouvent confronté·es. Le propos s’inscrit toutefois plus en aval : l’enjeu se situe en effet moins dans les modes de production des savoirs (et l’imputation causale qu’ils équipent ou non) que dans l’usage de dispositifs de suivi qui sont eux-mêmes très fortement liés aux mécanismes d’attribution des responsabilités dans la prise en charge de la santé au travail des intérimaires. Autrement dit, l’objectif de cet article est de montrer comment le dispositif de gestion des risques professionnels associés au travail intérimaire révèle

3. En portant l’attention sur les situations où le problème de la santé au travail des intérimaires est formulé, nous ne mésestimons pas les effets d’occultation qui persistent. Ceux-ci sont manifestes du côté des maladies professionnelles : 1 236 maladies professionnelles ont été reconnues en 2018 pour les 791 300 intérimaires (équivalent temps plein), à comparer aux 49 500 maladies professionnelles reconnues pour le total de 19,2 millions de salariés (source Cnam-TS), soit des taux respectifs de 0,16 % et 0,26 %. Les mécanismes d’invisibilisation des effets du travail sur la santé des salarié·es précaires (THÉBAUD-MONY, 2006) jouent ici à plein : nombre élevé d’employeurs différents, durées courtes des contrats, trajectoires professionnelles rarement linéaires et durables dans l’intérim, population précaire moins au fait des procédures de reconnaissance et, plus largement, méconnaissance des expositions professionnelles dans les entreprises utilisatrices (MARCHAND, 2018). Les acteurs et actrices de la branche en sont conscient·es, mais le problème n’est pas abordé frontalement : « La partie invisible de l’iceberg, c’est les maladies professionnelles. Là, il n’y a rien qui est fait. Parce qu’au niveau de la Cnam, il y a très peu de données là-dessus » (responsable de l’Union syndicale de l’intérim CGT).

régulièrement à ses acteur·rices ses propres limites tout en les maintenant dans une situation qui les rend incapables d'y répondre efficacement. Ces acteur·rices sont moins exposé·es à des « savoirs inconfortables » qu'à des situations « troublées » au sens de John DEWEY (1993 [1938]), c'est-à-dire marquées par l'épreuve que représente une difficulté à agir. Les acteur·rices de la prévention font l'expérience de responsabilités limitées : chargé·es du problème, iels éprouvent en permanence leurs faibles capacités à y apporter des réponses efficaces.

Ces situations « troublées » sont à rapporter à la particularité de la relation triangulaire qui organise le travail intérimaire : ces salarié·es relèvent d'une relation contractuelle avec une agence de travail temporaire, leur employeur juridique, tout en étant soumis·es pour la réalisation de leur travail aux consignes d'une entreprise dite « utilisatrice », deux relations « parallèles plutôt que conjointes » (MICHON, 1998, p. 7). Le contrat commercial qui organise cette mise à disposition entre l'entreprise utilisatrice (EU) et l'entreprise de travail temporaire (ETT) doit comporter notamment la liste des tâches auxquelles sera affecté·e l'intérimaire, les risques éventuels du poste et la mention des postes à risques s'il y a lieu. Dans une telle configuration, les dispositifs de prévention et de prise en charge des expositions professionnelles, dont la responsabilité a été attribuée à l'employeur par la loi de 1898 sur les accidents du travail, se trouvent *de facto* mis en défaut par l'organisation même du secteur de l'intérim et les modalités de recours aux contrats précaires par les entreprises utilisatrices. Le trouble naît de la transposition fictionnelle (sur le mode du « comme si ») de dispositifs conçus dans le cadre d'une relation salariale standard à une relation triangulaire qui prend plutôt la forme de la juxtaposition de trois relations relativement disjointes.

Pour étayer ces arguments, l'analyse porte successivement sur trois dispositifs institués de suivi des risques professionnels : l'enregistrement administratif des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS) ; le suivi de l'état de santé des intérimaires par les services de santé au travail ; l'évaluation et la prévention des risques organisées par les entreprises de travail temporaire (ETT). Après avoir montré que la responsabilisation des ETT se fonde sur une factualisation singulière du problème de la santé-sécurité des intérimaires, nous analyserons comment les acteurs et actrices désigné·es pour prendre en charge le problème font l'expérience d'un empêchement d'agir (encadré) : les services de santé au travail des ETT aux prises avec les lacunes du suivi de l'état de santé au travail des intérimaires, puis les préventeur·rices des grandes ETT face aux difficultés à exercer leur mandat professionnel.

ENCADRÉ

Matériau empirique

L'analyse s'appuie sur un matériau empirique collecté à l'occasion d'une enquête collective financée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail, qui interroge les liens entre précarité d'emploi et conditions de travail (MIAS, 2022). Nous avons réalisé une dizaine d'entretiens auprès des acteur·rices de la branche intérim, de la Cnam-TS et des Carsat (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) qui sont intervenu·es ces dernières années sur le problème de la santé au travail des salarié·es intérimaires. Neuf services inter-entreprises et deux services autonomes de santé au travail ont également été enquêtés dans six régions françaises. Y ont été menés des entretiens individuels et collectifs¹, des observations de réunions de travail, ainsi qu'une collecte de documents de travail, de comptes rendus de réunions et de correspondances. Dans deux Direccte², nous avons interviewé trois inspecteurs du travail directement confrontés à la problématique de la santé au travail des intérimaires dans leur activité de contrôle, ainsi que les deux médecins inspectrices régionales du travail (MIRT). Enfin, huit entretiens ont été réalisés avec des acteurs et actrices de la prévention du travail intérimaire, préventeur·rices ou membres d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ces données ont été complétées par le dépouillement des comptes rendus du CHSCT régional d'une major du travail temporaire pendant la période 2016-2019.

1. 29 personnes ont été vues en entretien : 18 médecins du travail, 4 assistantes, 3 techniciens HSE (hygiène, santé et environnement) et « conseillère santé travail », 1 ergonome, 1 infirmière, 2 personnels de direction.

2. Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, aujourd'hui appelées directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets). Nous conservons toutefois dans cet article la dénomination en vigueur lors de l'enquête.

L'irréductible sur-accidentalité des intérimaires : de la mesure à la responsabilité

Les données administratives de la Cnam-TS sont l'un des plus anciens dispositifs de connaissance et de surveillance de la santé au travail. Dans une logique assurantielle, les statistiques de sinistralité – la fréquence et la gravité des accidents du travail, ainsi que le nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues et prises en charge chaque année – servent à la fixation des taux de cotisation individuels et collectifs des entreprises, mais sont aussi parfois utilisées pour la définition des priorités en matière de politique du travail.

Pour ce qui concerne les intérimaires, les données sont connues et commentées de longue date : l'intérim fait partie des branches les plus sinistrées, objet d'une préoccupation largement partagée et ancienne. La fréquence des accidents du travail

enregistrés dans l'intérim⁴ est restée systématiquement supérieure d'au moins un tiers à la moyenne observée dans l'ensemble des branches⁵. Elle a même eu tendance à s'accroître dans les années 2010, au point de représenter quasiment le double de la fréquence globalement constatée en 2018 et 2019 (tableau ci-après).

Parmi les explications avancées (voir par exemple : FRANÇOIS *et al.*, 2000), il est souvent retenu la jeunesse de ces salarié·es⁶ ou leur absence d'expérience : les « savoir-faire de prudence » (CRU, 2014) ne seraient pas encore acquis. Toutefois, les accidents les plus graves (entraînant un arrêt long, plus de 30 jours consécutifs ou 85 jours sur 12 mois) ne concernent pas les plus jeunes, mais les 35-54 ans⁷. Par-delà leurs caractéristiques sociodémographiques, la relation d'emploi triangulaire a un effet propre : leur statut d'emploi les met en situation répétée de nouvelle embauche, dans des lieux souvent inconnus, avec des collègues nouveaux et des consignes qui changent. Faisant face à des conditions de travail relativement plus difficiles que les salarié·es permanent·es, iels ont à s'adapter très souvent dans l'urgence à des situations de travail différentes et évolutives (BELKACEM, MONTCHARMONT, 2012).

Sous l'angle de la sociologie de l'action publique, le problème de la sur-accidentalité des intérimaires est donc connu et commenté. Il fait l'objet d'une interprétation causale peu contestée. L'enjeu est alors de désigner qui a la responsabilité d'agir sur ce problème, autrement dit d'articuler « responsabilité causale » et « responsabilité politique » :

« La détermination de la responsabilité va de pair avec l'assignation à différentes institutions et à leurs personnels de l'obligation de s'attaquer au problème, et à des perspectives adéquates pour le faire. [...] La relation de la responsabilité causale à la responsabilité politique est une question centrale pour comprendre comment les problèmes publics prennent forme et connaissent une transformation. »

(GUSFIELD, 2009 [1981], p. 6)

4. Les accidents du travail enregistrés sont ceux ayant donné lieu à au moins un jour d'arrêt et pour lesquels une déclaration d'accident du travail et un certificat médical initial ont été établis.

5. Dans le cas de l'intérim, l'indice de fréquence reste relativement abstrait dans la mesure où, en raisonnant à partir d'effectifs équivalents temps plein (791 300 salariés), il agrège des durées d'intérim très diverses. Suivant le rapport de branche de l'Observatoire de l'intérim et du recrutement (2019), *Rapport de branche du travail temporaire. Rapport 2019 sur les données 2018* ; <https://observatoire-interim-recrutement.fr/files/2020-05/rapport-de-branche-2019-vf.pdf>, consulté le 2 avril 2024), pour une activité moyenne de 584 heures pour les hommes en intérim en 2018 et 382 heures pour les femmes, 25 % font plus de 800 heures (688 700 salarié·es) et 36 % font moins de 150 heures (1 001 363 salarié·es). La faible occupation peut renvoyer à des réalités différentes : un travail saisonnier intensif comme un temps partiel maintenant les intérimaires (notamment les femmes) à la marge du salariat stable à temps plein, voire un cumul de statuts d'emploi variés.

6. En 2017, sur plus de 2,5 millions de salariés, environ un million a moins de 25 ans, pour une moyenne d'âge de 32 ans.

7. Observatoire de l'intérim et du recrutement, Crovella É., Minet B., Picon É. (2017), *Évaluation des dispositifs mis en œuvre par les acteurs de la branche pour accompagner les intérimaires suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant engendré un arrêt long*, Rapport final, octobre ; https://observatoire-interim-recrutement.fr/files/2018-09/1537872268_oir-valuation-at-mp-rapport.pdf, consulté le 2 avril 2024.

TABLEAU – **Indice de fréquence des accidents du travail dans l'intérim (2013-2019)¹**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Intérim (code NAF 7820Z) [*]	45,6	46,5	44,8	48,3	53,6	68,3 ^{**}	63,4
Toutes branches confondues	33,8	34,0	33,9	33,8	33,4	34,5	33,5

1. Sur les recommandations d'un responsable des statistiques de la Cnam-TS, nous adoptons ici l'indice de fréquence comme un indicateur plus pertinent que le taux de fréquence, plus souvent retenu pour observer l'accidentalité. En effet, celui-ci rapporte le nombre d'accidents à un volume d'heures travaillées. Or, dans le cas de l'intérim, les données traitées par la Cnam-TS incluent les congés, ce qui conduit à une sous-estimation de la fréquence.

* Ce code d'activité intègre les 29 600 salarié·es permanent·es des agences d'emploi, en plus des intérimaires.

** Avant 2018, du fait de règles de gestion propres à la branche AT/MP et de leurs modalités de mise en œuvre, les effectifs d'intérimaires étaient surévalués. C'est seulement à partir de l'année 2018 que les décomptes d'effectifs sont estimés corrects (en équivalents temps plein), ce qui a contribué à la hausse de l'indice de fréquence.

Lecture : en 2013, la Cnam-TS a enregistré 45,6 accidents en premier règlement pour 1 000 salarié·es dans la branche du travail temporaire et 33,8 accidents pour 1 000 salarié·es toutes branches confondues.

N. B. : sont ici comptabilisés des versements d'indemnités enregistrés dans les données administratives de la Cnam-TS. Un même accident du travail peut conduire à plusieurs versements, si par exemple l'arrêt de travail est prolongé. Pour éviter donc de compter deux fois le même accident, on ne comptabilise que le premier règlement.

Champ : ensemble de la population salariée française.

Source : Branche AT/MP, Cnam-TS.

De fait, ce sont les entreprises de travail temporaire (ETT) qui se trouvent au premier chef mises en demeure d'améliorer la situation. L'imputation d'une responsabilité politique à ces entreprises découle d'une certaine conception de la responsabilité causale, qui ne considère pas les conditions de travail ménagées par l'entreprise utilisatrice comme la cause principale des accidents du travail des intérimaires. Comme nous le montrons dans la suite, l'acceptation de cette réalité factuelle n'est pas acquise, d'autant que d'autres opérations de factualisation ont été engagées mais peinent toutefois à modifier cette imputation de la responsabilité politique, tant que les entreprises utilisatrices parviennent à se maintenir éloignées de la scène de définition et de résolution du problème et que les autres l'acceptent.

Entre détachement et accueil : des problématiques diverses de la sur-accidentalité des intérimaires

La problématisation ancienne des enjeux de santé au travail des intérimaires à partir de leur sur-accidentalité a très largement cadré les initiatives de la branche professionnelle de l'intérim en la matière. Accusées d'entretenir la précarité d'emploi et de dégrader les conditions de travail, les ETT ont développé un travail de légitimation et de normalisation de cette forme d'emploi (GLAYMANN, 2005)⁸ qui s'est traduit, à partir des années 1980, par la création et la consolidation d'une branche professionnelle de l'intérim, à l'activité conventionnelle relativement intense. La soixantaine d'accords de branche signés à ce jour témoigne de cette vitalité des relations professionnelles concernant le droit syndical, la formation des intérimaires aux risques

8. Les ETT devaient ainsi justifier leurs pratiques illicites de prêt de main-d'œuvre à but lucratif jusqu'à la loi du 5 mars 2014 qui a assoupli dans le Code du travail les conditions du prêt de main-d'œuvre entre entreprises, notamment à titre d'exception dans le cadre de missions temporaires.

professionnels ou encore la formation professionnelle. Un premier accord « relatif à la santé et à la sécurité au travail dans le travail temporaire » est signé en 2002. Il se fait l'écho de la problématisation dominante, en proposant une réponse à la forte accidentalité des intérimaires par une formalisation plus importante des procédures de détachement, qui doivent désormais intégrer des préoccupations de prévention des risques professionnels.

Une problématisation complémentaire, relative à l'accueil des intérimaires, tend à attribuer une responsabilité partagée aux entreprises utilisatrices (EU). À la suite d'un important travail d'enquête, elle émerge dans les années qui suivent au sein des institutions de la Sécurité sociale. Le premier Plan national Santé Travail (2005-2009) évoque la question de l'accidentalité des intérimaires, sans pour autant lui ménager une place dans les priorités mises en avant. Dans la foulée, la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, organisme paritaire et interprofessionnel de gestion de la branche AT/MP de la Sécurité sociale, adopte le 21 mars 2007 un texte de recommandations spécifiques au travail intérimaire intitulé « Accueil et santé au travail dans l'intérim », qui pose des bases en matière de prévention à l'adresse des agences d'intérim comme des EU : développer un « dialogue constructif » entre les trois acteur-rices, adopter pour les intérimaires les mêmes règles que pour les salarié-es en contrat à durée indéterminée, etc. Simple recommandation, le texte n'a aucun effet contraignant. Toutefois, adopté à l'unanimité au niveau le plus élevé de l'organisme paritaire, il a légitimé un engagement fort des Caisses régionales d'assurance maladie (Cram, aujourd'hui Carsat) dans un Plan national d'action concertée⁹. Pendant trois ans (2009-2011), de nombreux et nombreuses agent-es de prévention des Carsat sont intervenu-es dans des ETT et dans des EU¹⁰ pour réaliser des diagnostics sur leurs politiques de prévention et leurs pratiques d'accueil des intérimaires, de formation, de fourniture et de port d'équipements de protection individuelle. 2 168 diagnostics ont été établis dans plus de 30 % des agences d'emploi, 4 336 dossiers d'accident du travail analysés et 2 423 diagnostics effectués dans les EU. À l'issue de cette enquête massive, des fiches techniques ont été élaborées et déployées. Elles concernent principalement les informations à échanger de manière formalisée entre l'ETT et l'EU, l'accueil de l'intérimaire dans l'EU. Un guide pour recueillir les caractéristiques des postes de travail destiné aux agences d'intérim est également proposé. L'implication commune des EU et des agences d'emploi en constitue le fil directeur.

À la suite de ces initiatives, la branche a choisi d'intégrer les préconisations des Carsat. S'appuyant sur le premier accord de 2002, dont les engagements ont permis, selon le préambule du nouvel accord, la « baisse de 20 points du taux de fréquence

9. Piloté par la Cram Bourgogne-Franche-Comté, ce Plan a impliqué les services prévention d'une grande partie des caisses régionales.

10. L'objectif était d'intervenir dans la moitié des ETT et 20 % des EU.

des AT/MP »¹¹, l'accord de branche de 2017¹² donne ainsi une place importante à un référentiel de compétences des salariés permanents des agences accompagnant la délégation des intérimaires en entreprise. Les régulations de la branche ont ainsi tendance à renforcer la formalisation des procédures de détachement mises en place dans les agences plus qu'à impliquer les EU dans l'accueil des intérimaires.

Une coresponsabilité insuffisamment assumée

Toutefois, le maintien d'une fréquence élevée d'accidents du travail, voire son augmentation ces dernières années (cf. *supra*), révèle la portée limitée de ces initiatives et, plus largement, l'incapacité de la branche à engager seule des démarches efficaces de réduction de ces accidents. Les acteur·rices de la branche pointent depuis longtemps les pratiques des EU et souhaiteraient que la responsabilité de celles-ci soit davantage affirmée. L'idée d'une coresponsabilité est ainsi mise en avant dans l'accord de branche de 2017, notion reprise en 2020 dans un arrêt de la Cour de cassation concernant Manpower¹³.

Cette façon de poser le problème de la santé-sécurité des intérimaires a été formulée une première fois au tournant des années 1990, mais de façon très mesurée. Dans un contexte de stabilisation et de normalisation de l'intérim, la loi du 12 juillet 1990¹⁴ introduit une quote-part, attribuée aux EU, relative au coût des accidents, mécanisme qui esquisse de fait la coresponsabilité de l'EU et de l'ETT. Le coût des incapacités permanentes en cas de rente supérieure ou égale à 10 % ainsi que le coût des décès sont répartis de la manière suivante : deux tiers incombent à l'ETT et un tiers à l'EU¹⁵. Autrement dit, seul le coût des accidents les plus graves est imputé partiellement à l'EU. Cela correspond à 801 accidents du travail sur les 53 202 qu'ont subis les intérimaires en 2019. Cette répartition des coûts est renforcée par la mention de l'EU, prévue depuis 2012, dans le document de déclaration des accidents du travail¹⁶. Cependant, cet encadré n'est encore aujourd'hui rempli que dans 40 % des déclarations¹⁷.

11. D'après l'accord de 2017, « le taux de fréquence (des accidents du travail) est passé de 53,67 en 2002 à 34,5 en 2015 ».

12. Accord du 3 mars 2017 relatif à la santé et à la sécurité au travail, https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000034898346/, consulté le 2 avril 2024.

13. Cour de cassation - Chambre sociale, Arrêt Manpower n° 245 du 26 février 2020 (18-22.556). La même chambre sociale affirmait déjà dans un arrêt du 30 novembre 2010 : « L'ETT et l'EU sont responsables solidairement pour la prévention et la sécurité des travailleurs temporaires. » Dans l'intérim comme dans la sous-traitance, des acteurs participent conjointement à la relation commerciale dissymétrique. Chacun est responsable du respect de ses propres obligations mais impliqué en cas de non-respect par l'autre acteur de ses obligations (BARNIER, 2021).

14. Loi n° 90-613 du 12 juillet 1990 favorisant la stabilité de l'emploi par l'adaptation du régime des contrats précaires.

15. En cas de faute inexcusable de l'employeur, l'ETT est tenue de se retourner vers l'EU pour la prise en charge de sa part de responsabilité le cas échéant.

16. Le formulaire Cerfa Cnam-TS 60-3741 invite l'entreprise utilisatrice déclarant l'accident du travail à noter le numéro Siret (Système d'identification du répertoire des établissements) de l'établissement où a eu lieu l'accident.

17. Source : entretien anonymisé, Cnam-TS.

Les ETT contestent cette répartition inégale du coût des accidents, comme l'explique une dirigeante de Randstad devant une commission parlementaire : « Statistiquement, 99 % des sinistres sont en effet payés intégralement et uniquement par les entreprises de travail temporaire¹⁸. » En appui de sa propre contestation, l'organisation patronale Prism'Emploi met en avant la sinistralité des « secteurs utilisateurs ». De nouvelles formalisations statistiques de l'accidentalité dans l'intérim sont proposées. À partir des données d'une dizaine d'ETT (dont les « majors »), représentant 60 à 70 % des salarié·es de la branche, cette dernière identifie trois secteurs utilisateurs dans lesquels se concentre un tiers des accidents : l'entreposage (11,9 %), les industries alimentaires (10,7 %) et les travaux de construction spécialisés (10,6 %). Le secteur de la logistique ressort avec une fréquence d'accidents élevée, même si la gravité est relativement faible, résultat invisibilisé quand on ne retient que les accidents graves.

Derrière cette formalisation statistique alternative proposée par l'organisation représentant les ETT, ce sont des enjeux tant financiers que légaux, voire moraux, qui sont visés. Ces fortes différences de la sinistralité intérimaire entre secteurs d'activité impliquent de considérer l'intérim non pas comme un secteur professionnel en tant que tel, mais comme le pourvoyeur de main-d'œuvre pour différents secteurs professionnels, et notamment ceux qui engendrent une forte accidentalité. Alors que les mécanismes assurantiels conduisent à une attribution artificielle de ces accidents à la branche de l'intérim, la sur-accidentalité des intérimaires serait ainsi le reflet de leur affectation dans les secteurs les plus dangereux, responsables alors d'une « externalisation des risques ». Philippe Biélec, ingénieur-conseil à la Cnam-TS, affirmait ainsi en 2009 :

« Comparer la moyenne des intérimaires à la moyenne de toutes les branches d'activité confondues ne correspond à rien de concret. Pour être plus proche de la réalité, l'accidentologie doit être comparée par branche d'activité : intérimaires du BTP avec salariés du BTP, intérimaires de la logistique avec salariés de la logistique, etc. Or, c'est très peu fait¹⁹. »

Les données produites par la Cnam-TS ont pu démontrer la sur-accidentalité des intérimaires. Mais plusieurs acteurs, comme la branche de l'intérim ou les Carsat, interrogent la pertinence d'une approche qui ne précise pas les contextes de ces accidents du travail : l'intérim ne constitue pas un métier. La déclaration de l'accident du travail auprès des organismes de sécurité sociale, relevant de l'employeur légal sur la base des informations fournies par l'entreprise accueillante, est effectuée indépendamment de l'organisation du travail à l'origine de l'accident et des responsabilités directes impliquées dans celui-ci. L'opacité ainsi instituée sur le contexte de l'accident est constitutive de l'intérim. Les données incomplètes participent à la difficulté à intervenir en matière de prévention des risques dans les EU, entretenant des « situations troublées » tant pour les services de santé au travail que pour les préventeur·rices des ETT.

18. Assemblée nationale, Compte rendu de la Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, 5 avril 2018, séance de 13 heures, Compte rendu n° 8, Audition des entreprises d'intérim, F. Ducom, Randstad, p. 10.

19. *Travail et sécurité*, n° 698, septembre 2009, p. 16.

Un suivi médical des intérimaires à distance des situations de travail

La prévention s'organise en France au niveau de l'entreprise : les médecins et les infirmier·ères des services inter-entreprises de santé au travail (SIST)²⁰ y participent en suivant un « effectif » d'entreprises à la fois au niveau individuel, à travers les visites d'embauche et le suivi périodique de l'état de santé de leurs salarié·es²¹, et au niveau collectif, avec les « actions en milieu de travail ». Celles-ci peuvent être mises en place avec l'appui d'intervenant·es en prévention des risques professionnels. Les médecins développent aussi des relations avec les directions, auprès desquelles iels ont un rôle de conseil, et participent quand iels le peuvent aux réunions avec les représentant·es du personnel qui traitent des questions de santé, sécurité et conditions de travail. Dans le cas de l'intérim, ce large répertoire d'actions se réduit le plus souvent aux visites d'embauche. La relation d'emploi triangulaire et les difficultés d'accès aux entreprises utilisatrices placent les médecins dans une « situation troublée » où leur travail de prévention se trouve largement empêché.

Les lacunes du suivi médical des salarié·es intérimaires

Les ETT sollicitent les services de santé au travail pour des visites d'information et de prévention (VIP) plus souvent que les entreprises classiques. Ces visites ont avant tout une fonction réglementaire : elles permettent la mise au travail, car les ETT ont la responsabilité de fournir des certificats de visite pour chaque intérimaire, que les EU pourront montrer à l'inspection du travail en cas de contrôle. Certes, la loi permet désormais de ne pas renouveler cette visite à chaque nouvelle mission²², et elle peut être effectuée par une infirmière. Cependant, cette réglementation n'est pas toujours connue des EU, et le fait de pouvoir présenter un certificat de visite *ad hoc* est un argument commercial que les ETT avancent dans un contexte de concurrence entre les entreprises du secteur. De plus, en vue de la visite, les ETT peuvent indiquer trois emplois pour lesquels l'intérimaire pourra être sollicité·e. Dans une relative incertitude sur les missions qu'elles proposeront aux intérimaires, elles ont tendance à indiquer des emplois nécessitant un « suivi individuel renforcé » (c'est-à-dire des emplois dont

20. Depuis une loi d'août 2021, ces services s'appellent « services de prévention et de santé au travail ». Nous choisissons de conserver la dénomination en cours au moment de l'enquête. Certaines entreprises emploient directement des médecins (on parle alors de « service autonome »), mais la grande majorité des médecins du travail exerce en SIST. Une agence d'emploi intérimaire, comme toute entreprise, doit adhérer à un SIST, qui aura alors la charge de suivre ses salarié·es permanent·es et d'organiser des visites pour ses intérimaires.

21. Avant 2016, la loi prévoyait pour chaque contrat de travail une visite médicale d'embauche, puis un suivi périodique de plus en plus espacé et de plus en plus souvent confié à un personnel infirmier. Depuis la loi El Khomri d'août 2016, la visite d'embauche peut aussi être déléguée : elle se mue en une « visite d'information et de prévention » (VIP), ce qui signifie principalement qu'elle peut être effectuée par un personnel infirmier.

22. La validité d'une VIP est de deux ans à condition que l'emploi soit identique, que les risques soient jugés équivalents, que le dernier certificat ou avis d'aptitude soit en possession de l'équipe de santé au travail et que le salarié n'ait pas eu de restrictions d'aptitude depuis.

on estime qu'ils exposent le ou la salarié·e à davantage de risques); la visite doit alors non seulement être effectuée par un·e médecin, mais aussi respecter des délais plus contraints, car l'intérimaire devra être vu·e avant le début de la mission et non plus sous trois mois. Dans la logistique, les ETT indiquent par exemple quasi systématiquement « cariste » en plus de « manutentionnaire ».

Ainsi, le nombre de demandes de créneaux de la part des ETT et la pression pour qu'elles aient lieu rapidement compliquent l'organisation des visites d'intérimaires pour les directions de services de santé au travail. Ces dernières ont un intérêt financier certain à les organiser, car elles sont facturées individuellement (entre 80 et 100 euros chacune), au contraire des visites classiques qui entrent dans le coût forfaitaire de l'adhésion des entreprises. Afin de flexibiliser la prise de rendez-vous, les demandes de VIP font l'objet de créneaux dans les agendas de l'ensemble des médecins d'un service. Ces visites viennent parfois même s'intercaler entre deux rendez-vous, ce qui permet de profiter d'une annulation :

« On les prend en plus. Si on ne les voit pas tous, tant pis... On bourre là où il y a de la place par exemple, les désistements ou bien, si un CHSCT est annulé, on fait une vacation "intérim". »

(Médecin du travail, SIST Pays de la Loire, entretien collectif)

Malgré l'intérêt financier qu'auraient les services à effectuer le maximum de visites, ces dernières sont loin d'avoir toutes lieu dans les temps exigés. Une campagne de contrôle menée sur le sujet en 2018 par différentes Direccte aboutit à ce constat :

« Bien que les entreprises de travail temporaire aient pu souvent attester du suivi médical des salariés, un tiers néanmoins des entreprises ne respectent pas les spécifications relatives au suivi individuel renforcé alors que les missions s'effectuent sur des postes à risque. En contrepartie, environ une entreprise utilisatrice sur trois déclare ne pas avoir reçu de l'entreprise de travail temporaire l'attestation de suivi individuel ou l'avis médical d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail des salariés en mission²³. »

Le suivi de santé des intérimaires fait donc parfois tout bonnement défaut. Même quand il est assuré, le rapport médical ne se développe pas sur les mêmes bases qu'avec des salarié·es en contrat classique et ce, pour plusieurs raisons. D'une part, d'après les médecins rencontrés, la précarité d'emploi des intérimaires les pousse à se montrer particulièrement soucieux·ses d'apparaître en bonne santé afin de s'assurer que les ETT continuent à leur proposer des missions :

« En général, les intérimaires, ceux qui viennent nous voir, c'est des gens qui veulent bosser, parfois au détriment de leur santé. C'est pas des gens qui arrivent en disant

23. Ministère du Travail (sans date), *Santé et sécurité des salariés intérimaires et des intérimaires en détachement. « Garantir la santé et la sécurité des intérimaires »*. Campagne européenne du Comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT) 2017-2019, *Rapport national des contrôles des entreprises de travail temporaire et des entreprises utilisatrices*, Commission européenne, Ministère du Travail, p. 48.

“j’ai ci, j’ai ça, je veux pas faire ci, je veux pas faire ça”. C’est exactement l’inverse. C’est “j’ai ci, j’ai ça mais surtout, ne mettez pas de restrictions”. »

(Médecin du travail, SIST Pays de la Loire, entretien individuel)

En théorie, les médecins du travail ont la possibilité d’utiliser des restrictions (ou, en dernier recours, l’inaptitude) pour protéger les salarié·es d’atteintes à leur santé. Cependant, ces dispositifs sont identifiés comme pouvant les reléguer aux marges du marché de l’emploi (OMNÈS, BRUNO, 2004) : la précarité d’emploi des intérimaires les rend donc difficiles à mettre en œuvre.

Lors des visites elles-mêmes, les médecins disposent de peu de marges de manœuvre. Même le rôle pédagogique qu’iels conservent est lui aussi très souvent « troublé » par la relation d’emploi triangulaire. En effet, pour sensibiliser les intérimaires aux risques qui les attendent en poste, encore faut-il qu’iels aient accès à des informations sur ce poste. En principe, certains éléments sont obligatoirement renseignés par les ETT lors de la demande de visite, mais, dans les faits, la communication est insuffisante :

« J’avais pas du tout d’indications de postes. [...] Un jour j’ai vu arriver quelqu’un, c’était marqué “employé” ; alors j’ai appelé l’agence, j’ai dit : “Qu’est-ce qu’il fait ?” “Ah bon ? Je pensais que vous n’aviez pas besoin de savoir.” C’était une sous-médecine pour des sous-employés, donc on ne prenait même pas la peine de communiquer un minimum. »

(Médecin du travail, SIST Normandie, entretien collectif)

D’après cet extrait d’entretien, les employé·es des ETT cantonnent la visite médicale à un rôle de sélection : il s’agit uniquement de s’assurer de la santé de l’intérimaire pour pouvoir la·le mettre au travail, et non d’évaluer les risques, ce qui nécessiterait des informations sur les activités professionnelles qu’iel va accomplir et le contexte dans lequel elles s’inscrivent²⁴. Or les médecins ne disposent que rarement des éléments de contexte nécessaires à un questionnement ciblé et pertinent de l’intérimaire. Parfois, iels peuvent glaner des informations sur la fiche d’entreprise²⁵ ou s’appuyer sur des souvenirs d’entreprises utilisatrices qui ont été dans leur effectif par le passé²⁶. Cependant, la plupart du temps, dans leur démarche pédagogique, iels s’appuient davantage sur leurs connaissances générales d’un secteur et de ses risques identifiés que sur des éléments précis (produits ou machines utilisés, par exemple).

24. Dans le SIST en question, le médecin inspecteur, en accord avec la direction, a permis la mise en place d’une organisation plus favorable à la surveillance des intérimaires, ce qui explique que ce médecin s’exprime au passé. Comme cela se fait aussi dans d’autres SIST, l’obtention de visites pour des intérimaires est désormais conditionnée à la transmission de fiches d’informations sur l’entreprise et le poste.

25. La fiche d’entreprise de l’EU n’est cependant consultable par le médecin que si l’entreprise utilisatrice est suivie par un médecin de son service.

26. Dans certains services, des médecins expérimentés (souvent en retraite) sont affectés aux visites intérimaires : ils bénéficient alors d’une connaissance précieuse des entreprises du bassin d’emploi.

Quand iels souhaitent mettre en œuvre une action en milieu de travail pour identifier et recenser les risques en vue de les prévenir, les médecins se heurtent à de nombreux obstacles. Ainsi, pour avoir accès à une entreprise utilisatrice, il faut passer par la·le médecin de celle-ci, qui n'est pas forcément salarié·e du même SIST, ni disposé·e à s'intéresser aux problématiques des intérimaires, encore moins à introduire un·e autre médecin dans l'entreprise qu'iel suit. Ces collaborations sont d'autant plus aléatoires que la charge de travail des médecins leur laisse à peine le temps de s'occuper de leur effectif : les médecins du travail sont de moins en moins nombreux·ses, et les équipes de santé au travail peinent globalement à assurer l'ensemble de leurs missions (MARICHALAR, 2014 ; BARLET, 2019 ; HORN, dans ce numéro).

Par ailleurs, les directions de SIST considèrent souvent que le suivi de la santé des intérimaires se limite aux visites et ne prévoient pas de temps pour l'action en milieu de travail :

« Dans l'intérim, chaque salarié, c'est de l'argent qui rentre. Quand j'ai commencé, le directeur m'a dit : "Il n'y a pas d'action en milieu de travail pour les intérimaires." J'avais l'impression d'être une tamponneuse et de ne pas avoir de marge de manœuvre. »
(Médecin du travail, SIST Hauts-de-France, entretien individuel)

Ainsi, la mise en œuvre d'une démarche de prévention en milieu de travail ciblant les intérimaires n'est ni aisée, ni encouragée par les services de santé au travail. Plusieurs travaux soulignent le rôle ambivalent de ces services dans la sélection des travailleur·ses (BUZZI *et al.*, 2006). Cette fonction médicale restreinte ressort de façon très nette dans le cas de l'intérim : il s'agit de se prononcer davantage sur l'individu et ses capacités physiques (et mentales) que sur la situation de travail, dont les médecins connaissent souvent peu de choses et à laquelle iels n'ont pas accès.

Une faible participation des entreprises utilisatrices au suivi médical des intérimaires

Face à une telle « situation troublée » et aux lacunes du suivi, différent·es acteur·rices expriment une insatisfaction qui est à l'origine d'initiatives locales, incluant très souvent l'inspection médicale du travail. La·le médecin inspecteur·rice régional·e du travail (MIRT) a en effet pour rôle de vérifier que les SIST ont les moyens d'assurer leurs missions de prévention. La délivrance d'agrément·s y est conditionnée, et c'est là son principal levier d'action vis-à-vis des services, mais le MIRT peut aussi intervenir en amont en se positionnant en support.

Selon la manière dont les acteur·rices formulent le problème (relève-t-il avant tout des difficultés d'assister les employeurs dans leur objectif de mise en conformité avec la loi, dans un contexte de forte tension quantitative sur les visites ? Ou bien tient-il à la difficulté de mener un travail de prévention susceptible de mieux protéger les intérimaires des risques professionnels ?), les initiatives engagées s'inscrivent dans une configuration différente : certaines se contentent d'améliorer la communication

entre le SIST et ses clientes, les ETT ; d'autres tentent d'inclure les services de santé au travail des EU, mais peinent à impliquer d'autres responsables de ces entreprises.

Du point de vue de l'inspection médicale du travail et des directions de SIST, la lacune la plus visible est d'ordre quantitatif : les SIST ne parviennent pas à effectuer l'intégralité des visites qui leur sont demandées. C'est d'abord cet échec qui déclenche des initiatives : il s'agit pour les SIST de s'organiser différemment afin que les intérimaires puissent tous·tes bénéficier des visites nécessaires en temps et en heure. Une réponse consiste à rationaliser le recours aux SIST, en tentant de supprimer les visites redondantes ou inutiles. Les initiatives locales visent ainsi parfois la mise en place de « plateformes » ou de « portails » qui centralisent en ligne les certificats de visites (anciennement, les avis d'aptitude). L'ETT y trouverait, pour chaque intérimaire, des informations sur la date de sa dernière visite, et donc sur sa validité pour la mission envisagée (elles sont valables deux ans pour les trois emplois mentionnés), et éviterait donc d'encombrer inutilement les SIST de demandes redondantes. Ces portails, qui répondent d'ailleurs à une obligation légale depuis 1991, ont cependant des limites : pour que les informations partagées soient pertinentes et exploitables, tous les services d'un même territoire doivent les renseigner sous le même format. De plus, ces initiatives locales ne peuvent tenir compte de la mobilité des intérimaires et des visites effectuées dans d'autres départements.

Qu'elles incluent ou non un tel effort de rationalisation des échanges entre ETT et SIST, les initiatives locales étudiées reposent par ailleurs sur diverses stratégies pour responsabiliser les EU. La plus ancienne que nous ayons identifiée a été lancée en Seine-et-Marne en 2005 par des médecins de différents SIST ; s'y sont associés en 2006 la Direccte ainsi que des responsables d'ETT, l'initiative prenant alors le nom « Intérim 77 ». Ce groupe, qui s'est élargi encore à de nouveaux·elles acteur·rices par la suite, a fonctionné pendant une dizaine d'années²⁷. Constatant que les ETT adhérentes ont des difficultés à imposer des protocoles à leurs clientes (fiches de liaison correctement remplies, informations suffisantes sur le poste et ses risques), qui ne leur permettent pas à leur tour de fournir les informations requises aux SIST, le groupe Intérim 77 a organisé des visites d'entreprises utilisatrices, des études de poste ou encore la construction de « fiches de liaison » entre médecins des ETT et médecins des EU, qui ont fait l'objet d'une expérimentation dans la logistique. En Normandie, en 2007, un groupe se forme au sein du SIST à la suite de la menace formulée par la MIRT de retirer l'agrément s'il ne déployait pas un meilleur suivi des intérimaires. Une équipe pluridisciplinaire dédiée se constitue, et un partenariat avec le Fonds d'action sociale du travail temporaire (FASTT²⁸) s'établit progressivement. Grâce à ce partenariat et à une nouvelle organisation qui a permis de dégager du temps et du personnel dédié, le SIST a mis en place des actions en milieu de travail dans les plus grosses entreprises utilisatrices du territoire, afin de développer une connaissance des postes et des risques.

27. Les documents que nous avons recueillis auprès de la principale animatrice de ce groupe s'arrêtent en 2014.

28. Le FASTT est un organisme paritaire financé par les cotisations des ETT ayant pour objectif de faciliter « la vie et l'emploi » des salarié·es intérimaires et qui intervient notamment dans les domaines du logement, de la santé et de la mobilité.

L'implication des EU dans ces initiatives n'a rien de spontané. Les EU n'ont ainsi pas pris part aux actions du groupe « Intérim 77 » malgré les invitations régulières, contribuant à l'essoufflement observé à partir de 2011 : les représentants des ETT se font moins présents ; les visites d'entreprises s'arrêtent l'année suivante ; il ne reste de l'action engagée qu'une plateforme en ligne telle que décrite ci-dessus. La participation de l'inspection du travail n'est d'ailleurs pas suffisante pour assurer cette implication, comme le suggère une autre action, développée dans l'ouest de la France. À la suite d'un procès-verbal adressé à l'une des plus grandes entreprises utilisatrices du bassin d'emploi par un inspecteur du travail ayant constaté l'absence de visites médicales pour les intérimaires et ayant estimé qu'au vu de l'exposition des salarié-es à d'importants risques chimiques, l'EU pouvait être tenue responsable de ce défaut de suivi²⁹, un groupe se constitue en 2018. Ce groupe animé par la MIRT rassemble les médecins du seul service inter-entreprises local et des principaux services autonomes des grandes entreprises utilisatrices du territoire. La discussion prend la forme d'échanges de pratiques, qui sont notamment l'occasion de vérifier que les intérimaires bénéficient du même suivi que les permanent-es. Certes, les médecins des entreprises utilisatrices participent au groupe de travail, mais ces entreprises persistent à refuser d'assurer elles-mêmes le suivi médical des intérimaires qu'elles emploient, ce qui demeure une simple possibilité en droit.

Les tentatives de responsabilisation des EU peuvent alors prendre des chemins détournés, celui de l'enquête et de la production de connaissances notamment. Les études de postes et les visites d'entreprises du groupe « Intérim 77 » (cf. *supra*) relèvent de ce type de démarches. Une initiative récente, engagée dans l'est de la France, s'y apparente également. Début 2018, un groupe est formé par la MIRT en réponse à une demande formulée par des directeurs de huit services inter-entreprises ; il inclut très rapidement des représentantes de Prism'Emploi. Après l'identification de treize points de dysfonctionnements, au cours d'un dialogue qualifié de « difficile » par l'animatrice du groupe, deux initiatives sont discutées puis expérimentées afin de mieux organiser les visites médicales : un document de liaison entre services de santé au travail et ETT appelé « formulaire de demande de visite », et surtout une « charte de bonnes pratiques », ardemment négociée et finalisée fin 2019, dans laquelle chacune des deux parties prend des engagements pour assurer « une meilleure gestion du suivi de santé des salariés intérimaires pour le recentrer sur l'aspect préventif de la santé au travail ». En parallèle, un autre groupe de travail se constitue dans le cadre du Plan régional de santé au travail ; il est composé de représentant-es de services de santé au travail, d'ETT, de la Direccte et du FASTT. Il lance en 2019 une enquête par questionnaire auprès d'entreprises utilisatrices pour les interroger sur leurs contacts avec les ETT en amont du recrutement, les pratiques d'accueil des intérimaires, les postes à risques ainsi que sur les équipements de protection collective et individuelle. Si les EU sont la cible des initiatives prises, elles n'ont pas pris part à leur élaboration.

29. L'article R4625-9 du Code du travail impose à l'entreprise utilisatrice de vérifier et sinon de se substituer à l'ETT pour le suivi individuel renforcé.

Elles sont restées extérieures au groupe qui a rédigé la charte de bonnes pratiques. Par ailleurs, les grandes entreprises étant considérées comme « trop écrasantes », la démarche d'enquête s'attache à impliquer des « petites » entreprises utilisatrices sur des territoires économiques précis. La responsabilisation des EU reste donc minime.

Ces différentes initiatives reposent non seulement sur une impulsion publique forte, bien que locale, mais aussi sur des relais à un niveau plus opérationnel. Or, pour ces relais que sont les médecins des SIST, redéfinir et accepter comme une priorité le cas particulier du suivi de la santé des intérimaires ne va pas de soi dans un contexte où leur charge de travail ainsi que celle des équipes pluridisciplinaires des SIST, très lourde, est surtout concentrée ailleurs. Ces initiatives restent donc aujourd'hui marginales ou ponctuelles, et le suivi médical principalement motivé par la nécessité d'éponger les nombreuses demandes de VIP émanant des ETT.

Les préventeur·rices des entreprises de travail temporaire face aux contraintes commerciales de leurs établissements

Au-delà des limites des dispositifs existants, le décalage entre les objectifs de protection de la santé au travail des intérimaires et les moyens qui y sont alloués tient à l'asymétrie des positions des protagonistes de la relation d'emploi triangulaire (MASCOVA, 2009 ; BELKACEM, MONTCHARMONT, 2012). La relation qui se tisse entre les ETT et les entreprises utilisatrices est en effet structurée par la signature et la reconduction des contrats commerciaux qui compliquent la prise de parole. Cela ne signifie pas que les enjeux de sécurité sont étrangers à ces sociétés. Toutefois, la situation demeure « troublée » compte tenu du manque de cumulativité des connaissances produites et du faible écho que les démarches de prévention trouvent au sein même des ETT et au-delà.

Les initiatives nées au niveau de la branche en matière de santé-sécurité au travail (voir *supra*) deviennent opérationnelles dans les ETT sous la forme d'outils de surveillance et de gestion des risques, autrement dit des dispositifs de pilotage qui enregistrent les événements regrettables pour chercher à en minimiser la survenue, à la manière des procédures qualité. Ces dispositifs, que l'on retrouve avant tout dans les grandes enseignes du secteur, relèvent principalement d'actions de contrôle des non-conformités des pratiques des agences locales par rapport au prescrit réglementaire, renforçant ainsi le phénomène de formalisation. Ainsi traduites dans les faits, les obligations légales et les normes conventionnelles en matière de santé au travail font l'objet d'appropriations variées par les acteur·rices chargées de leur application. Les politiques de prévention existent donc bel et bien au sein des ETT, mais celles-ci tiennent compte des intérêts commerciaux de l'encadrement managérial, voire les sanctuarisent.

La contrainte commerciale apparaît même constitutive de l'activité des acteur·rices de la prévention, qu'il s'agisse des services de prévention internes des ETT ou des instances représentatives du personnel. Leurs difficultés à donner corps aux questions de santé-sécurité et leur positionnement reflètent la place périphérique accordée aux enjeux de prévention dans l'activité de délégation de main-d'œuvre, subordonnée aux enjeux commerciaux.

La focalisation des actions de prévention sur les enjeux de *compliance* juridique

Sous la pression d'un environnement de plus en plus concurrentiel, les enseignes optimisent le temps de travail que leurs salarié·es en agence passent au contact des intérimaires. Les salarié·es permanent·es des agences se trouvent de plus en plus souvent regroupé·es au sein de « plateaux de relations clients »³⁰ et ne reçoivent plus que sur rendez-vous. Avec le développement des plateformes digitales dédiées, la gestion RH des salarié·es intérimaires est quasi exclusivement réalisée à distance grâce à des procédures dématérialisées (transmission des documents, contrats, décompte d'heures, etc.). Les salarié·es intérimaires ont donc de moins en moins de contacts directs avec leurs conseiller·ères : même les propositions de missions se font par SMS. Ces évolutions affectent directement les conditions de délégation des intérimaires. Elles fragilisent l'engagement pris par le siège des enseignes en matière de formation des conseiller·ères sur la prévention des risques des intérimaires délégué·es et compliquent le travail des acteur·rices de la prévention.

Cela ne signifie pas pour autant que la gestion des risques en matière de santé au travail soit absente de l'organisation de l'activité des agences. Le respect par les ETT de leurs obligations légales est même devenu un critère de distinction et de développement pour les majors du secteur, dans la mesure où les entreprises utilisatrices reportent sur leurs fournisseurs de main-d'œuvre une partie des exigences qui leur incombent en matière de responsabilité sociale et environnementale (LAPOIRE, 2011). La poursuite de leurs relations commerciales y est dorénavant conditionnée :

« Aujourd'hui, ne pas travailler sur ces sujets-là pour un major de la profession, c'est impensable. On est tous positionné sur des marchés de grands comptes qui nous attendent au tournant sur ces sujets. On ne peut pas développer nos parts de marché si on n'arrive pas à montrer notre sérieux sur le sujet de la prévention et de la sécurité pour les intérimaires. »

(Préventeur ETT)

Les ETT doivent attester de la rigueur de leurs procédures de prévention des risques, notamment en matière de sensibilisation des intérimaires et de sécurisation du processus de délégation, et s'assurer de leur respect sur le terrain. Ces processus d'intermédiation et de professionnalisation croissante de la gestion des risques afférents à la

30. En agence, ces professionnel·les se concentrent dans six métiers : chargé·e de recrutement, commercial·e, consultant·e, responsable d'agence, chargé·e d'accueil, chargé·e de gestion.

SST se sont accompagnés de l'émergence d'une nouvelle fonction chargée de traduire les obligations légales en procédures internes et de s'assurer de leur déploiement et de leur application opérationnelle (DRAIS, PÉLISSE, 2017). Il s'agit de « préventeur·rices³¹ » ou responsables sécurité, recruté·es en raison tantôt de leurs diplômes spécialisés, tantôt de leur expérience opérationnelle, ou tout simplement parce qu'ils ont une appétence pour les questions de santé et sécurité au travail. Symptôme de la légitimité nouvelle de cette attention accordée à la sécurité, l'émergence de telles fonctions n'a pas pour autant d'influence directe. Chargé·es de la gestion des enjeux sanitaires dans leurs entreprises, iels rendent les obligations légales compatibles avec les stratégies managériales (KUBIAK, 2016) pour incorporer la dimension juridique de la sécurité aux pratiques des agences.

Œuvrant au quotidien au siège des enseignes ou à un échelon régional, les préventeur·rices tâchent de construire leur légitimité au sein de l'organisation en se rendant utiles vis-à-vis du réseau des agences. Iels proposent un « accompagnement » qui se déploie selon un répertoire d'actions très diversifiées : élaboration et déploiement opérationnel des outils de prévention, formation des salarié·es permanent·es sur des questions SST, pilotage de la politique de prévention, conduite des enquêtes ou des audits internes, ou encore analyse des accidents et instruction de leurs conséquences sur le terrain en vue de la sécurisation des échanges avec les acteur·rices externes :

« Notre champ, c'est accompagner les agences quand il y a des accidents graves, voire des accidents mortels. Elles ne sont pas préparées à ce genre de situations. »

(Coordinateur ETT)

La formalisation des politiques de prévention passe par la promotion d'outils de traçabilité (consistant en une série d'actes effectués au moment de la délégation) pour couvrir la responsabilité de l'ETT en cas d'accident.

« C'est un programme défini et validé, qui permet, sur une journée, de mettre en pratique toutes les tâches qui vont permettre, lors d'une nouvelle commande d'un détachement d'un salarié intérimaire, de récupérer l'ensemble des informations nécessaires en termes de prévention sécurité, et ensuite d'élaborer toutes les actions juridiques et légales, qui nous permettent en fait de détacher un intérimaire en sécurité. »

(Préventrice ETT)

Tout comme dans le cas des préventeur·rices décrit·es par Jérôme PÉLISSE (2017), leur rôle ne consiste pas à « faire la police » auprès des agences pour le compte du siège. D'ailleurs, iels ne disposent d'aucun pouvoir de sanction. Les résultats de leurs interventions dépendent de leur capacité de persuasion. Leur discours promeut la prévention

31. Nos tentatives pour nous entretenir avec des opérationnel·les des agences ont échoué. Seules les personnes chargées de la prévention se sont montrées ouvertes et accessibles pour discuter les politiques de prévention de leurs entreprises ainsi que de leurs limites. Elles acceptent d'ouvrir la porte à la critique sans doute en grande partie en raison des difficultés qu'elles rencontrent au quotidien pour imposer un agenda qui leur serait propre.

comme moyen privilégié de sécurisation de l'activité de délégation des intérimaires. Iels ne se privent pas de mobiliser également l'argument financier dans la mesure où certaines enseignes reportent le coût des AT/MP directement sur la comptabilité de l'agence de l'accidenté·e (FRETTEL *et al.*, 2016). Dans l'activité ordinaire d'une agence, non seulement les objectifs économiques priment sur ceux de la sécurité, mais surtout les opérationnelles des agences les perçoivent comme antinomiques.

« Le business, c'est quand même la base, pour parler de prévention. Si on n'a plus de détachements d'intérimaires, on fera de la prévention nulle part. Donc il y a toujours ces enjeux commerciaux qui sont quand même prépondérants, surtout dans une activité aussi concurrentielle. »

(Préventeur ETT)

Face à la primauté des objectifs commerciaux des agences, les certitudes des préventeur·rices se troublent et iels peuvent douter de la capacité de leur entreprise à tenir ses promesses en matière de prévention des risques.

« Il faut être extrêmement endurant sur nos métiers. Souvent, on a les idées. On tire souvent les bonnes sonnettes d'alarme, les bons leviers. Par contre, on n'a pas la main dans la mise en œuvre de nos plans d'action. Ils sont toujours dépendants d'interlocuteurs autres qui ont vraiment les coudées franches. »

(Préventeur ETT)

La majorité des préventeur·rices rencontrés·es perçoivent leur mission comme largement subordonnée aux arbitrages commerciaux et financiers des agences.

« On ne perd jamais l'intérêt commercial de la société, et c'est pour ça qu'on est très vigilant à la relation tripartite et à ménager les intérêts de chacun. »

(Préventrice ETT)

Aussi, l'effectivité des actions d'évaluation et de prévention des risques par les entreprises utilisatrices, notamment la mise à jour des postes à risque, ne fait que rarement l'objet de contrôles par les ETT, afin de préserver leurs relations commerciales. Dès lors, malgré leur engagement professionnel, les préventeur·rices des ETT se retrouvent en « situation troublée ». Iels manquent en effet d'influence à la fois pour parvenir à collecter les informations nécessaires et pour infléchir les pratiques, et peinent à enrôler les managers d'agence dans l'animation de ces sujets. En cela, la démarche de prévention apparaît largement inachevée.

Des actions de prévention limitées par la place qui leur est concédée dans les organisations

Bien que marquées par un certain mimétisme, les politiques de prévention des majors du secteur ne se traduisent pas forcément par les mêmes choix organisationnels. L'évolution de leurs rattachements fonctionnels suit l'historique de

l'institutionnalisation de ces sujets au fil des changements de stratégies d'entreprise, ce qui est parfois source de confusion.

« Le département prévention sécurité a été rattaché à la direction des services clients et services intérimaires. Initialement, nous étions rattachés à la direction formation... Il est apparu, en termes de stratégie, important d'associer la partie clients à la partie intérimaires, puisqu'ils travaillent en pôle, les salariés intérimaires. On est en relation de proximité avec les clients. »

(Préventrice ETT)

Lorsque la prévention entre dans le périmètre du service juridique, c'est surtout la conformité légale et la sécurisation de l'activité des opérationnel-les des agences qui semblent être recherchées. Ces choix d'organisation jouent également en matière d'emprise territoriale à travers les « méta-régions », qui représentent généralement un quart du territoire national. Le maillage géographique retenu par les ETT pour déployer leur activité, y compris leurs politiques de prévention, minore alors directement l'efficacité de ces dernières. De telles modalités d'organisation de la prévention contribuent même à occulter les liens entre santé et travail, tout en maintenant l'illusion d'une maîtrise des risques au niveau institutionnel (LEGRAND, MIAS, 2013). En effet, quel que soit le découpage géographique retenu par les ETT, le nombre de préventeur-rices dans les entreprises étudiées ne dépasse pas la dizaine. Iels sont donc amené-es à prioriser leurs interventions en ciblant les accidents les plus graves, aménageant ainsi un espace d'intervention partiel.

« On évoquait 100 000 intérimaires et 12 000 clients. Malheureusement, on ne peut pas être partout. Donc souvent on priorise sur de la sinistralité. On est sur du ciblage. »

(Préventeur ETT)

De tels découpages affectent aussi directement l'activité des instances représentatives du personnel telles que le comité social et économique (CSE) : ce dernier couvrant un très grand nombre d'agences et d'intérimaires (il y a le plus souvent un CSE par méta-région), les élu-es du personnel sont éloigné-es des situations de travail et se trouvent confronté-es à l'impossibilité de traiter l'ensemble des sujets concernant les conditions de travail relevant de leur périmètre.

Les agences de travail temporaire ne fonctionnent toutefois pas en vase clos. Selon la disponibilité des services de santé au travail et en fonction des dynamiques locales impulsées par les Carsat ou l'inspection du travail, chaque territoire offre une caisse de résonance plus ou moins importante aux initiatives des préventeur-rices des ETT : sensibilisation des EU, actions de formation par secteur/métier, mobilisations locales des acteur-rices public-ques et privé-es, etc. C'est donc dans une relative autonomie que les agences peuvent participer, au cas par cas, à des initiatives de prévention développées localement (voir *supra*), sans pour autant que ces dernières s'articulent avec les politiques de prévention élaborées au niveau de leurs sièges et s'y ajoutent.

Des manières variables de mesurer la sinistralité

L'opérationnalisation des questions de santé-sécurité au travail sous la forme d'outils de surveillance et de gestion des risques va de pair avec le développement d'indicateurs permettant de piloter la politique de prévention et d'en mesurer l'efficacité. Les entreprises suivent habituellement deux types d'indicateurs : les indicateurs dits de moyens, comme le taux d'études de poste réalisées, le nombre de formations dispensées ou le nombre de visites des agences, et les indicateurs dits de résultats, comme les taux de fréquence et de gravité des accidents du travail.

La construction des indicateurs et leur suivi varient cependant d'une enseigne à l'autre, même lorsqu'il s'agit d'indicateurs relativement consensuels. Au sein même de chaque enseigne, les modalités de suivi des accidents peuvent varier, comme dans cette ETT où le calcul des sinistres diffère selon qu'ils donnent lieu ou non à un arrêt de travail. L'analyse des procès-verbaux du CHSCT d'un autre établissement régional appartenant à une major du secteur, sur une période de quatre ans, révèle que la direction ne présente en séance que des accidents du travail satisfaisant ses propres critères (définis sans référence directe à la loi) : la durée de l'arrêt de travail doit être supérieure à trente jours et les accidents doivent correspondre à l'un des « six risques majeurs » (conduite d'engins, électricité, chimie, travail en hauteur, machine, risque routier). Une grande partie des accidents des intérimaires échappent donc à toute mise en débat au sein du CHSCT. En revanche, le service de prévention a retenu pour son indicateur de pilotage une acception plus large des accidents du travail avec des arrêts de quatre jours ou plus. Pour la période étudiée, ces analyses n'ont jamais été communiquées aux élu-es, ni incluses dans les statistiques trimestrielles présentées.

D'autres indicateurs « maison », comme l'indice de prévention, traduisent le pourcentage des intérimaires accidenté-es. Selon la direction de l'entreprise concernée, cet indice serait plus parlant qu'un taux de fréquence, « puisque la formule est moins compliquée ». Les EU clientes sont, quant à elles, attentives au taux de fréquence des accidents avec arrêt engendrant des indemnités journalières, ce qui pousse les ETT à un suivi rapproché de tels indicateurs. Mais les ETT ne sont pas en reste : certaines enseignes élaborent des outils d'alerte sous forme de classements de leurs clients selon l'« accidentologie » des intérimaires délégué-es. Les ETT peuvent ainsi mettre en débat, voire contester les pratiques de gestion des risques de leurs clients et se disent prêtes à les accompagner :

« On reçoit nos statistiques d'accidentologie consolidées tous les mois, ce qui nous permet, chaque année, d'identifier des clients que l'on va suivre pour leur proposer des plans d'action personnalisés. »

(Préventrice ETT)

« On est amené à préconiser [...] de stopper certains partenariats, de manière temporaire, voire définitive, le temps que la situation s'améliore. »

(Préventeur ETT)

Reste que les directeur·rices des agences ne placent pas les objectifs de SST au même niveau que leurs résultats opérationnels. Les *reportings* et autres objectifs de performance auxquels sont soumis les bonus des managers n'incluent pas ces indicateurs relatifs à la santé. Les préventeur·rices rencontré·es justifient cette situation par la lenteur des évolutions en la matière. La relative stabilité des résultats des politiques de prévention des risques semble empreinte de fatalité et suscite leur lassitude :

« On n'a pas des évolutions extrêmement importantes d'une année à l'autre. Pour avoir observé les chiffres depuis 2015, si on a un point sur un taux de fréquence, d'une année à l'autre, c'est vraiment le maximum. »

(Préventrice ETT)

Les dispositifs de surveillance et de gestion des risques professionnels des intérimaires s'incarnent dans les usages sociaux qui en sont faits ; ils sont particulièrement dépendants de la relation commerciale entre l'ETT et l'EU. Volontaires et porté·es par les tendances législatives, les préventeur·rices des ETT peinent à dépasser l'hégémonie des contraintes commerciales de leurs collègues et se replie bien souvent sur une recherche de conformité juridique des contrats. Le manque de marges de manœuvre et de visibilité des instances représentatives du personnel en matière de prévention fait écho à ce trouble, tant leurs membres peinent à disposer des informations nécessaires à l'exercice de leur mandat. Seuls les événements accidentels des intérimaires sont systématiquement comptabilisés et scrutés mais ils demeurent sélectionnés au regard de leurs potentielles conséquences financières qu'il s'agirait pour les ETT de minimiser. Cette incapacité à agir, même lorsqu'il existe des données et des professionnel·les dédiés, prend une ampleur supplémentaire si l'on observe ce qui reste hors des procédures ainsi considérées. Nombre d'expositions et de risques se trouvent en effet complètement évacués du champ d'intervention des préventeur·rices des ETT, à l'instar des maladies professionnelles ou des risques psychosociaux. Ils ne font pas l'objet d'une démarche d'évaluation et de prévention, bien que les intérimaires y soient exposés. Des instruments de suivi des atteintes à la santé au travail des intérimaires ont donc bel et bien émergé pendant la période récente mais, en portant la focale sur l'accidentalité la plus grave, ils participent à entretenir le trouble et fragilisent la portée des politiques de prévention.



Le travail temporaire met en défaut les modalités classiques de suivi et de prévention en santé au travail. La nature triangulaire de la relation d'emploi nourrit une tendance à l'éclatement de ces modalités, entre enregistrement par des services administratifs de la sinistralité d'un statut d'emploi constitué historiquement en secteur spécifique, par-delà la diversité des situations de travail dans lesquelles les intérimaires sont amenés à travailler, suivi individualisé des intérimaires sur lequel les ETT tendent à se placer en mobilisant fortement les services inter-entreprises de santé au travail, et prévention des risques pour laquelle les EU souhaitent, moins encore

que pour leurs propres salarié·es, s'engager. Mis·es en cause, les professionnel·les du travail temporaire cherchent à se dédouaner dans un contexte où la coresponsabilité assurantielle avec les EU tend à les renvoyer dos à dos. Le suivi médical des intérimaires conduit à un appauvrissement de la relation médicale, quand elle n'est pas purement et simplement court-circuitée. Dans les ETT, les acteur·rices de la prévention apparaissent peu légitimes pour exercer une influence majeure sur le terrain : leur activité se concentre sur une mise en conformité des obligations légales avec les stratégies managériales, ce qui donne lieu à une procéduralisation des enjeux de sécurité. Les impératifs économiques, organisationnels et réglementaires apparaissent donc en profonde contradiction, ce qui entretient le trouble dans la prévention, c'est-à-dire l'expérience, partagée par les différent·es acteur·rices chargé·es de la santé au travail des intérimaires, d'un agir empêché.

Ces « situations troublées » dont les différent·es professionnel·les étudié·es font l'expérience renvoient donc, plus globalement, à une déresponsabilisation organisée et entretenue par l'ensemble de ces mécanismes : l'inadaptation du suivi institutionnel des expositions professionnelles au système salarial de l'emploi intérimaire favorise des compromis organisationnels qui, par agrégation et de façon systémique, produisent, sur fond d'externalisation des risques, l'évitement global de la problématique de la santé au travail de ces travailleur·ses. Dans un contexte de distanciation croissante des relations de travail qui marque les transformations en cours au sein et à la périphérie du salariat, cette inadaptation pourrait se généraliser.

BIBLIOGRAPHIE

BARLET B. (2019), *La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels*, Toulouse, Octarès.

BARNIER L.-M. (2021), « L'entreprise éclatée contre la santé au travail », in Le Garrec S. (dir.), *Les servitudes du bien-être au travail. Impacts sur la santé*, Toulouse, Érès, p. 207-221.

BELKACEM R., MONTCHARMONT L. (2012), « Analyse des conditions de travail des travailleurs intérimaires. Comment expliquer la vulnérabilité des intérimaires aux accidents du travail ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [en ligne], vol. 14, n° 2. <https://doi.org/10.4000/pistes.2543>

BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A. (2006), *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte.

CAVALIN C., HENRY E., JOUZEL J.-N., PÉLISSÉ J. (dir.) (2020), *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines.

COLLECTIF 350 TONNES ET DES POUSSIÈRES (2022), « Une épidémiologie paritaire ? Outils, savoirs et luttes de définitions relatifs à la santé au travail des fonctionnaires », *Travail et Emploi*, n° 169-170-171, p. 97-122.

- COUNIL É., HENRY E. (2016), « Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 148, p. 5-29.
- CRU D. (2014), *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*, Toulouse, Érès.
- DAUBAS-LETOURNEUX V. (2021), *Accidents du travail. Des morts et des blessés invisibles*, Montrouge, Bayard.
- DÉCOSSE F. (2013), « Entre “usage contrôlé”, invisibilisation et externalisation. Le précaire étranger face au risque chimique en agriculture intensive », *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 322-340.
- DEDIEU F., JOUZEL J.-N. (2015), « Comment ignorer ce que l'on sait ? La domestication des savoirs inconfortables sur les intoxications des agriculteurs par les pesticides », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n° 1, p. 105-133.
- DELMAS C. (2012), « Mobilisation syndicale et expertise en matière de risques psycho-sociaux. L'Observatoire du stress et des mobilités forcées à France Télécom », *La Revue de l'Ires*, n° 74, p. 153-176.
- DÉPLAUDE M.-O. (2003), « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, vol. 53, n° 5, p. 707-735.
- DEWEY J. (1993 [1938]), *Logique : la théorie de l'enquête*, Paris, Presses universitaires de France.
- DRAIS É., PÉLISSÉ J. (2017), « Gérer les risques au travail : place et rôle du droit dans le domaine des risques sanitaires. Présentation du dossier », *Droit et société*, n° 96, p. 235-240.
- FRANÇOIS M., LIÉVIN D., GRZEBYK M. (collab.) (2000), « Facteurs de sécurité et d'insécurité pour les salariés intérimaires. Résultats d'une étude comparative dans quatre entreprises utilisatrices de main-d'œuvre intérimaire », *Hygiène et sécurité du travail*, n° 178, p. 7-26.
- FRETEL A., PILLON J.-M., REMILLON D., TUCHSZIRER C., VIVÈS C., FONDEUR Y. (collab.) (2016), « Diversité et dynamiques des intermédiaires du marché du travail. Une approche territoriale », *Études et recherches*, n° 7, Pôle emploi.
- GLAYMANN D. (2005), *La vie en intérim*, Paris, Fayard.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, p. 4-17.
- GUSFIELD J. (2009 [1981]), *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, trad. Cefai D., Paris, Economica.
- HENRY E. (2007), *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.
- JOUZEL J.-N., PRETE G. (2015), « Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable », *Politix*, n° 111, p. 175-196.

HORN L. (2022), « Rationalisation et marchandisation de la prévention. Le levier de l'évaluation des risques professionnels dans les services de santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 169-170-171, p. 201-219.

KUBIAK J. (2016), *La « managérialisation » de la prévention des risques professionnels en entreprise. Enquête parmi les préventeurs de la SNCF*, Thèse de doctorat en sociologie, démographie, Université Paris-Saclay.

LAPOIRE M. (2011), « Travail temporaire, marché permanent. Quand les contraintes réglementaires génèrent des échanges », *Droit et société*, n° 77, p. 19-37.

LEGRAND É., MIAS A. (2013), « Zones d'ombre dans la prévention des risques cancérigènes », *Sociologies pratiques*, n° 26, p. 71-83.

MARCHAND A. (2018), *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)*, Thèse de doctorat en histoire et en sociologie, Université Paris-Saclay.

MARICHALAR P. (2014), *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po.

MARICHALAR P. (2017), *Qui a tué les verriers de Givors ? Une enquête de sciences sociales*, Paris, La Découverte.

MASCOVA E. (2009), *Intérim : risques du travail, risques de l'emploi. Exemple des travailleurs intérimaires du secteur du bâtiment en France*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes.

MIAS A. (dir.) (2022), « Précarité d'emploi et conditions de travail. Expériences de l'emploi et expositions aux risques professionnels des travailleurs intérimaires, des auto-entrepreneur-es et des contractuel-les de la fonction publique », Rapport pour la Dares (ministère du Travail), *Rapport d'études*, n° 032, Dares.

MICHON F. (1998), « Préface », in Belkacem R., *L'institutionnalisation du travail intérimaire en France et en Allemagne. Une étude empirique et théorique*, Paris, L'Harmattan, p. 3-8.

MUNOZ J., GHIS MALFILATRE M., DURAND-MOREAU Q., THÉBAUD-MONY A. (2022), « Le droit au suivi post-professionnel et sa non-mise en œuvre. Le cas des irradiés des armes nucléaires de Brest », *Travail et Emploi*, n° 169-170-171, p. 123-146.

OMNÈS C., BRUNO A.-S. (dir.) (2004), *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin.

PÉLISSÉ J. (2017), « Gérer les risques par le droit : articulation et intermédiation dans les laboratoires de nanosciences en France et aux États-Unis », *Droit et société*, n° 96, p. 321-336.

PITTI L. (2010), « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, n° 91, p. 103-132.

PONGE R. (2020), « D'un enjeu politique à un problème personnel. L'individualisation de la réparation des souffrances psychiques liées au travail », *Revue française de sociologie*, vol. 61, n° 3, p. 435-463.

RAYNER S. (2012), « Uncomfortable Knowledge. The Social Construction of Ignorance in Science and Environmental Policy Discourses », *Economy and Society*, vol. 41, n° 1, p. 107-125.

ROSENTAL P.-A., DEVINCK J.-C. (2007), « Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 95, p. 75-91.

THÉBAUD-MONY A. (1991), *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française.

THÉBAUD-MONY A. (2000), *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris, Inserm-EDK.

THÉBAUD-MONY A. (2006), « Histoires professionnelles et cancers », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, p. 18-31.

Quand la médecine du travail produit des données

L'histoire de l'enquête *Sumer* entre enjeux de production de connaissances et enjeux de légitimation professionnelle

Blandine Barlet^{*}, *Sarah Memmi*^{**}, *Nicolas Sandret*^{***}

L'histoire de l'enquête *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer)* témoigne de tensions propres à la production de chiffres en santé au travail. Le protocole de recueil de données imaginé par l'Inspection médicale du travail (IMT) s'appuie sur des enquêteurs non professionnels : des médecins du travail volontaires qui, en s'impliquant, prouvent la pertinence d'un système de veille au plus près du terrain. En devenant une référence nationale dans le domaine des expositions aux risques professionnels, *Sumer* doit faire face à des critiques scientifiques et politiques, notamment de la part des syndicats patronaux. Pour répondre à ces critiques, l'enquête gagne en qualité statistique et en légitimité grâce à un pilotage scientifique de plus en plus présent. Née d'une volonté conjointe de l'IMT et de statisticiens de produire des données en lien direct avec les observations des médecins du travail, l'enquête *Sumer* a contribué à redéfinir les contours de l'activité de ces derniers, au-delà même de leur rôle de veille. Les récentes évolutions du système de prévention remettent cependant en cause les conditions de recueil de données, en même temps que la place des médecins dans ce dispositif.

L'enquête *Sumer (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels)* constitue aujourd'hui une source majeure de données sur l'exposition des travailleurs aux facteurs de risques. Nous proposons ici de retracer l'histoire de cet instrument en remontant à sa création, à la fin des années 1970, période au cours de laquelle les conditions de travail deviennent en France un objet de réflexion,

* IRTEM et Université Paris-Dauphine, IRISSO ; bbarlet@irtem.fr.

** Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) au moment de la rédaction de l'article ; sarahmemmi@hotmail.fr.

*** Dares ; nicolas.sandret@gmail.com.

et leur amélioration, une cible de l'action publique. La production de données sur les conditions de travail et la santé au travail apparaît alors nécessaire aussi bien dans une optique de dévoilement que de prévention (GOLLAC, VOLKOFF, 2010 ; CARTIER *et al.*, 2019). Cependant, la manière de « mettre en chiffres » ce domaine complexe soulève des questions techniques et méthodologiques ayant trait à la légitimité statistique des données produites. Elle met au jour aussi des questions politiques qui reflètent et réactivent les tensions entre partenaires sociaux autour de la santé et des conditions de travail.

Comparée aux autres dispositifs de veille en santé au travail, *Sumer* propose une enquête complète car elle interroge dans le détail tous les types d'expositions professionnelles (organisationnel, chimique, physique et biologique) et questionne en parallèle le vécu subjectif des salariés sur leurs conditions de travail et leur santé. Le protocole déployé et l'accompagnement des médecins enquêteurs permettent de garantir une analyse statistique fiable de tous les aspects des conditions de travail, de leurs intrications et de leurs répercussions sur la santé¹. Au terme des premières campagnes, *Sumer* devient en premier lieu un outil reconnu d'objectivation des risques chimiques, au plus près du travail réel, et parvient, grâce à un questionnaire toxicologique didactique, à guider les médecins vers une plus grande vigilance sur ces risques. Puis, au fil des éditions et des évolutions méthodologiques inspirées par les critiques dont elle a fait l'objet, l'enquête s'impose comme un instrument de production de connaissances incontournable dans le champ de la santé au travail, y compris sur les problématiques de risques organisationnels.

Pourtant, la trajectoire de cet instrument est loin d'être linéaire et les porteurs successifs de l'enquête ont travaillé à obtenir la viabilité et la légitimité scientifiques dont elle dispose aujourd'hui, dans des contextes imposant une remise en question constante. On assiste, en interne, à une évolution des équilibres de pouvoirs entre l'Inspection médicale du travail (IMT) et le Service d'études et de statistiques du ministère du Travail (SES), qui devient la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) en 1993, tous deux porteurs de l'enquête et, en externe, à l'évolution de leurs positionnements respectifs sur le territoire plus large de la santé au travail. Au moment de la mise en place de l'enquête, l'IMT dispose de moyens propres et est régulièrement consultée par la Direction générale du travail (DGT), à laquelle elle est directement rattachée, sur les évolutions réglementaires de la médecine du travail. L'enquête *Sumer* confirme et prolonge le rôle « moteur » de cette instance dans la mise en place d'une veille en santé au travail, aux niveaux national et local (DAUBAS-LETOURNEUX, 2008). Dès le départ, l'IMT est épaulée par des statisticiens du ministère du Travail pour penser le protocole et assurer un accompagnement des enquêteurs volontaires, mais ce double pilotage (« métier » et statistique), précieux

1. Pour chaque édition de l'enquête *Sumer* depuis 1994, les différents questionnaires ainsi que d'autres ressources afférentes (bibliographie des articles réalisés à partir des données collectées, guide de collecte) sont accessibles en ligne sur le site de la Dares. L'édition 2016-2017 est ainsi disponible ici : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/enquete-source/la-surveillance-medicale-des-expositions-des-salaries-aux-risques-professionnels-2>, consulté le 31 mai 2024.

pour la qualité des données et l'engagement des médecins enquêteurs, repose sur un équilibre dont on verra qu'il est instable et remis en cause par le déclin progressif du poids politique de l'IMT.

Par ailleurs, l'analyse de cette trajectoire impose de porter attention aux évolutions qui touchent à l'infrastructure professionnelle de l'enquête : *Sumer* est marquée par les mutations de la médecine du travail et par les contraintes qu'elles induisent pour celles et ceux qui la pratiquent. Le recueil des données est en effet effectué par des médecins du travail volontaires, pendant les visites médicales périodiques. La réforme des études médicales de 1982 élève ce mode d'exercice salarié, peu prestigieux jusque-là, au rang de spécialité médicale à part entière, mais les médecins du travail restent en quête de reconnaissance (PIOTET *et al.*, 1997). L'enquête *Sumer* se présente alors, dès la fin des années 1980, comme un dispositif de production de connaissances en santé au travail, mais aussi comme un dispositif de légitimation professionnelle. Pour ses détracteurs au contraire, le fait de reposer sur des médecins du travail constitue une source de délégitimation du dispositif d'enquête, si bien qu'il est difficile de mesurer en quoi la légitimité attribuée ou non aux médecins du travail en tant qu'enquêteurs volontaires aura une influence sur la réputation de l'enquête. De plus, ni le groupe professionnel, ni le contexte d'exercice ne sont figés : le protocole de l'enquête *Sumer*, sa mise en œuvre et son évolution sont tributaires des évolutions des conditions d'exercice de la médecine du travail, en constante réforme ces dernières décennies.

La trajectoire de l'enquête *Sumer* permet d'envisager conjointement l'évolution de la médecine du travail et celle de la place de l'Inspection médicale du travail et des services d'enquête et de statistiques du ministère du Travail. Elle permet de mettre au jour les conséquences concrètes de ces changements sur un instrument puissant de production de connaissances en santé au travail et d'éclairer la fragilité de sa position actuelle.

À partir d'une grande diversité de matériaux (encadré méthodologique), cet article retrace tout d'abord la genèse de l'enquête *Sumer* et la façon dont ce projet mobilise alors les médecins du travail. En suivant l'évolution de l'enquête, de ses protagonistes² et des enjeux successifs auxquels la production de données chiffrées en santé au travail les confronte, il analyse les différentes modalités d'intrication de l'histoire de la médecine du travail et de celle de l'enquête.

2. Les auteurs remercient très chaleureusement les différentes équipes *Sumer* et les acteurs impliqués dans cette enquête.

ENCADRÉ

Méthodologie de l'enquête

Cette recherche se fonde sur différents matériaux.

Premièrement, les différentes archives de l'enquête *Sumer* depuis les années 1980 (comptes rendus de réunions, documents de collecte, bilans des différentes éditions, publications, etc.) ont permis de retracer son évolution. Deuxièmement, des entretiens semi-directifs ont été menés en 2018 et en 2019 auprès de dix acteurs « historiques » de cette enquête, issus de différents horizons institutionnels et disciplinaires : des chercheurs (statisticiens, épidémiologistes, ergonomes), des médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) ou encore des partenaires sociaux nous ont raconté leur propre vécu de l'histoire de *Sumer* et la façon dont ils s'y sont investis. Nous précisons alors à la fin de l'extrait de l'entretien « membre de l'équipe *Sumer* ».

Enfin, ce travail s'appuie sur une post-enquête portant sur les conditions concrètes de la collecte de *Sumer* 2017. À partir d'un corpus de 65 entretiens réalisés auprès des acteurs de la santé au travail (médecins, infirmières, secrétaires, directions), elle interroge la manière dont les participants ont vécu leur implication dans la dernière campagne et dans la mise en place du nouveau protocole d'enquête (BARLET, 2020). Nous précisons alors « entretien post-enquête ».

La genèse de *Sumer*, l'enquête de la médecine du travail

La mise en place de l'enquête *Sumer* interroge les modalités pertinentes de production de connaissances sur les expositions professionnelles, et pose notamment la question des acteurs légitimes pour documenter le plus précisément et exhaustivement possible ces expositions.

Une fois identifié le besoin d'un recueil de données au plus près du terrain dans le courant des années 1970, des réformes successives du système de prévention concourent à positionner le médecin du travail comme un acteur incontournable de la veille en santé au travail. À la fin des années 1970, l'IMT et son réseau régional de médecins (médecins inspecteurs régionaux du travail ou MIRT) ont un certain poids politique. Les MIRT sont directement rattachés aux directions du travail et sont chargés de « surveiller et aider à l'application correcte des dispositions législatives et réglementaires prescrites par le Code du travail, concernant la prévention des risques d'atteinte à la santé du fait du travail et la protection de la santé des travailleurs » (MALADRY, TORDJMAN, 2018, p. 547). Leur fonction se décline en un nombre important de tâches, parmi lesquelles le contrôle des services de santé au travail, qu'ils soient propres à une entreprise ou interentreprises (SSTI), et l'animation scientifique des médecins du travail, en particulier pour ce qui relève de la veille sanitaire : les MIRT organisent par exemple des événements scientifiques et développent des études et recherches sur la santé au travail en impliquant les médecins du travail. Du point

de vue de l'IMT, l'enquête *Sumer* permet de guider et d'accompagner les médecins vers de nouvelles pratiques, mais aussi de valoriser un positionnement spécifique à la médecine du travail : un double accès à la connaissance des conditions de travail *via* le discours des salariés et *via* l'étude des milieux de travail.

Les conditions d'émergence d'une enquête reposant sur les médecins du travail

Le mouvement social de mai 1968 et ses suites, ainsi que les transformations du monde du travail, au sein duquel le salariat devient prépondérant, contribuent à faire émerger la problématique des conditions de travail dans l'agenda politique du début des années 1970 (MARICHALAR, PITTI, 2013 ; GEERKENS *et al.*, 2019). Progressivement, cette problématique s'institutionnalise avec, notamment, en 1973, la création de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et la création de commissions d'amélioration des conditions de travail pour les entreprises de plus de 300 salariés.

Face à ces évolutions sociales et politiques, le Conseil national de la statistique (CNS) estime que la connaissance chiffrée des conditions de travail, qui s'appuie alors principalement sur les bilans d'accidents et de maladies professionnels publiés par la branche « travailleurs salariés » de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et sur des enquêtes ponctuelles du ministère du Travail, est insuffisante et que d'autres dispositifs doivent être créés. Un groupe de travail présidé par l'ergonome Alain Wisner³ est alors mis en place pour réfléchir aux moyens d'atteindre une meilleure connaissance statistique des conditions de travail.

Dès la fin des années 1970, l'emploi apparaissant prioritaire, le contexte social et politique devient moins favorable à la thématique. Cependant, la dynamique est lancée et quelques chercheurs et chercheuses au sein du ministère du Travail, comme le statisticien Serge Volkoff et l'économiste Anne-Françoise Molinié, puis le sociologue Michel Gollac, s'attellent à construire un « nouveau système statistique ». Pour éviter l'écueil du « fétichisme des nombres » (VOLKOFF, MOLINIÉ, 2010, p. 176), ces scientifiques s'entourent d'acteurs de terrain, notamment des ergonomes, pour aboutir à une première enquête *Conditions de travail* en 1978 (BUÉ *et al.*, 2004). Malgré un discours ambiant célébrant des avancées liées notamment à la mécanisation et à l'automatisation, leur objectif est de souligner le maintien de la pénibilité des conditions du travail et la nécessité de les améliorer :

« À cette époque, on parlait de “fin des pénibilités”, d’“usine sans hommes” mais pour nous, c’était important de montrer que ce n’était pas que du passé. Ça se voit dans le *design* de *Conditions de travail* et de *Sumer*, qui sont très focus sur les ouvriers et le travail manuel. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, septembre 2018)

3. Médecin et ergonome, Alain Wisner est considéré comme l'un des fondateurs du courant d'ergonomie dit « de langue française », qui se concentre sur l'activité et sur l'analyse du travail réel.

Par la suite, deux évolutions de la médecine du travail favorisent une réflexion en faveur du recours aux médecins du travail comme pourvoyeurs de données. Sur le versant individuel du suivi de santé, l'arrêté de 1977 sur les surveillances médicales spéciales (SMS) permet aux médecins de consacrer davantage de temps à certaines catégories de salariés reconnus comme étant exposés à des produits ou à des situations de travail pouvant générer des dommages sur leur santé. Sur le versant collectif, un décret de 1979 oblige les médecins à consacrer un tiers de leur temps de travail à une action préventive en milieu de travail, soit, par exemple, des visites de locaux, des études de postes, des enquêtes après accident ou maladie professionnelle (toutes sont alors englobées sous le terme de « tiers temps »). Les pratiques de prévention, jusqu'ici fondées sur les consultations cliniques, s'en retrouvent bouleversées.

Une partie des médecins inspecteurs ainsi que l'adjointe au directeur de l'IMT jugent la liste des situations impliquant une classification en SMS très restrictive : aucune surveillance spéciale par exemple des salariés soumis à des mouvements répétitifs à cadence élevée, ni des professionnels du soin soumis à des risques infectieux n'est envisagée. Ces médecins décident donc d'entamer un travail de mise en lumière des situations de travail qui exposent les salariés à des risques pour leur santé et leur sécurité et qui ne font pas pour autant l'objet ni d'une SMS, ni d'un tableau de maladie professionnelle, alors même que le chef de l'IMT, le D^r Armand Rothan, connu pour ses positions conservatrices, se montre frileux vis-à-vis de cette démarche dont il ne partage pas les objectifs politiques. Avec l'aide du SES (Service des études et des statistiques), et notamment de Serge Volkoff, quatre médecins inspecteurs mettent alors au point un questionnaire « test » proposé aux médecins du travail des régions dans lesquelles ils exercent (les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur [PACA] et Basse-Normandie). Le questionnaire est élaboré à partir du contenu de l'arrêté de 1977 et des risques repérés dans les tableaux de maladies professionnelles⁴, mais ses concepteurs lui gardent la possibilité de relever des expositions n'appartenant à aucune des catégories proposées.

« Le questionnaire s'appuyait sur leur outil de travail, l'idée était de se servir des outils que les médecins connaissaient et qu'ils utilisaient pour ne pas les sortir de leur routine. »

(Membre de l'équipe Sumer, novembre 2018)

Lors de cette première campagne de 1982-1983, qui a valeur de test de faisabilité, des salariés convoqués pour leur visite périodique sont tirés au sort selon un pas de tirage prédéfini, puis sont soumis au questionnaire. Le test s'avère positif pour ses instigateurs car les données recueillies par les médecins permettent d'identifier des situations de travail à risques non prises en compte par la législation :

4. Les résultats de ce questionnaire-test, avant tout un test de faisabilité, ne sont ni analysés ni valorisés en tant que tels mais font simplement l'objet d'une restitution par les médecins inspecteurs aux médecins participants issus des régions impliquées.

« L'intérêt, ce n'était pas tant les résultats, que juste de voir la faisabilité. Les petits risques rares commençaient à être vus, même avec 4000 questionnaires. Donc on s'est dit qu'avec un échantillon dix fois plus gros, on verrait plein de choses. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, septembre 2018)

Le principe de la mise en place d'une enquête impliquant davantage de médecins est donc validé et suscite un certain engouement que l'on peut attribuer à l'alternance politique de 1981, qui contribue à marginaliser la ligne politique du D^r Rothan. Cependant, la spécificité des enquêteurs, médecins du travail, est source de controverses, qui opposent notamment le groupe de travail de *Sumer* à certains universitaires en médecine du travail. En effet, ces professeurs de médecine du travail émettent des doutes quant aux capacités des médecins à faire le relevé des produits chimiques présents dans chaque situation investiguée. Derrière cette critique d'apparence anodine se dissimule une opposition de fond sur la légitimité à produire des connaissances scientifiques en santé au travail en dehors de l'Université :

« Tout d'un coup, l'Inspection médicale faisait un truc qui pouvait faire concurrence à leurs travaux universitaires en épidémiologie. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, novembre 2019)

L'Inspection médicale se positionne ainsi pour la première fois sur la production et la diffusion de connaissances scientifiques, malgré le monopole qu'en avaient les universitaires. Elle commence parallèlement à financer et à chapeauter des projets de recherche pour asseoir ce positionnement scientifique : des médecins du travail en exercice portent et valorisent ces projets.

***Sumer* 1987 : l'expertise du médecin du travail au cœur de l'enquête**

Au début des années 1980, Martine Aubry, d'abord directrice adjointe du cabinet du ministère du Travail puis nommée directrice du travail (depuis 2006, on parle de Direction *générale* du travail), décide de réitérer l'enquête. Pour ce faire, elle positionne le D^r Marianne Saux, une des chevilles ouvrières du test et par ailleurs médecin inspecteur d'Île-de-France, auprès du chef de bureau chargé des risques professionnels, afin de lui donner davantage de marge de manœuvre et d'autonomie qu'elle n'en avait au sein de l'IMT. Le projet d'enquête de 1987 est donc mis en œuvre à partir des principes du test de faisabilité de 1982. Les médecins inspecteurs investis présentent l'enquête à l'ensemble des médecins inspecteurs du travail de France. Dix régions se mobilisent et, au total, 600 médecins du travail participants enquêtent auprès d'environ 50 000 salariés⁵. Si l'enquête ne s'étend pas encore à toutes les régions, elle couvre en revanche déjà tous les profils de salariés (du secteur privé) et tous les types d'exposition.

5. La durée de l'enquête a été fixée à six mois et le nombre de questionnaires à 100 par médecin, nombre qui sera restreint par la suite. Pour cette période, aucune donnée n'est disponible sur le profil des médecins participants.

L'enjeu est de construire des données qui soient jugées fiables, à partir d'une méthode d'enquête qui n'a pas encore fait ses preuves. Le protocole de recueil de données *Sumer* repose en effet sur un pari : celui que les médecins du travail sont à même de devenir des enquêteurs spécialisés sur les risques professionnels et les conditions de travail. Les MIRT impliqués affirment non seulement que les médecins du travail sont capables de produire des données valables sur l'exposition aux risques professionnels, mais également que ces données seront précieuses *justement* du fait de la spécificité de la méthodologie d'enquête. L'équilibre à tenir est alors délicat : à partir d'un protocole assez léger pour être utilisé et maîtrisé par le plus grand nombre de médecins, il faut pouvoir produire des statistiques solides sur les risques professionnels.

Les résultats de l'enquête de 1987 font apparaître un décalage frappant entre le nombre de salariés déclarés en surveillance médicale spéciale (SMS) par les employeurs et celui, bien plus élevé, qui, d'après les expositions relevées par les médecins participants, devrait en bénéficier. Cet écart peut s'expliquer par le caractère négocié de la SMS, entre l'employeur et le médecin. On l'a vu, la réglementation sur la SMS permet au médecin du travail de disposer de plus de temps face à des situations d'exposition jugées complexes ou dangereuses : il bénéficie réglementairement d'une heure par mois pour 20 employés, ou 15 ouvriers, ou 10 salariés déclarés en SMS. Pour le patronat, qui conteste les résultats de cette première enquête, les médecins participants instrumentaliserait *Sumer* dans le but d'augmenter le temps dévolu au médecin par salarié suivi. Cette première controverse s'accompagne d'une critique qui devient récurrente au fil des campagnes : celle du principe du volontariat des enquêteurs, qui aurait pour conséquence de recruter une forte proportion de médecins « militants », exagérant volontiers les expositions aux risques professionnels.

De plus, une critique scientifique majeure de l'enquête de 1987 se focalise sur son approche des risques professionnels, à laquelle on reproche de mêler la question des *expositions* à celle de l'*état de santé des individus*. Les situations d'énonciation inévitablement fluctuantes (le salarié est-il en bonne santé le jour où il répond au questionnaire ? Vient-il d'obtenir une promotion ? etc.) viendraient perturber l'objectivité des données recueillies. Dans le rang même des statisticiens sympathisants de l'enquête, la fragilité scientifique d'un dispositif reposant sur des médecins est pointée par une personne impliquée, comme le relate son collègue en entretien :

« Il interrogeait le fait de “faire des statistiques sur un sujet aussi complexe avec des médecins qui ne sont pas des scientifiques”. Il utilisait une image telle que “vous êtes encore en train de faire de la statistique avec un vélo alors que d'autres ont déjà un moteur”. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, septembre 2018)

Comment en effet s'assurer que les médecins du travail respectent le protocole proposé ? Face à ces doutes et à ces critiques, le D^r Rothan estime que l'enquête doit être arrêtée car elle ne vaut pas les investissements qu'elle exige. En revanche, le Service des études et des statistiques (SES) du ministère du Travail soutient le fait de

poursuivre *Sumer*. Les porteurs de *Sumer* décident de rechercher un avis éclairé sur le protocole d'enquête et sur sa pertinence en mobilisant un sociologue, Nicolas Dodier, qui va interroger les pratiques des médecins du travail concernant à la fois les SMS et le recueil de données. En analysant la façon dont les médecins enquêteurs appréhendent ce rôle, l'étude de N. DODIER (1990 ; 1993) valorise l'expertise des médecins du travail. Le sociologue parle d'une « greffe de l'outil *Sumer* sur la pratique médicale » (1990, p. 14) et montre que, si cette « greffe » ne prend pas de la même manière pour tous les médecins, le jugement médical s'avère indispensable pour repérer ce qu'il appelle des « représentants des risques », c'est-à-dire des éléments caractéristiques d'une situation de travail donnée signalant un risque probable ou potentiel (par exemple la présence de poussières ou de fumée, du port de charges lourdes, etc.). Toute une palette de « représentants », plus ou moins « forts », permet alors aux médecins d'élaborer un jugement médical sur l'existence d'un risque pathogène.

L'étude de N. DODIER (1990 ; 1993) soutient la validité des résultats de *Sumer* et ouvre la voie à une consolidation de l'enquête. Un conseil scientifique est alors créé autour du projet d'une nouvelle campagne, avec notamment la mobilisation en 1992 de Marcel Goldberg, épidémiologiste de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), dont la légitimité dans le milieu académique et la renommée à l'international appuient la réputation de *Sumer*. La réponse aux critiques se révèle donc à la fois scientifique et politique : en consolidant la méthodologie, il s'agit de positionner le médecin du travail comme un acteur clé de la veille en santé au travail et de la prévention.

La rupture de 1994 : vers une consolidation de l'enquête

Au regard de ces éléments, le comité scientifique et la nouvelle équipe *Sumer*, composée notamment de Marie-France Cristofari, statisticienne du SES ayant participé à l'enquête de 1987, et du D^r Nicolas Sandret, médecin inspecteur en Île-de-France, posent des principes qui vont perdurer pour les éditions à venir.

Cette étroite collaboration entre les statisticiens et l'IMT joue alors un rôle capital dans le gain en légitimité de l'enquête. Une des critiques scientifiques majeures faite à l'édition de 1987 portait sur une confusion possible entre l'état de santé du salarié répondant et les expositions professionnelles effectives à des risques. Les critiques patronales portaient quant à elles sur la place prise par la subjectivité de l'enquêteur et du répondant au moment de la passation du questionnaire alors que l'idée est d'objectiver les expositions présentes sur le poste de travail du salarié enquêté, en écartant le « point de vue » du salarié et celui du médecin. Il s'agit uniquement de repérer les expositions auxquelles le poste est soumis et de les quantifier (en matière de durée et d'intensité, pour les produits chimiques) selon des critères les plus factuels possibles.

L'enquête de 1994 propose un changement de paradigme : la méthodologie est ajustée pour que les réponses donnent une image du travail réel. L'enquête de 1987 se référait au « travail habituel », qui dépend de la représentation que le sujet se fait de son

travail et pouvait donc entraîner une exagération ou, au contraire, une minimisation de certains risques traditionnellement associés à une activité. Afin de gagner en précision, le comité scientifique de l'enquête de 1994 décide de s'intéresser aux expositions identifiées lors de la *dernière semaine travaillée*. De plus, il élabore un questionnaire fermé qui ne se réfère plus ni à l'arrêté de 1977 ni aux listes de maladies professionnelles. Ce nouveau projet d'enquête est expertisé et validé par Marcel Goldberg et son équipe de l'Inserm. Grâce à l'impulsion de l'équipe *Sumer* et à un appui politique du D^r Saux qui, entretemps, a succédé au D^r Rothan à la tête de l'Inspection médicale, toutes les régions de la métropole participent, ainsi que, pour la première fois, la Mutualité sociale agricole (MSA). Le nombre de médecins participants double par rapport à 1987 : 1 200 médecins du travail rendent environ 50 000 questionnaires⁶.

L'enquête *Sumer* 1994 s'inscrit dans un mouvement de légitimation, voire de construction, du métier de médecin du travail. Face au modèle européen de prévention, plus techniciste, Marianne Saux et les MIRT qui promeuvent *Sumer* veulent conforter le système français dans lequel les médecins sont des acteurs incontournables de la prévention. Le discours que portent les MIRT face aux médecins lors des réunions de formation sur l'enquête est entendu et repris à leur compte par ces derniers comme un élément de motivation, comme en témoigne cet extrait d'entretien :

« Pouvoir évaluer notre action, je pense que c'était important au niveau national parce que la médecine du travail était un petit peu sur la corde raide à un moment donné. [Le médecin inspecteur] nous disait que vraiment ces enquêtes étaient nécessaires pour qu'au niveau du ministère... qu'on fasse connaître un peu notre utilité, faire savoir ce qu'était le milieu du travail quoi, sortir des statistiques... Et je trouve que c'est un bon moyen de faire connaître notre action. »

(Entretien post-enquête, médecin du travail, octobre 2017)

Comme on le verra dans la deuxième partie, l'enquête guide aussi les pratiques médicales dans un objectif de veille. Alors que pour l'enquête de 1987, les médecins se référaient à des grilles préétablies de risques relativement connus, pour la première fois, le questionnaire de 1994 comporte une liste d'expositions à des situations de travail, à des contraintes organisationnelles ou à des produits chimiques. Il oblige ainsi les médecins à interroger des risques qu'ils écartaient habituellement *a priori* et donc à acquérir une expertise de repérage des risques plus large. Typiquement, les aspects concernant l'organisation du travail, comme les contraintes horaires et le rythme de travail, qui n'entrent ni dans le cadre des SMS, ni dans celui des maladies professionnelles, ne faisaient pas l'objet de questionnements systématiques. Le processus d'enquête donne désormais l'occasion aux médecins enquêteurs de se pencher sur ces questions.

Les résultats de l'enquête *Sumer* 1994 permettent ainsi de souligner que les expositions aux contraintes physiques fortes, telles que le bruit, la station debout prolongée, la manutention manuelle de charges, les mouvements répétitifs, concernent toujours

6. La période de l'enquête, qui était de six mois en 1987, a été réduite à trois mois en 1994 ; c'est pourquoi, malgré le plus grand nombre d'enquêteurs, le nombre de questionnaires rendus avoisine toujours les 50 000.

un grand nombre de salariés. Mais l'enquête a surtout mis pour la première fois en lumière l'ampleur de l'exposition aux produits cancérigènes : elle touche en 1994 un million de salariés. Ce chiffre, qui fait la une de la presse généraliste, oblige les pouvoirs publics, les préventeurs et les partenaires sociaux à penser ce risque et à organiser sa prévention. Des chercheurs de l'Inserm se saisissent des résultats de *Sumer* sur les produits chimiques pour élaborer une matrice emploi/exposition permettant, en fonction d'un secteur ou d'un métier donné, d'identifier les expositions potentielles à certains produits chimiques (GUÉGUEN *et al.*, 2004). Ces mêmes données sont également utilisées pour une matrice emploi/exposition européenne pour les cancérigènes (VINCENT *et al.*, 1999). Enfin, pour la première fois, *Sumer* permet d'évaluer le nombre de salariés exposés à un risque biologique. Ces résultats, publiés dans les *Premières synthèses* du service d'études du ministère du Travail, devenu la Dares, dans les *Documents pour le médecin du travail* édités par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), ainsi que, plus marginalement, dans les *Archives des maladies professionnelles*, posent une base de réflexion pour la prévention s'appuyant sur le travail réel, en cohérence avec les concepts développés par l'ergonomie de langue française. Leur diffusion lors du colloque du cinquantenaire de la médecine du travail et lors du congrès international de santé au travail de Stockholm en 1998 a contribué à asseoir l'enquête.

Une enquête qui consolide sa légitimité face aux critiques (2003-2010)

L'édition 2003 de *Sumer* s'inscrit dans un contexte où les demandes sur la santé au travail se font de plus en plus pressantes de la part de l'État, qui a besoin de chiffres pour guider sa politique de prévention, et des partenaires sociaux. Dans ce cadre, l'équipe de l'enquête s'élargit. Du côté de la Dares, qui a créé un département « conditions de travail et santé » (dont l'économiste Thomas Coutrot devient responsable), deux statisticiennes et un expert sur les redressements statistiques viennent la renforcer. L'équipe de médecins inspecteurs, très impliquée dans l'enquête les premières années, s'étoffe aussi autour du D^r Nicolas Sandret, devenu l'un des référents principaux de *Sumer*. Le comité scientifique s'étoffe lui aussi et contribue à asseoir l'enquête en l'ancrant à la fois dans les champs professionnel et institutionnel de la médecine du travail et de la prévention, et dans le champ académique⁷. *Sumer* devient ainsi une référence nationale sur les expositions des salariés aux risques professionnels, renforçant de ce fait à la

7. Le comité scientifique était composé, à la veille de l'enquête de 2003, de représentants des médecins du travail (4), de la Mutualité sociale agricole (MSA, 3), de la faculté de médecine (3), de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS, 4), du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME, 1), de l'Institut national de la veille sanitaire (INVS, 2), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, unités 88 et 149, 4), de la direction des hôpitaux (1), du Centre d'études de l'emploi – Centre de recherches sur l'expérience, l'âge et les populations au travail (CEE-CREAPT, 1), du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM, 1), de la Dares (5), de la Direction des relations de travail (DRT, bureau CT4, 1).

fois l'adhésion des médecins et les attaques de la part des organisations patronales. Sa réédition donne à voir la façon dont ses instigateurs ont répondu aux critiques et ont fait face aux évolutions qui s'imposaient.

Un élargissement de l'enquête pour répondre à des préoccupations croissantes autour de la santé mentale

Dans le courant des années 1990, les questions de santé psychique au travail s'accroissent dans le débat social et médiatique, avec notamment la parution de l'ouvrage *Souffrance en France* de Christophe DEJOURS (1998) et les travaux d'ergonomie en langue française autour d'Alain WISNER (1999). Or, dans le questionnaire *Sumer* de 1994, l'organisation du travail était abordée principalement *via* les contraintes horaires et de rythme de travail, ce qui est rapidement apparu insuffisant au vu des connaissances disponibles. Au sein du comité scientifique, ce sont notamment l'ergonome Catherine Teiger et le D^r Philippe Davezies qui encouragent une prise en compte plus fine des contraintes organisationnelles dans *Sumer*.

En juin 2000, le bilan de l'enquête 1994 ainsi que les objectifs pour la nouvelle édition qui aura lieu en 2003 sont présentés au comité scientifique, à la suite de quoi Nicole Guignon, nouvelle coordinatrice de l'enquête pour la Dares, propose d'introduire un questionnaire auto-administré autour de deux aspects : les risques psychosociaux et l'état de santé des salariés, réintégrant ainsi un point de vue subjectif sur les situations de travail.

Cette suggestion suscite de vifs échanges parmi les instigateurs de *Sumer*. En novembre 2000, l'équipe de pilotage présente un projet de questionnaire auto-administré. Dans la partie relative aux risques dits « psychosociaux » (RPS), la volonté d'introduire le questionnaire de Karasek⁸ sur la tension au travail semble faire consensus. Ce questionnaire ne mesure en effet pas le stress en lui-même mais les facteurs de risques, et en cela, il est en ligne avec l'orientation de l'enquête *Sumer*. En revanche, les questions sur l'état de santé déclenchent une ferme opposition des représentants de l'Inserm, qui soulignent la difficulté à établir un lien de causalité entre l'auto-évaluation des salariés sur leur problème de santé (état dépressif, douleurs articulaires, problèmes de sommeil, maux de tête, etc.) et leurs conditions de travail. Les épidémiologistes sont attentifs aux nombreux biais induits par les modes de vie (par exemple, le fait de fumer et de développer un cancer) et craignent que les résultats de ce questionnaire ne posent des problèmes d'interprétation.

L'équipe *Sumer* doit se positionner dans cette controverse et choisit de revenir sur ses principes de 1994. Ses protagonistes estiment que l'enquête n'a pas vocation à établir des causalités et ajoutent que les effets des RPS sur la santé sont quasi

8. Le questionnaire de Karasek est un auto-questionnaire reconnu internationalement qui évalue la charge psychologique, le degré d'autonomie et le soutien social. Le croisement de ces données permet d'identifier une population dite en « *job strain* », c'est-à-dire ayant une forte charge psychologique et peu de marges de manœuvre.

instantanés et le résultat direct des conditions de travail : en introduisant un questionnaire d'ordre psychosocial, des questions sur la santé s'imposent, les deux étant difficilement dissociables. La nouvelle édition retient donc finalement bien un auto-questionnaire, proposé à titre exploratoire à la moitié des enquêtés. Pour prendre en compte les réticences exprimées par les épidémiologistes, les questions sur l'état de santé du salarié restent très générales et n'impliquent pas de relevé de pathologies précises : il ne s'agit pas d'opérer des liens causaux entre la santé et les expositions. L'auto-questionnaire propose une échelle d'évaluation par le salarié de son propre état de santé et de l'influence du travail sur celui-ci.

Cette démarche expérimentale apporte des résultats sur les facteurs de risques, tels que décrits par les salariés interrogés dans le cadre de l'enquête *Sumer* 2003, qui ont déjà pu être exploités (BUÉ *et al.*, 2008). Les enquêtes suivantes intègrent donc l'auto-questionnaire pour tous les salariés, qui devient alors l'un des moyens pour l'enquête de prendre en compte la santé mentale.

L'adhésion croissante des médecins du travail à l'enquête *Sumer*

L'ampleur que prend l'enquête au cours des années 2003-2010 vient d'un renforcement du questionnaire, en réponse à une demande sociale, mais aussi et surtout d'une adhésion croissante des médecins du travail. En 2003, le champ de l'enquête est étendu à La Réunion et à la fonction publique hospitalière, et 1 800 médecins sont volontaires pour la faire passer. En 2010, elle intègre la fonction publique territoriale et une partie de la fonction publique d'État. Cette campagne atteint alors le niveau de participation maximal de 2 400 médecins volontaires, soit près d'un tiers de la profession.

Les acteurs qui portent l'enquête parviennent durant cette période à fédérer des énergies autour de ce projet, d'une part, en mobilisant des volontaires et en mettant en place leur accompagnement et, d'autre part, en organisant la valorisation des données recueillies : les forces de frappe respectives de l'IMT et de la Dares permettent à l'enquête de continuer de gagner en légitimité et en notoriété. La campagne de collecte de données constitue un moment clé au cours duquel les MIRT apparaissent comme un point d'ancrage pour les médecins enquêteurs. Chargés de veiller à la bonne marche des services de santé au travail, à l'élaboration des plans régionaux de santé et à l'organisation de la mission de veille sanitaire, les MIRT sont très présents dès le début de la campagne de collecte : ils assurent la promotion du dispositif au sein des SSTI et sont dans la plupart des cas les premiers à informer les médecins du travail de la mise en place au niveau régional de la nouvelle édition de *Sumer*. Ainsi, les MIRT sont des relais locaux qui permettent d'atteindre les médecins et de les mobiliser⁹.

Les médecins enquêteurs sont en outre de mieux en mieux accompagnés grâce à un recrutement et à un suivi formalisés. L'équipe de pilotage nationale (mixte Dares/IMT) les informe, les forme, les outille et les accompagne à toutes les étapes de la collecte.

9. Pour la fonction publique d'État, il s'agit de « médecins coordinateurs ».

Elle met en place des demi-journées de formation pour les mobiliser, leur présenter le protocole et les modalités de tirage au sort et les familiariser avec les questionnaires. Les médecins reçoivent un guide de collecte, des exemplaires de questionnaires et un support de formation. Le guide, rédigé avec l'appui de deux experts en toxicologie pour la partie risque chimique¹⁰, leur apporte des précisions sur le questionnaire. Ces éléments encouragent et facilitent la participation des médecins, car non seulement ils offrent un cadre sécurisant pour la durée de l'enquête, mais aussi et plus généralement, ils contribuent à l'enrichissement de leur pratique.

On l'a vu, le D^r Marianne Saux et, autour d'elle, les médecins inspecteurs impliqués dans *Sumer* servent un objectif de promotion de la médecine du travail. Pour eux, il est utile de nourrir les pratiques existantes :

« La médecine du travail était mal vue, puis avec les réflexions menées au sein d'associations ou de syndicats, avec les travaux de Dejours, il y a eu une montée en puissance de ce que pouvait faire la médecine du travail. Les gens de ma génération, on a porté et vécu ça. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, novembre 2019)

Le guide *Sumer* a comme objectif secondaire d'aider les médecins du travail à construire un tiers temps mis à profit pour une meilleure connaissance des conditions de travail, alors même que son contenu, souvent opaque car à la discrétion de chaque médecin, gagne à être valorisé. L'enquête va au-delà de la mise en lumière des pratiques existantes et vise à construire de nouveaux « automatismes », y compris durant les visites. De fait, les médecins participants mentionnent jusqu'à présent la dimension formatrice de *Sumer*, permettant une familiarisation avec des enjeux qu'ils ne maîtrisaient pas dans leur pratique routinière :

« Je trouve qu'en termes de méthodologie, pour quelqu'un qui arrive... On voit dans le questionnaire la manière dont on devrait faire à chaque fois finalement, hein, en fonction des risques. Donc je trouve que ça a le mérite d'appuyer ce qu'on ne nous apprend pas à la faculté [...]. Le guide est tout à fait bien fait, surtout au niveau risques chimiques ; moi, c'était quasiment mon livre de chevet [elle rit], je pense qu'il y a eu un groupe de travail très efficace. Ça apprend aussi à être un peu synthétique et rapide : la durée d'exposition, les protections collectives... d'acquérir certains automatismes. »

(Entretien post-enquête, médecin du travail, janvier 2018)

Comme dans d'autres contextes professionnels, la démarche de quantification redéfinit l'activité de ceux qui la mettent en œuvre, avec une visée normative (BOUSSARD, 2005). L'expertise des médecins sur les conditions de travail alimente l'enquête, mais en retour, celle-ci, dont le questionnaire est conçu par des spécialistes

10. Il s'agissait de Raymond Vincent de l'INRS et du docteur Robert Garnier, dont les expertises sont reconnues et régulièrement mobilisées par diverses instances, notamment par l'Inserm ou l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), sur la toxicité des éthers de glycol ou du cadmium.

de chaque grande famille de risques, alimente la pratique des médecins. En proposant un canevas de questions à poser aux salariés, *Sumer* a ainsi contribué à homogénéiser, dans une certaine mesure, les pratiques des médecins du travail et à élargir leur champ de questionnements, notamment sur la partie organisationnelle. Au fil des campagnes de collecte, de nombreux médecins du travail en ont bénéficié.

Une enquête renforcée à la suite des critiques des organisations patronales

La reconnaissance de *Sumer*, la poursuite du repérage des expositions aux produits cancérogènes et, plus récemment, les données chiffrées sur l'organisation du travail et le vécu du salarié ont eu tendance à exacerber les critiques méthodologiques émanant du patronat. Celles-ci vont conduire *in fine* à une démarche de légitimation de l'enquête qui va renforcer sa qualité statistique.

Dès la présentation du projet de l'enquête *Sumer* au Conseil supérieur de la prévention en 1994, les organisations patronales ont remis en cause sa qualité scientifique (RIVALIN, SANDRET, 2015). En dépit de la validation de Marcel Goldberg concernant le protocole et la qualité statistique, ces critiques se sont poursuivies jusqu'à l'édition de 2010. Les difficultés majeures pour *Sumer* ont toutefois vraiment démarré en 2007. Lors de la Conférence sociale tripartite sur les conditions de travail, le représentant du Mouvement des entreprises de France (Medef) et celui de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) se sont opposés de façon virulente à Antoine Magnier, directeur de la Dares, qui présentait le dossier sur les données d'enquête. Dans un courrier du 21 décembre 2007 transmis par le Medef au ministre du Travail de l'époque (Xavier Bertrand), puis à l'équipe de l'enquête *Sumer*, Laurence Parisot considère que « *Sumer* ne présente pas les garanties de sérieux suffisantes » et déplore que l'enquête « mélange une enquête d'opinion auprès des salariés et l'avis d'expert des médecins du travail. Ainsi, les réponses des salariés peuvent être modulées ou modifiées par le médecin du travail qui est également l'enquêteur ». Elle demande alors, au cours de l'élaboration de l'édition 2010, « que *Sumer* soit améliorée afin que ses résultats soient scientifiquement validés » et établit une série de propositions pour faire une autre enquête.

En documentant les expositions principales par secteur d'activité, *Sumer* élargit les connaissances disponibles sur les risques inhérents à tel ou tel type d'activités et renforce alors la nouvelle obligation dite « de sécurité de résultats » des employeurs¹¹, ce qui a pu contribuer aux crispations patronales vis-à-vis de l'enquête. Le Medef s'oppose donc à celle-ci en formulant trois principales critiques. La première porte encore et toujours sur le principe du volontariat, qui induirait un « biais statistique » dans la collecte des données car les médecins volontaires surestimerait le nombre

11. Depuis 2002, un arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation contraint les employeurs à mettre en œuvre des moyens de prévention adéquats pour les risques qu'ils ne peuvent ignorer. Une plus fine connaissance des expositions par secteur professionnel a donc des conséquences sur l'état des connaissances disponibles sur lequel se base la jurisprudence.

de salariés exposés. Comment répondre à cette critique alors que le principe du volontariat est au cœur de la méthodologie de *Sumer* ? L'enquête étant considérée comme chronophage et complexe, s'appuyer sur des médecins tirés au sort pourrait entraîner, de la part de ces derniers, une faible participation ou un investissement moindre dans la démarche de recueil de données, avec des conséquences sur la qualité de celles-ci.

Le volontariat est donc conservé, mais l'équipe s'attache à évaluer l'existence et l'ampleur d'un éventuel biais. Dans cette optique, et à la demande du Medef, une expérimentation doit permettre d'objectiver une éventuelle surestimation des expositions signalées par les médecins volontaires, en faisant participer des médecins tirés au sort¹². Les résultats ne sont qu'indicatifs au vu de la très faible participation des médecins tirés au sort pour l'expérimentation¹³. Ces derniers signalent dans les mêmes proportions que les médecins volontaires la présence d'expositions, mais dans des proportions plus faibles les expositions longues¹⁴. L'enquête se dote également depuis 2010 d'un « questionnaire médecin » approfondi visant à comparer les profils des médecins participant à *Sumer* à ceux des médecins qui n'y participent pas¹⁵ et à corriger par un redressement statistique les différences. Les résultats montrent des différences assez peu significatives entre les profils des médecins participant à *Sumer* et ceux de l'ensemble des médecins du travail.

La deuxième critique émanant du patronat porte sur la mesure de l'exposition au risque, que le point de vue subjectif du médecin du travail biaiserait. Depuis le départ, l'une des principales craintes exprimées par les représentants patronaux concerne l'exposition aux produits chimiques, qui serait amplifiée par les enquêteurs. Pour désamorcer ces craintes, les tenants de l'enquête avaient, dès 1994, dépêché une enquête complémentaire intitulée *Hygiène industrielle* : les salariés interrogés par les médecins du travail dans le cadre de *Sumer* étaient interrogés à nouveau par des hygiénistes industriels de l'équipe du professeur Bergeret, professeur de médecine du travail à Lyon. En dépit de résultats concluant à la concordance des réponses, les critiques ont persévéré et ce travail a été renouvelé en 2003 et en 2010¹⁶ pour en consolider les résultats.

La troisième critique concerne le fait que les médecins du travail pourraient influencer les salariés dans leurs réponses. L'effet des interactions inévitables entre

12. Des médecins de quatre régions (Île-de-France, Centre, Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais) sont ainsi tirés au sort. On leur propose ensuite le protocole de collecte de base : formation et collecte des données.

13. Seuls 21 médecins tirés au sort, soit 11 % de cet échantillon, ont accepté de participer à l'enquête.

14. Les médecins non volontaires ont attribué des durées d'expositions très faibles (inférieures à deux heures par semaine) pour près de la moitié des expositions repérées. On peut faire l'hypothèse que les non-volontaires se sont contentés de repérer la présence d'expositions sans chercher à en quantifier précisément la durée hebdomadaire.

15. Les questions portent sur les caractéristiques démographiques des médecins, le service dans lequel ils exercent et la participation à *Sumer*.

16. Bien que n'étant plus un sujet de controverse, l'enquête *Hygiène industrielle* a été refaite en 2010 par l'équipe de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France. Des entretiens téléphoniques ont été menés auprès des salariés déjà enquêtés, exposés à des risques chimiques et volontaires pour être réinterrogés. Les résultats de cette enquête ont été rendus publics par la Dares dans le bilan de l'enquête *Sumer* 2010.

médecins et patients est pourtant encadré par le protocole d'enquête : le questionnaire distingue le questionnement direct sur le vécu du salarié (*via* l'auto-questionnaire), le recueil par le médecin des réponses du salarié sur l'organisation de son travail, et enfin le questionnement expert sur les contraintes physiques, chimiques et biologiques. Ces éléments liés aux aléas de l'intersubjectivité sont également pris en compte lors des analyses des données et rappelés dans les publications.

Ces critiques reflètent surtout une crainte vis-à-vis des données produites, en particulier celles relatives aux expositions chimiques, le scandale de l'amiante ayant montré qu'elles pouvaient recouvrir des enjeux très importants sur le plan sanitaire, mais aussi financier. Ces critiques ont, malgré elles, pour effet de renforcer *Sumer*, qui adapte sa méthodologie et soigne sa légitimité pour mieux y faire face.

En dépit des contestations patronales, le directeur général du travail (Jean-Denis Combrexelle), en accord avec le directeur de la Dares, Antoine Magnier, décide de ne pas décaler le démarrage de la nouvelle édition 2010. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce choix. Premièrement, l'enquête *Sumer* bénéficie à cette époque d'une solide légitimité scientifique et sociale, qui s'appuie notamment sur la réputation des acteurs qui l'ont mise en œuvre et sur la composition de son comité scientifique, qui regroupe un socle institutionnel large et établi. Elle est devenue l'une des enquêtes de référence du ministère sur les expositions professionnelles et ses résultats sont fréquemment cités. Appuyée par les syndicats de salariés, l'enquête jouit également d'un large soutien des médecins du travail et des préventeurs en général, qui auraient pu se mobiliser en cas d'abandon de la part des institutionnels. Deuxièmement, les arguments avancés à l'époque par Thomas Coutrot et l'ensemble de l'équipe *Sumer*, qui compte des statisticiens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), concernant la validité scientifique de l'enquête et ses garanties méthodologiques, ont joué en faveur du maintien du dispositif en dépit des critiques. Enfin, d'autres acteurs de l'enquête expliquent également qu'il était impossible pour la haute administration, après le scandale de l'amiante au sujet duquel certains hauts fonctionnaires du ministère du Travail avaient été interrogés par les juges, de justifier l'arrêt d'une enquête qui permettait, enfin, d'évaluer l'ampleur des expositions à l'amiante et à d'autres produits tout aussi toxiques :

« *Sumer* était devenue LA référence du ministère sur les expositions professionnelles. Les chiffres ont beaucoup circulé, il aurait fallu bien légitimer son arrêt. Sa notoriété était également liée à la réputation de Volkoff, de Gollac et son comité scientifique assez indiscutable, avec une assise institutionnelle large. Il y a une légitimité scientifique et sociale forte construite autour de ces enquêtes. C'était donc difficile de faire ça discrètement. Mais ce n'est pas suffisant pour maintenir des enquêtes qui s'opposent au pouvoir économique. Le truc décisif, c'est l'épée de Damoclès judiciaire. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, décembre 2018)

Pour répondre durablement aux critiques et asseoir sa légitimité, l'équipe de l'enquête *Sumer* décide d'obtenir le « label d'intérêt général et de qualité statistique »

auprès du comité concerné. C'est l'occasion d'améliorer la méthodologie mise en œuvre, que ce soit au niveau du protocole de collecte, des opérations parallèles de validation du protocole, des résultats ou encore des traitements statistiques. Dans le cadre de la procédure Cnis (Conseil national de l'information statistique), un comité de suivi composé des partenaires sociaux est créé afin de favoriser le dialogue régulier avec les concepteurs de l'enquête. En dépit de ses particularités, *Sumer* a ainsi pu entrer dans le cercle des enquêtes françaises labellisées et reconnues du service statistique public français en obtenant son premier label en 2008.

Progressivement, c'est donc ce que *Sumer* a offert comme pistes et outils, pour la recherche comme pour la prévention, qui a motivé les porteurs de l'enquête et les a poussés à persévérer dans la quête d'une pleine légitimité statistique, concrétisée par le label du Cnis en 2008. Cette mutation n'a pu se faire qu'au prix d'un basculement dans la gouvernance de l'enquête : la Dares a peu à peu pris la main et, ce faisant, a amené l'enquête vers davantage de légitimité statistique, à la fois grâce aux statisticiens de l'équipe et au label obtenu. Parallèlement, l'Inspection médicale du travail, en perte de vitesse politique, est accaparée par les réformes du système de prévention et les MIRT disposent de moins de temps pour s'impliquer dans l'enquête. Or le défi des campagnes suivantes sera précisément de parvenir à continuer à mobiliser les médecins (et de conserver les médecins inspecteurs comme relais) dans un contexte où leur mode d'exercice se reconfigure profondément et où l'accès aux données de terrain ne peut donc plus se faire dans les mêmes conditions qu'au début de l'enquête.

L'adaptation de l'enquête face aux changements récents des réglementations de la santé au travail

Le renforcement statistique de l'enquête laisse moins de prises à l'opposition patronale, qui s'atténue lors de la campagne 2010. Cependant, l'enquête doit faire face aux réformes successives de la médecine du travail, dont les évolutions interrogent plus largement l'avenir des dispositifs de veille en santé au travail. La connaissance des salariés et des postes de travail qu'ont les médecins les positionne de manière privilégiée pour cette mission mais cette dernière est ébranlée par les réformes. De plus, initialement, les médecins définissaient seuls leurs priorités, leurs directions se contentant de leur fournir les moyens de les mener à bien. Depuis 2012, la définition des missions de santé au travail incombe également aux SSTI qui les emploient. Ainsi, en théorie, la mission de veille est étendue à de nombreux acteurs de la prévention, organisés en équipes pluridisciplinaires, « animées et coordonnées » par le médecin du travail. Dans les faits, la mise en place de la veille est peu développée. Les SSTI, confrontés à un déficit de médecins, organisent désormais leur offre aux entreprises à la manière de prestataires privés (BARLET, 2019). La priorité n'est donc pas donnée à la mission de veille. Individuellement, les médecins restent libres de participer à l'enquête mais ils disposent de moins de temps et de latitude pour le faire.

Une démedicalisation des dispositifs de veille en santé au travail ?

Jusqu'en 2010, *Sumer* s'appuie sur les examens périodiques prévus dans les agendas des médecins et que ces derniers parviennent globalement à respecter, malgré une charge de travail importante. L'enquête de 2010 et plus encore celle de 2016-2017 se déroulent dans un contexte de changements importants pour la médecine du travail. La réforme de 2004 espace les visites périodiques obligatoires (l'intervalle passant d'un à deux ans) et incite les entreprises qui souhaitent conserver une visite annuelle à déclarer leurs salariés comme devant bénéficier d'une surveillance médicale renforcée (SMR, anciennement surveillance médicale spéciale). Alors que la profession souffre d'une pénurie de main-d'œuvre et que les effectifs de salariés suivis augmentent, les médecins du travail ont tendance à adresser en priorité leurs convocations aux salariés en SMR ou à ceux dont les expositions (ou l'état de santé) justifient un suivi. De plus, la part des visites à la demande (des salariés ou des employeurs) augmentant, une difficulté croissante à réaliser les visites systématiques prévues par la réglementation, sur lesquelles se fonde l'enquête *Sumer* dès l'origine, apparaît :

« Tant qu'on pouvait se baser sur l'hypothèse que tous les salariés venaient en visite car c'était obligatoire, ça allait, mais maintenant que c'est très différent, ça pose problème. Le problème dans *Sumer*, c'est que les salariés [exposés] sont ceux qui viennent en visite médicale et on ne sait pas pourquoi ils viennent. »

(Entretien équipe *Sumer*, mars 2019)

À partir de 2010, ce biais est pris en compte dans le redressement de l'enquête, afin d'éviter que la population enquêtée ne soit pas, de fait, surexposée. En 2012, un décret porte à deux ans l'intervalle entre deux visites pour tous les salariés avec la possibilité d'allonger celui-ci par une dérogation de la Direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Il instaure aussi la possibilité d'entretiens infirmiers dérogatoires, en alternance avec les visites médicales. Les médecins travaillant en équipe avec des infirmiers leur délèguent le suivi périodique des salariés les moins exposés. Ils ne peuvent donc plus tirer au sort les salariés, comme dans les enquêtes précédentes, les agendas des infirmiers et ceux des médecins étant disjoints et les populations reçues ayant des degrés d'exposition différents. Le protocole d'enquête de *Sumer* 2010 n'est donc plus adapté à ces nouvelles situations.

Ces constats et l'intérêt toujours fort des médecins du travail pour *Sumer* conduisent à des réflexions pour esquisser un nouveau protocole d'enquête qui prendrait en compte les nouvelles contraintes pour l'édition 2017. Le comité scientifique se mobilise et, à l'initiative des MIRT, des groupes de réflexion régionaux sont également mis en place. Au terme de ces échanges, le protocole est adapté. Les médecins ou les équipes qui souffrent de retard dans leurs convocations peuvent désormais effectuer un tirage au sort parmi l'ensemble des salariés qui leur sont attribués : ils effectuent alors des visites spécifiques dans le cadre de l'enquête *Sumer* (COUTROT *et al.*, 2018). Cependant, dans un contexte où toutes les demandes de visites ne sont pas honorées faute de temps, la

convocation « au hasard » d'un seul salarié en visite périodique apparaît arbitraire et occasionne parfois des tensions (BARLET, 2020) :

« Dans des entreprises auxquelles je ne donnais aucune visite périodique, là j'en prends trois, et en plus je les garde super longtemps... Je leur ai dit que c'était tiré au sort, que c'était le hasard. Mais sur des grosses boîtes, il y a toujours un responsable pour me dire : "Ah ben, comme par hasard ça tombe sur lui", et j'ai senti qu'il y avait une sorte de suspicion. "Il a dû demander à être reçu pour se plaindre." »

(Entretien post-enquête, médecin du travail, décembre 2018)

En cours de collecte, la législation évolue encore avec la suppression de l'obligation de suivi médical des salariés non identifiés comme étant exposés à des risques particuliers – ils peuvent alors être vus tous les quatre ans par une infirmière (loi du 8 août et décret du 27 décembre 2016). Les médecins rencontrés ayant participé à la dernière collecte, déjà dans des conditions difficiles, affirment alors ne pas pouvoir se projeter pour une prochaine campagne, dans des conditions qu'ils imaginent encore plus problématiques.

Parallèlement, l'évolution de l'IMT et de son poids politique reflète celle, plus globale, de la santé au travail dans le débat public. Collaborateurs des inspecteurs du travail sur le volet de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP), les médecins inspecteurs étaient directement rattachés au directeur régional du travail et régulièrement consultés pour l'élaboration des politiques de prévention. L'instance disposait également d'un budget propre et donc d'une certaine autonomie. À partir de 2010, les Direccte regroupent plusieurs services déconcentrés de l'État, parmi lesquels l'ancienne Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP). Les MIRT sont alors rattachés au pôle « travail » et descendent ainsi d'un échelon hiérarchique. Ils perdent également leur budget et ne sont plus invités à discuter les textes de lois, ce qui nourrit chez eux un sentiment de « déclasserment » :

« Le poids de l'aspect médical est mis de côté, il n'est plus prioritaire, on est plus sur le champ du rapport de force politique et des positionnements du directeur du travail. »

(Membre de l'équipe *Sumer*, décembre 2019)

Paradoxalement, plus la thématique de la santé au travail prend de l'importance politique et s'institutionnalise, moins les médecins en sont partie prenante. Dans un tournant caractéristique du nouveau management public, la problématique est technicisée et transférée à des agences nationales portant une forte légitimité scientifique : d'abord, le département santé au travail de l'InVS (Institut national de veille sanitaire), puis l'Afsset (Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail), et enfin l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) et Santé publique France. Ces acteurs sont des concurrents de taille, y compris pour les services ministériels qui produisent des données de veille et craignent de se voir déposséder d'enquêtes comme *Sumer*.

À l'inverse, l'Inspection médicale, tout comme la médecine du travail mais de manière plus aiguë encore, peine à recruter : en 2010, 41 postes sur 76 en France ne sont pas pourvus. La diversité des missions et le manque de moyens et de reconnaissance rendent cette position d'autant moins attractive que les postes de médecins du travail sont nombreux et leurs salaires plus intéressants. Ce manque de moyens financiers et humains compromet la mission de veille qui incombe aux MIRT (FAYNER, 2010). L'enquête échappe alors dans une certaine mesure à l'Inspection médicale du travail qui avait tant contribué à sa mise en place et qui, à partir de 2010, a désormais moins de poids dans les décisions qui la concernent.

L'enquête 2017 et ses suites : quel avenir pour la veille en santé au travail ?

Lors de la campagne 2017 de l'enquête, les médecins participants ont la possibilité de faire appel à d'autres professionnels pour les aider à remplir les questionnaires, notamment les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP, qui peuvent être des ergonomes, des toxicologues, des psychologues ou des techniciens hygiène, sécurité, environnement [HSE]) et les infirmières. La post-enquête sur le protocole de collecte de 2016-2017 montre que les conditions de travail des médecins affectent à la fois leur mobilisation et le déroulement du recueil de données. Ainsi, la post-enquête indique que si le travail de convocation, d'organisation des visites et d'accueil est effectué par les assistantes médicales et que le recueil des données peut être réparti entre médecins et infirmières, l'engagement dans l'enquête est alors plus important.

Pour ce qui est du recueil d'informations complémentaires sur le lieu de travail, précieux pour les risques chimiques en particulier, les médecins se font rarement aider. D'une part, la présence d'IPRP pouvant se déplacer sur le lieu de travail n'est pas garantie dans tous les services de santé au travail (SST) et, d'autre part, les médecins ne se sentent pas le droit de mobiliser ce personnel pour la veille sanitaire, car il n'y est pas habituellement affecté et qu'il est déjà très accaparé par d'autres missions (BARLET *et al.*, 2019).

Contraints dans l'organisation de leur activité, les médecins le sont également par des conditions d'exercice difficiles. La part accrue de visites de reprise après arrêt maladie, de visites à la demande ou d'inaptitude contribue, de fait, à les maintenir dans le cabinet médical pour gérer des situations individuelles dégradées, en aval des risques professionnels. Dans ce contexte, la priorisation des tâches et des missions ne dépend pas de chaque individu et de sa vision de ce qu'est ou devrait être le métier, mais s'inscrit dans des problématiques collectives, dont les SST et leurs directions donnent le ton (BARLET, 2019). Des conditions de travail inadéquates, et notamment l'absence de collaborations réellement aidantes, peuvent décourager les médecins d'effectuer leur mission de veille.

À moins que le médecin inspecteur compétent sur leur secteur ne fasse pression ou qu'une direction de service volontariste ne leur donne des moyens dédiés, les médecins se sentent souvent peu soutenus dans cette mission de veille. Même quand ils s'y investissent, l'enquête *Sumer* n'est pas forcément leur premier choix, car il existe des

enquêtes moins coûteuses en temps ; selon les témoignages de médecins participants, *Sumer* nécessite entre 45 minutes et une heure par salarié, contre une dizaine de minutes pour l'enquête *Évolutions et relations en santé au travail (EVREST)*, dont le questionnaire tient sur un recto verso. Ainsi, la campagne *Sumer* de 2017 enregistre une baisse importante du nombre de médecins volontaires et du nombre de salariés enquêtés¹⁷, malgré l'élargissement de l'enquête à l'ensemble des départements d'outre-mer (DOM) et de la fonction publique d'État. La dynamique de l'enquête *Sumer*, comme celle des autres dispositifs de veille en santé au travail reposant sur la mobilisation des médecins du travail, a donc été affectée par les réformes successives de la médecine du travail.

Parallèlement à ces difficultés, des logiciels se développent dans les SST, permettant de collecter des informations sur les conditions de travail et la santé des salariés à partir des données recueillies lors des consultations ou dans les fiches d'entreprises, en utilisant un thésaurus harmonisé. Les directions des SST ont depuis longtemps l'ambition d'en extraire des données sans occasionner de travail additionnel au médecin ou aux équipes. Or, si le thésaurus est un outil nécessaire à l'harmonisation du recueil des données, son utilisation nécessite d'être accompagnée par un protocole précis et homogène, qu'il est impossible d'exiger pour toutes les visites, étant donné la charge de travail des médecins. De plus, les données recueillies pendant la visite médicale ne peuvent pas être exhaustives. Elles sont principalement centrées sur les expositions susceptibles d'avoir des effets délétères sur la santé des salariés, et risquent de ce fait d'être lacunaires et de mauvaise qualité, en dépit de la taille importante de l'échantillon.

Ces nouveaux dispositifs sont donc loin de pouvoir remplacer les différentes enquêtes existantes dont, nous l'avons vu à travers l'exemple de *Sumer*, les protocoles sont travaillés, rodés, adaptés, et leurs enquêteurs accompagnés, parfois durant des décennies.

Une nouvelle enquête *Sumer* est en préparation pour 2025 avec un protocole qui évolue pour pouvoir s'inscrire au mieux dans l'activité du médecin du travail et de son équipe. Elle sera toujours basée sur le volontariat du médecin et de son équipe et avec un questionnaire fermé, mais elle sera annualisée et seuls 10 questionnaires par équipe médicale seront demandés, quand auparavant il leur fallait en rendre 30 remplis en trois mois.

L'empilement des données de plusieurs années consécutives permettra de constituer une base de données équivalente aux éditions précédentes pour produire des résultats par secteur d'activité, famille professionnelle, région, etc.



Lancée à la fin des années 1970, l'enquête *Sumer* a contribué à mettre en lumière l'activité de veille en santé au travail effectuée par les médecins du travail. Dans le même temps, elle a permis à ces derniers de nourrir leurs pratiques médicales, grâce

17. 1 243 médecins participants ont enquêté auprès de 30 000 salariés.

notamment à ce qu'ils ont découvert en renseignant les questionnaires de l'enquête. Comme le souhaitent ses instigateurs, l'enquête a produit des chiffres utiles à la prévention et aux préventeurs, grâce à un protocole pointu, capable de décrire les conditions de travail et les expositions aux risques.

Cependant, les relations entre production des connaissances et légitimation du groupe professionnel ne se sont pas nouées sans heurts. L'Inspection médicale du travail a été un acteur incontournable d'une production de connaissances fondée sur le travail des médecins du travail mais, dans le cas de *Sumer*, la formalisation progressive du protocole de recueil de données a renforcé le poids des acteurs non médicaux. La dynamique positive entourant l'enquête n'aura en effet pas suffi à orienter les différentes évolutions du système de prévention dans le sens d'un renforcement du rôle du médecin du travail. Si les connaissances produites ont gagné en légitimité avec le temps, grâce à un cadre scientifique en constante adaptation face aux critiques qui lui sont adressées, et si les médecins du travail ont pu y glaner certaines rétributions symboliques, la profession dans son ensemble ne s'est pas retrouvée confortée dans son rôle de veille. Les réformes successives ont redéfini la place des médecins en santé au travail et le territoire professionnel propre des médecins du travail a été l'objet de constants ajustements, fruits de « conflits de juridictions » (ABBOTT, 1986) avec les groupes professionnels avec lesquels ils collaborent (BARLET, 2019).

L'histoire récente de l'enquête *Sumer* reflète notamment les difficultés des médecins du travail à continuer à assumer leur mission de veille et, plus généralement, leur mission de prévention. Leur expertise des conditions de travail reposait en effet sur le double accès *via* les consultations et *via* les actions en milieu de travail. Or c'est aujourd'hui une pluralité d'acteurs qui couvrent ces domaines : les IPRP secondent les médecins sur le volet collectif et les infirmières sur le volet individuel. Le médecin doit donc animer cette équipe pluridisciplinaire ; concentrant dans les faits son action sur les visites problématiques, il n'a désormais que peu de temps pour observer les conditions de travail et rencontrer des salariés bien portants. Le nouveau protocole de *Sumer* pour 2025 est pensé pour contrer les effets sur l'enquête de cette reconfiguration de l'activité des médecins du travail et de leurs équipes, notamment grâce à une annulation qui allège et facilite le recueil de données. Il s'agit également de composer avec un éclatement de l'expertise en mobilisant davantage de professionnels différents pour pouvoir obtenir des données – en espérant que le glissement vers un système plus technique et éloigné du terrain et de ses problématiques concrètes ne vienne pas à bout de la production, par les acteurs de la prévention, de données chiffrées pertinentes sur les conditions de travail. Dans tous les cas, les SSTI et leurs directions devront être davantage impliqués dans cette démarche de veille et donner les moyens aux équipes médicales de s'investir pour que perdure cet outil d'observation stratégique des conditions de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT A. (1986), « Jurisdictional Conflicts: A New Approach to the Development of the Legal Professions », *Law & Social Inquiry. Journal of the American Bar Foundation*, vol. 11, n° 2, p. 187-224.
- BARLET B. (2019), *La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels*, Toulouse, Octarès.
- BARLET B., MALARMEY H., MEMMI S. (2019), « Nouveau protocole et baisse de la participation des médecins : la collecte de données de l'enquête Sumer 2016-2017 à l'épreuve de l'organisation de la santé au travail », *Références en santé au travail*, n° 157, p. 107-117.
- BARLET B. (2020), « Conditions de recueil de données et pluridisciplinarité dans l'enquête Sumer de 2016-2017 », in Barlet B., Malarme H., équipe nationale Sumer (collab.), « Les conditions concrètes du recueil des données de l'enquête Sumer 2016-2017. Un regard à travers deux études sociologiques », *Rapport d'études*, n° 2, Dares, p. 1-63.
- BOUSSARD V. (dir.) (2005), *Au nom de la norme. Les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan.
- BUÉ J., COUTROT T., PUECH I. (dir.) (2004), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octarès.
- BUÉ J., COUTROT T., GUIGNON N., SANDRET N. (2008), « Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 45-70.
- CARTIER M., MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S. (2019), « Observer et quantifier le travail pour mieux le comprendre. Un dialogue à la rencontre de l'ethnographie et de la statistique », *Travail et Emploi*, n° 158, p. 155-182.
- COUTROT T., MEMMI S., ROSANKIS É., SANDRET N., LÉONARD M., MORAND S., TASSY V., ZILLONIZ S. (2018), « Enquête Sumer 2016-2017 : bilan de la collecte », *Références en santé au travail*, n° 156, p. 19-27.
- DAUBAS-LETOURNEUX V. (2008), « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 213-235.
- DEJOURS C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- DODIER N. (1990), *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. La contribution des médecins du travail à l'enquête Sumer sur les risques professionnels*, Paris, La Documentation française, coll. « Document travail-emploi ».
- DODIER N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- FAYNER E. (2010), « Directions régionales du Travail : l'Inspection médicale au bord de l'asphyxie », *Santé et travail*, n° 71, p. 18.

GEERKENS É., HATZFELD N., LESPINET-MORET I., VIGNA X. (dir.) (2019), *Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine. Entre pratiques scientifiques et passions politiques*, Paris, La Découverte.

GOLLAC M., VOLKOFF S. (2010), « Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », *Document de travail*, n° 127, Centre d'études de l'emploi.

GUÉGUEN A., GOLDBERG M., BONENFANT S., MARTIN J.-C. (2004), « Using a Representative Sample of Workers for Constructing the SUMEX French General Population Based Job-Exposure Matrix », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, n° 7, p. 586-593.

MALADRY P., TORDJMAN I. (2018), « Médecin inspecteur du travail : quelles sont ses missions ? », *La Revue du praticien*, vol. 68, n° 5, p. 547-549.

MARICHALAR P., PITTI L. (2013), « 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, p. 114-131.

PIOTET F., CORREIA M., LATTÈS C., MOISAN A. (1997), « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 58, n° 1-2, p. 62-129.

RIVALIN R., SANDRET N. (2015), « Suivi statistique des expositions professionnelles et controverses sociales : une histoire de l'enquête Sumer », in Thébaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S. (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, p. 439-446.

VINCENT R., KAUPPINEN T., TOIKKANEN J., PEDERSEN D., YOUNG R., KOGEVINAS M. (1999), « CAREX. Système international d'information sur l'exposition professionnelle aux agents cancérigènes en Europe. Résultats des estimations pour la France pendant les années 1990-1993 », *Hygiène et sécurité du travail*, n° 176, p. 49-90.

VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F. (2010), « Quantifier sans broyer ? Les statistiques en santé au travail à la rencontre des analyses cliniques », in Clot Y., Lhuillier D. (dir.), *Travail et Santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Érès, p. 175-188.

WISNER A. (1999), « Itinéraire d'un ergonomiste dans l'histoire de la psychologie contemporaine », in CLOT Y. (dir.), *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluri-disciplinaire*, 2^e éd., Toulouse, Octarès, p. 185-198.

Rationalisation et marchandisation de la prévention

Le levier de l'évaluation des risques professionnels dans les services de santé au travail

*Lucie Horn**

La loi du 2 août 2021 fait de l'évaluation des risques professionnels une prérogative des services de santé au travail. Or cette pratique était déjà largement déployée, prescrite et formalisée dans les services en question. À partir d'une observation participante menée dans l'un de ces services, l'objet de cet article est d'analyser sa montée en puissance. Tout d'abord, il examine la façon dont l'évaluation des risques s'est imposée malgré les réticences de certains médecins du travail et en dépit de l'indépendance statutaire dont ils bénéficient en théorie. Ensuite, il étudie comment le développement de cette pratique a permis une rationalisation et une marchandisation de l'activité de prévention. Enfin, l'article analyse le déploiement de cette évaluation comme un exemple de managérialisation du droit qui répond aux revendications de changement des conditions de travail par une satisfaction des besoins de l'employeur-se.

L'éclatement du scandale de l'amiante à la fin des années 1990 a profondément atteint les institutions chargées de la préservation de la santé des salarié·es, parmi lesquelles la médecine du travail (HENRY, 2003). Selon la loi de 1946, cette spécialité médicale est obligatoire pour les entreprises et chargée « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Comment pouvait-elle alors justifier son incapacité à protéger les salarié·es dont elle assurait la surveillance d'une exposition massive et généralisée à ce minéral toxique, cancérigène et connu comme tel depuis les années 1950 ? En 2002, la loi de modernisation sociale a été présentée comme une réponse à cette situation de crise. Elle a bouleversé le cadre d'exercice de la médecine du travail en intégrant de nouveaux professionnels non-médecins dans les services de médecine du travail désormais *pluridisciplinaires* et rebaptisés en conséquence

* CeRIES au moment de la réponse à l'appel à contributions « Risques professionnels : une santé sous surveillance ? » ; luciehorn.z@gmail.com.

« services de santé au travail » (BARLET, 2015). Depuis, les lois et décrets se succèdent à un rythme tel que les changements n'ont pas le temps d'être consolidés, ni parfois même déployés, dans les pratiques des professionnel·les de la santé au travail, qu'ils sont déjà rendus caducs par une nouvelle transformation législative¹. Les services de santé au travail sont donc en mutation depuis une vingtaine d'années, avec toutefois certaines constantes comme la reconfiguration de l'activité des médecins du travail vers le management d'équipe (LECOMTE-MÉNAHÈS, 2017), ce qui fragilise l'autonomie de la profession bénéficiant pourtant de garanties d'indépendance inscrites dans le Code du travail, mais déjà menacée par le déclin des effectifs de ce groupe professionnel.

Dernière en date, la loi d'août 2021 renomme les services de santé au travail « services de prévention et de santé au travail » (SPST), ce qui indique la place amoindrie qui y est accordée à l'aspect médical, voire aux médecins du travail. La mission historique et jusqu'alors exclusive « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » est à présent mise sur le même plan que d'autres, telles que la réalisation d'objectifs de santé publique et la participation à l'évaluation des risques. Dans un domaine profondément façonné par des rapports, souvent antagonistes, entre santé des salarié·es et productivité de l'entreprise, cette évolution fissure l'édifice partisan qui a conduit à la loi de 1946. On peut y voir une nouvelle entrave à l'indépendance des médecins du travail, ainsi que l'ont analysé plusieurs recherches sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité (BARLET, 2015 ; LECOMTE-MÉNAHÈS, 2017). Cependant, les services de médecine du travail puis de santé au travail ont toujours réalisé d'autres missions que celle prévue par la loi de 1946, et ont même souvent pris une part très active à œuvrer directement à la productivité des entreprises, y compris parfois au détriment de la santé des salarié·es (BUZZI *et al.*, 2006 ; MARICHALAR, 2011 ; HORN, 2021). Ainsi, la participation à l'évaluation des risques existe déjà depuis plusieurs années dans les services de santé au travail.

Cet article se donne pour objectif de rendre compte de la manière dont les SPST ont intégré l'évaluation des risques en entreprise à leur juridiction au cours des dernières décennies, et ce, avant même l'adoption de la loi les y contraignant. Pour comprendre les raisons de cette anticipation, nous articulons trois axes de réflexion. En premier lieu, nous mettons en évidence l'existence d'entrepreneurs de cause qui, au sein de la médecine du travail, ont activement promu cette extension et œuvré à son inscription dans un texte de loi. Deuxièmement, nous soulignons que les directions des SPST ont pu y voir une occasion de diversifier les prestations marchandes qu'ils proposent aux entreprises, ainsi qu'un levier managérial pour redéfinir les positions respectives des corps de métiers qui les composent, rognant ainsi l'autonomie dont bénéficient les médecins du travail. En troisième lieu, nous objectivons les résistances de ces médecins à l'imposition de cette nouvelle mission d'évaluation des risques. Nous nous appuyons à cette fin sur une enquête conduite au sein d'un SPST du nord de la

1. Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, décrets du 24 juin 2003 et du 28 juillet 2004, loi du 20 juillet 2011, décret du 30 janvier 2012, loi travail 2016, loi du 2 août 2021.

France (encadré). Dans un premier temps, nous montrerons comment l'évaluation des risques s'est imposée dans ce service de santé au travail, avant de rendre compte de la manière dont cette dynamique modifie les pratiques de prévention en les rationalisant et en les marchandisant. Enfin, l'évaluation des risques sera envisagée comme levier d'une appropriation managériale de l'activité de prévention des risques professionnels.

ENCADRÉ

Une enquête de terrain par observation participante

Cet article s'appuie sur une enquête par observation participante d'une durée d'un an et demi dans un service de santé au travail du Nord-Pas-de-Calais. L'immersion longue a permis d'accéder à la façon dont le travail est organisé, prescrit et vécu par les professionnel·les, en même temps qu'à la manière dont les pratiques s'ajustent et évoluent dans le temps. Elle a été réalisée au sein d'un service de santé au travail important, actif à l'échelle des instances nationales et pionnier dans la mise en œuvre (et parfois dans l'anticipation) des réformes. Dans l'article, ce service est nommé SSTE pour service de santé au travail de l'enquête¹. SSTE résulte de la fusion de plusieurs petits services et il est aujourd'hui l'un des services de santé au travail les plus importants de la région. Au moment de l'enquête, il compte 31 446 entreprises adhérentes et assure le suivi de 452 390 salarié·es. Il emploie alors 173 médecins du travail, 42 infirmières, dont 26 infirmières en santé au travail² (IDEST), et 48 assistantes en santé au travail³ (AST). Ce service de santé au travail est l'un des premiers à avoir mis en place la pluridisciplinarité en embauchant des professionnel·les non-médecins (ergonomes, toxicologues, psychologues) appelé·es IPRP (pour intervenant·es en prévention des risques professionnels), et ce, avant même l'obligation légale. Il a contribué à la création des formations d'infirmier·e en santé au travail et d'assistant·e de santé au travail. C'est également l'un des premiers services à avoir intégré des chargé·es de projets pour mettre en œuvre des actions de prévention par projets. Par sa taille et son dynamisme, SSTE peut constituer un cas d'étude heuristique. J'ai justement intégré SSTE en tant que chargée de projets entre janvier 2013 et juin 2014. J'avais pour mission de coordonner la réalisation de projets portés par la direction du service ou par les médecins du travail. Ces projets pouvaient concerner la prévention des risques professionnels (bruit, cytotoxiques), mais également l'organisation aussi bien que le suivi de la mise en place des équipes de santé au travail avec les nouveaux·elles professionnel·les issu·es de l'ouverture à la pluridisciplinarité, ou encore l'aide à la rédaction du projet de service et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

1. À l'exception du professeur Paul Frimat qui est une figure publique, les noms et les prénoms qui apparaissent dans l'article ont été modifiés pour respecter l'anonymat des médecins et du service de santé au travail.

2. Ces infirmières diplômées d'État ont obtenu une spécialisation en santé au travail ; ce métier, presque exclusivement mais pas intégralement féminin, est féminisé dans l'article.

3. Les assistantes et assistants de santé au travail sont souvent d'anciennes secrétaires médicales ou d'anciens chauffeurs de centres mobiles – les cars dans lesquels les médecins du travail réalisaient les visites médicales sur le parking de l'entreprise. Le métier est donc majoritairement mais pas exclusivement féminin. Nous féminisons le terme pour rendre compte de cette prédominance.

L' enrôlement d' une profession à forte autonomie revendiquée pour la réalisation d' une pratique non consensuelle

L' évaluation des risques professionnels est une obligation légale de l' employeur-se depuis une loi de 1991 qui transpose la directive-cadre européenne de 1989 énonçant les principes généraux de prévention des risques professionnels. Mais cette loi est restée longtemps inappliquée, jusqu' au décret de 2001 qui en précise les modalités de mise en œuvre. L' évaluation des risques doit être consignée dans un document unique d' évaluation des risques (DUERP, plus couramment appelé DU), régulièrement mis à jour et obligatoire pour toute entreprise, quels que soient sa taille et son secteur d' activité. Les textes restent toutefois muets sur la façon dont ces risques doivent être évalués et consignés, comme sur la suite qui doit être donnée à cette évaluation. L' évaluation des risques reste une catégorie floue et mouvante. Bernard Cassou, professeur en santé publique, engagé de longue date pour la prise en compte des conséquences du travail sur la santé², évoque cette ambivalence au moment du déploiement de ce type d' évaluation :

« Prendra-t-on uniquement en compte les facteurs chimiques et physiques ou également ceux liés aux relations sociales et à l' organisation du travail ? De même l' entreprise est-elle prête à ne pas cantonner son évaluation au domaine où les événements risqués sont connus tout comme leur probabilité, pour s' engager dans des univers incertains (les événements sont connus, mais pas leur probabilité), voire des univers indéterminés (événements et probabilités inconnus) ? »

(CASSOU, 2003, p. 335)

Bien que ce soit une responsabilité de l' employeur-se, quand je suis arrivée à SSTE en 2014, la direction du service avait déjà commencé à se positionner sur la réalisation du document unique d' évaluation des risques (DU). Durant le temps de ma présence à SSTE, de nombreuses tensions, tantôt larvées, tantôt explicites, ont porté sur l' évaluation des risques.

Un projet d' aide à l' évaluation des risques pour les très petites entreprises

L' évaluation des risques s' est ancrée dans les pratiques de SSTE en 2010 par le biais d' un grand projet, cofinancé par la région. Ce projet résulte de la combinaison de préoccupations sanitaires et économiques qui, pour ses instigateurs – le professeur de pathologies professionnelles Paul Frimat et le vice-président de la région Pierre

2. Il a notamment codirigé un ouvrage intitulé *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, publié en 1985, dans lequel est regroupé l' ensemble des risques liés au travail sur la santé (y compris ceux liés à l' organisation du travail) ; il a été rédigé notamment avec l' idée de permettre une appropriation par les travailleur-ses des conséquences du travail sur la santé (CASSOU *et al.*, 1985). En 2015, l' ouvrage a été réécrit et réédité (THÉBAUD-MONY *et al.*, 2015).

de Saintignon³ –, se recoupe. Les services de santé au travail de la région ont ainsi perçu d'importants moyens – 630 000 euros attribués à SSTE pour l'année 2014 – afin d'embaucher des assistantes de santé au travail (AST) pour aider les très petites entreprises (TPE) de moins de 10 salarié·es à réaliser leur DU.

Concrètement, une personne, recrutée dans cet objectif⁴, contacte par téléphone toutes les entreprises de moins de 10 salarié·es des branches identifiées comme prioritaires par le projet (métiers de la beauté, boulangerie, bâtiment et travaux publics [BTP]) et leur propose une prestation d'aide à la réalisation de leur DU, effectuée gratuitement par une AST. Les AST proposent également directement cette prestation aux nouvelles entreprises au moment de leur adhésion obligatoire à SSTE. Avant de se rendre dans l'entreprise (ou d'effectuer la prestation par téléphone quand l'entreprise n'a pas de locaux), les AST contactent le·la médecin du travail qui assure le suivi de l'entreprise pour l'informer de la démarche et lui permettre de s'y associer⁵. Quand elles arrivent dans les locaux de l'entreprise, les AST commencent par se livrer à une description des lieux de travail avec un certain nombre d'informations à renseigner pour chaque atelier ou lieu de travail (présence de sanitaire, d'extincteur, d'aération, etc.). Elles renseignent ensuite l'« outil d'aide au document unique » du service, qui est un tableau en partie prérempli. Dans la première colonne, les risques habituellement rencontrés pour le secteur d'activité sont listés. Dans la deuxième colonne, les degrés de fréquence et de gravité dudit risque doivent être renseignés⁶ par les AST en concertation avec les employeur·ses. Dans la troisième colonne, les équipements ou mesures nécessaires à leur prévention sont suggérés, mais peuvent être modifiés ou complétés selon la situation existante. Les AST peuvent ensuite intégrer des commentaires. Dans les cas où elles observent des risques imprévus ou nécessitant des prises de mesures particulières, elles informent le médecin du travail chargé de la surveillance de l'entreprise qui peut proposer une intervention supplémentaire, réalisée ou supervisée par un·e intervenant·e en prévention des risques professionnels (IPRP). Dans tous les cas, elles transmettent le document au médecin du travail et, après la validation de ce dernier, l'envoient à l'employeur·se. L'évaluation des risques est standardisée et repose sur une identification *a priori* de dangers dont les AST doivent vérifier l'existence et estimer l'importance. Pour les AST, il s'agit aussi, au-delà de la

3. Selon Paul Frimat, Pierre de Saintignon avait en effet « très vite compris qu'entreprise en santé, c'est des salariés en santé. Et donc il a très vite compris le lien qu'il y avait entre performance économique et une politique de santé au travail intelligente » (entretien réalisé auprès de Paul Frimat, Professeur de pathologies professionnelles, en janvier 2015).

4. C'était initialement les AST qui s'occupaient de ces appels, mais elles s'en sont plaintes en raison de leur surcharge de travail et du caractère ingrat de cette activité étant donné le mauvais accueil que réservent parfois les petites employeur·ses au service de santé au travail ainsi que leur peu d'intérêt pour le document unique d'évaluation des risques. C'est donc en réaction à ces plaintes qu'un assistant a été embauché pour réaliser uniquement cette partie *phoning*. Celui-ci a évolué dans ses fonctions puisqu'il a finalement effectué la formation d'AST. Le *phoning* a alors été repris par une secrétaire sans affectation suite à des changements organisationnels.

5. Elles ne le faisaient pas toujours au début du projet puis elles l'ont fait systématiquement par la suite, en raison des accusations de la part de médecins du travail qui considéraient que le fait d'intervenir dans des entreprises dont ils avaient la surveillance, sans les en informer, constituait une atteinte à leur autonomie.

6. Selon un barème allant du vert au rouge en passant par le orange.

prestation, de sensibiliser les employeur·ses à l'existence de risques dans leur entreprise, aux effets que ceux-ci peuvent avoir sur leur santé et sur celle des salarié·es qu'ils embauchent, et de les informer sur les mesures qu'ils peuvent mettre en place pour les atténuer ou les supprimer.

Ce projet cristallise beaucoup d'oppositions de la part des médecins du travail. Celles-ci sont liées à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité ou motivées par le refus de ces médecins de participer à l'évaluation des risques. De fait, ces deux aspects sont inextricables et affectent tous deux l'indépendance médicale.

La position du D^r Martine Celisse, médecin du travail d'une quarantaine d'années, permet de comprendre l'opposition à la réalisation du document unique.

« Le DU [...], c'est la responsabilité de l'employeur parce que c'est à lui de te déclarer ses risques. Toi, tu peux l'aider à les voir mais c'est quand même à lui de te les déclarer [...]. C'est pas à toi de le faire à sa place. [...] Derrière tout ça, y a quand même une notion de responsabilité. Nous, on est des conseillers pour l'employeur, des conseillers pour les salariés, ce n'est pas nous qui avons l'entreprise. Si l'entreprise utilise des produits chimiques... ce n'est pas nous qui avons décidé d'utiliser ce produit chimique, tu comprends ? Alors nous, on peut dire à l'employeur, "attention vous avez ce produit, on vous conseille d'en changer" ou "on attire votre attention sur le fait que si vous êtes obligés d'utiliser celui-là, il faut mettre tel équipement de protection en collectif ou en individuel"... Mais à la base, ce n'est pas nous qui avons choisi de l'utiliser, tu me suis ? Ce n'est pas la médecine du travail qui fait travailler les gens, tu me suis ?

Question : – Hum... Et du coup si on fait le DU, c'est comme si quelque part, on... on quoi ?

– On endossait une part de responsabilité des expositions des gens ; moi, c'est comme ça que je le vois. Pour moi, le document unique, il n'est pas fait pour ça. [...] Alors effectivement comme c'est complexe, on peut expliquer comment il faut faire, mais on ne doit pas le faire à sa place. Parce que sinon, c'est la porte ouverte à tout : que ce soit de la part des employeurs ou des salariés, ils diront que s'ils sont malades, c'est de la faute de la médecine du travail. »

(D^r Martine Celisse, médecin du travail,
extrait d'entretien réalisé en janvier 2015)

Pour cette médecin, apposer son nom au DU, c'est en quelque sorte comme si la médecine du travail légitimait les conditions de travail décidées par l'employeur·se.

Par ailleurs, une opposition plus directe ne porte pas sur la réalisation du document unique en tant que telle, mais sur le contenu de l'intervention proposée et la façon dont celle-ci s'impose aux médecins du travail. Au lancement du projet, des professionnel·les des différents métiers du service se sont réunies dans un groupe de travail pluridisciplinaire pour élaborer les outils d'aide à l'évaluation des risques. Ce groupe s'est penché sur les secteurs d'activité prévus par le projet. Il a étudié les différentes tâches des métiers concernés ainsi que les expositions professionnelles qui y sont fréquemment associées et a établi une liste longue et détaillée des risques pouvant

être présents selon les activités observées. L'idée était ensuite que les AST analysent les tâches réalisées dans l'entreprise et voient si les risques pré-listés sont présents, *via* une analyse par tâche portant sur la situation de travail. Or la direction du service y a vu une perte de temps et préféré un outil qui liste les risques directement par secteur d'activité sans détour par les activités de travail, *via* une analyse par risque portant sur le milieu de travail. Pour le groupe pluridisciplinaire, le fait de partir de l'activité de travail et d'analyser les différentes tâches qui la composent pour détecter la présence ou non de risques est la seule façon de recenser les risques effectivement présents selon les situations de travail. Selon la direction, il est plus rapide et tout aussi efficace de partir d'un listing de risques établi *a priori* que les AST passent en revue pour analyser leur présence éventuelle dans le milieu de travail. Il est intéressant de noter ici qu'au-delà de l'imposition d'une pratique qui heurte l'indépendance médicale, le conflit porte sur la cible de l'évaluation : pour évaluer les risques, faut-il analyser la situation de travail, le milieu de travail, voire (même si ce n'est pas le cas ici) les salarié·es eux·elles-mêmes ? La défense d'un examen de la situation de travail qui englobe de fait l'environnement de travail, mais intègre également l'activité du travailleur·se à l'analyse, le·la considérant comme actif·ve par rapport à son milieu de travail, se situe dans une perspective de clinique de l'activité. Au contraire, l'analyse du milieu comme producteur de risques, indépendamment des interactions et des rapports de pouvoirs qui y sont en jeu, participe d'une vision classique de l'épidémiologie.

Certain·es médecins du travail considèrent qu'il y a là une atteinte à l'indépendance médicale parce que l'outil du service s'impose pour les entreprises dont iels ont le suivi, et ce, malgré les recommandations du groupe de travail pluridisciplinaire. Ce conflit s'amplifie quand le médecin du travail qui encadrait l'activité des AST part à la retraite pour être remplacé par une ergonome intervenante en prévention des risques professionnels (IPRP), favorable à l'outil de la direction. La médecin du travail qui coordonne le groupe de travail pluridisciplinaire finit par démissionner du service. Voici ce que l'on peut lire dans la lettre qu'elle envoie au moment de sa démission :

« Il n'y a plus actuellement en pluri⁷ de médecin pouvant avoir un regard sur l'activité des AST [assistant·es de santé au travail]. Leur nouvelle supérieure hiérarchique est opposée à l'utilisation de tous les travaux que vous avez fournis. Ils sont qualifiés de "références et surtout pas d'outils", ce qui concrètement veut dire que les AST peuvent les consulter mais pas les utiliser, dès que l'entreprise concernée est dans la problématique du projet [régional]. [...] Je pense que les médecins doivent rester prescripteurs de leurs actions pluri pour leurs entreprises, même si celles-ci demandent une aide au DU par ailleurs. »

(Lettre de démission de la médecin du travail,
coordinatrice du groupe de travail pluridisciplinaire
sur les outils d'aide à l'évaluation des risques)

7. C'est-à-dire lorsqu'une intervention « pluridisciplinaire » réalisée par un·e AST ou un·e intervenant·e en prévention des risques professionnels (IPRP) est demandée par un·e médecin du travail *via* le plateau pluridisciplinaire.

À la suite de cette démission, une autre médecin du travail « déléguée de secteur⁸ » demande dans une lettre ouverte à ce que la « liberté technique totale en tant que médecins dans le cadre de [leur] AMT [action en milieu de travail] » soit reconnue officiellement « ainsi que la reconnaissance obligatoire d’une prescription médicale initiale pour la “labellisation pluri” de l’action qui en découle ». Elle ajoute plus loin :

« Il est hors de question que l’on nous cantonne à la réalisation de visites médicales, totalement déconnectées de la réalité du travail de nos entreprises, sans avoir de regard sur les actions à mener, ni la liberté technique, comme le choix des outils qui nous semblent les plus performants, pour agir le mieux possible en prévention primaire⁹ et en maintien dans l’emploi... »

(Lettre ouverte d’une médecin du travail, déléguée de secteur,
à la suite de la démission de la médecin du travail
coordinatrice du groupe de travail pluridisciplinaire)

On voit à travers cet exemple que ce ne sont pas l’évaluation des risques ni la pluridisciplinarité en tant que principes qui posent problème aux médecins, mais la façon dont celles-ci sont mises en œuvre à SSTE et le fait que cette mise en œuvre vienne heurter leur pouvoir de décision. La direction du service a tenu bon malgré le sacrifice que représente la perte d’un médecin du travail dans un contexte de pénurie de ces médecins. Elle a invoqué la réforme du 20 juillet 2011 et le transfert de la responsabilité « d’éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » des médecins du travail vers les services de santé au travail.

Du tiers-temps à la fiche d’entreprise, l’évaluation des risques comme pratique privilégiée de l’action en milieu de travail

D’autres leviers ont pu être activés par la direction de SSTE pour enrôler, en dépit de leurs réticences, les médecins du travail dans l’évaluation des risques professionnels. L’évaluation des risques professionnels au sein de SSTE s’est en particulier déployée en se présentant comme une traduction des incitations de l’État et des services déconcentrés. En effet, l’État contrôle l’activité des services de santé au travail grâce à un agrément délivré par la Direccte (Dreets aujourd’hui¹⁰), qui leur donne l’autorisation de fonctionner. Or si l’évaluation des risques ne figurait pas encore comme obligation des services de santé au travail au moment de l’enquête, dans le cadre de l’obtention de l’agrément, la fiche d’entreprise est réclamée pour attester la réalisation d’actions

8. Les médecins délégués de secteurs sont celles et ceux qui ont été élus pour représenter les médecins du travail dans la commission médico-technique qui est l’instance théoriquement chargée de valider les orientations de la direction mais qui est, dans les faits, plutôt consultative.

9. Selon la classification de la Commission on Chronic Illness qui date de 1957, la prévention primaire se déploie avant que la maladie ne débute, la prévention secondaire après que la maladie a débuté mais avant l’apparition des symptômes et la prévention tertiaire, après l’installation de la maladie pour en limiter les complications. Une phase quaternaire a été ajoutée ensuite pour l’accompagnement de fin de vie.

10. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi (Direccte) et Directions régionales de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités (Dreets).

de prévention en milieu de travail. Depuis 1969, l'instauration du tiers-temps prévoit que les médecins du travail doivent passer un tiers de leur temps de travail à mener des actions directement sur le travail pour en améliorer les conditions et non plus uniquement, comme c'était le cas jusqu'alors avec les visites médicales, à en surveiller les conséquences sur la santé. La réalisation de ce tiers-temps pour des actions sur le travail n'a jamais été respectée¹¹. Et pourtant, ces actions, repablisées « actions en milieu de travail », sont censées aujourd'hui occuper la moitié du temps de travail des médecins du travail. La réalisation d'une fiche d'entreprise en fait partie : « Pour chaque entreprise de plus de 50 salariés, le médecin doit établir et tenir à jour une fiche sur laquelle il consigne les caractéristiques de l'entreprise, les observations qu'il est amené à faire, la suite qui leur est réservée¹². » Elle est donc contrôlée au nom du respect de ce temps dédié aux actions en milieu de travail, qui a souvent fait défaut.

Pour la direction de SSTE, la fiche d'entreprise est ainsi devenue le moyen de promouvoir l'évaluation des risques comme fondement de la prévention en entreprise. En effet, elle considère que l'évaluation des risques réalisée dans le cadre de la fiche d'entreprise peut facilement être transformée en document unique et être communiquée à l'employeur-se. Un circuit se met alors en place pour les entreprises de plus de 10 salarié-es n'étant pas concerné-es par le projet régional : l'identification des risques réalisée par les AST lors de l'adhésion d'une nouvelle entreprise se transforme en fiche d'entreprise, qui se convertit en document unique. Le directeur de SSTE explique ainsi :

« La première chose à faire quand vous allez dans une entreprise, c'est d'abord de faire la fiche d'entreprise et de définir quelles sont les problématiques de l'entreprise : là où y a des risques, des besoins. Et à partir de là, on peut définir un suivi de santé, mais pas faire des visites comme ça donc, sur une base théorique. Et donc ça veut dire qu'il y a beaucoup de temps à investir sur le terrain. Et ça veut dire aussi – et ça, c'est autre chose, c'est une petite parenthèse que je fais, que ça nécessite une organisation, il faut pas que les médecins, ils fassent, en disant : “Moi je ne sais pas, je fais comme je veux !” Parce qu'aller sur le terrain, y a quand même des méthodes plus efficaces que d'autres, des méthodes d'observation qui sont plus efficaces. Lui, il apporte le complément, le regard médical, mais faut faire confiance à des gens qui peuvent faire, préparer bien le travail. »

(Directeur de SSTE, extrait d'entretien réalisé en décembre 2014)

On voit dans cet extrait d'entretien le lien que fait le directeur de SSTE entre la fiche d'entreprise, le développement de la pluridisciplinarité et l'orientation des pratiques des médecins du travail.

11. Historiquement, c'est le nombre de visites médicales réalisées par le ou la médecin du travail qui détermine le montant de la cotisation payée par les employeur-ses. C'est également à l'issue de la visite médicale que les salarié-es sont déclaré-es aptes à occuper leur poste de travail. Elle est donc très largement priorisée par les médecins du travail au détriment de l'action sur le milieu de travail.

12. Article D241-21 du Code du travail entré en vigueur par décret du 23 novembre 1973.

Lors d'un projet d'inventaire devant permettre de répondre aux exigences de la Direccte et d'œuvrer à la dématérialisation des dossiers médicaux, le secret médical a toutefois été invoqué par certains médecins pour refuser la transmission de « leurs » fiches d'entreprise à la direction du service. Pour ces médecins, la fiche d'entreprise leur « appartient » dans le sens où ils peuvent y consigner des annotations et des observations sur des liens entre le travail et la santé des salarié·es relevant du secret médical. La controverse portait en creux sur la finalité de l'outil : la fiche d'entreprise doit-elle servir au médecin du travail pour l'aider dans son suivi de l'entreprise ou doit-elle servir à renseigner l'employeur·se sur les risques présents dans l'entreprise ? Et qu'est-ce que cela dit des médecins du travail qui veulent conserver la mainmise et le droit de regard sur ce document : s'agit-il de médecins qui redoutent que des faiblesses soient décelées dans leur travail, comme cela est avancé par la direction ? Ou bien s'agit-il de médecins qui ne distinguent pas l'évaluation des risques, d'un côté, et les salarié·es qui y sont exposé·es, de l'autre, considérant alors que le secret médical s'applique à l'outil ?

La réalisation des fiches d'entreprise que devait permettre le tiers-temps des médecins du travail est aujourd'hui associée à l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire : les toxicologues ou les ergonomes pour les grandes entreprises présentant des risques importants, et les AST pour les entreprises plus petites. La façon dont cette fiche d'entreprise a été réinvestie par la Direccte dans le cadre de l'agrément a donné une légitimité à la direction de SSTE pour promouvoir l'évaluation des risques.

L'ancrage de l'évaluation des risques à SSTE témoigne des liens étroits entre cette pratique et le développement de la pluridisciplinarité. Le professeur Frimat dit d'ailleurs en parlant du projet régional : « On a créé un métier, on a créé le métier d'assistant santé travail et ce qui est rigolo d'ailleurs, c'est que [...] le métier s'est retrouvé dans la loi en 2011 alors qu'il n'existait pas¹³. » La trajectoire de cette pratique dans un service de santé au travail montre également que celle-ci a été imposée malgré l'indépendance des médecins du travail qui, pour certain·es, ne remettaient pas en cause l'évaluation en tant que principe mais s'opposaient aux modalités de sa mise en œuvre. Cette trajectoire montre enfin que cette pratique d'évaluation des risques, comme la pluridisciplinarité ou l'espacement des visites, a été appliquée avant d'être inscrite dans la loi. Avant d'analyser les liens entre le droit et le développement des pratiques de prévention, on peut montrer que la mise en place de l'évaluation à SSTE a été l'occasion d'une rationalisation de l'activité de prévention.

13. Entretien réalisé auprès de Paul Frimat, professeur de pathologies professionnelles, en janvier 2015.

La prévention rationalisée par l'évaluation

Comme les travaux d'historiens l'ont souligné (BUZZI *et al.*, 2006), l'apparition, après la Première Guerre mondiale, d'une médecine spécialisée en santé au travail est porteuse d'un projet de rationalisation du travail. Les médecins qui la fondent ont pour objectif d'« organiser scientifiquement le travail et, surtout, [d']utiliser l'ouvrier d'après des données physiologiques » (LECLERCQ, MAZEL, 1917, p. 16-17). De ce point de vue, la montée de l'évaluation des risques au sein des services de santé au travail semble faire entrer la prévention et la santé au travail dans un nouveau paradigme, pour deux raisons. Tout d'abord, il ne s'agit plus de surveiller les salarié·es pour les sélectionner et les orienter selon leurs aptitudes physiologiques, mais de surveiller le travail en évaluant les risques pour agir dessus : une fois le risque identifié, les employeur·ses pourront le supprimer ou le réduire¹⁴. Ensuite, cette évolution a pour effet d'importer la dynamique de rationalisation du travail au sein des services de santé au travail eux-mêmes.

De la rationalisation du travail par la prévention à la rationalisation du travail de prévention

L'évaluation des risques est une activité qui repose sur la division et la standardisation du travail. Elle est réalisée par des assistantes de santé au travail (AST) à partir d'un tableau standard qui recense les risques habituellement présents, tableau qu'elles remplissent ensuite selon les situations rencontrées. Dans un article critique sur la loi du 2 août 2021, des médecins du travail défenseurs de la clinique médicale du travail, une approche au contraire basée sur l'examen de chaque situation, indiquent à propos de la fiche d'entreprise :

« Alors qu'elle doit faire figurer le diagnostic partagé par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sur les risques existants, elle est le plus souvent faite à la va-vite par un seul professionnel, à partir d'un modèle "normalisé" avec des cases à cocher. »

(MÉNÉTRIER, DOMERGUE, 2021, p. 46)

Par ailleurs, le fait de partir d'un « listing de risques », pour reprendre une expression de P. Frimat, et d'en évaluer la probabilité implique que les risques pris en compte dans l'évaluation sont ceux qui peuvent être identifiés préalablement et qui sont visibles. Or si l'on peut facilement identifier certains risques comme le bruit ou la chaleur, de nombreux dangers, aussi bien organisationnels que chimiques, ne se donnent pas à voir si facilement : une situation de harcèlement, la perte de sens du travail ou un risque de cancer qui peut survenir des années après l'exposition, par

14. Du point de vue de l'efficacité, notons que cette conception de la prévention ne tient pas compte des travaux sociologiques et ergonomiques qui montrent que la question des protections se résume rarement à celle de la connaissance du danger et des moyens de s'en protéger (DANIELLOU, 1998 ; CLOT, SIMONET, 2015 ; HENRY, 2017).

exemple¹⁵. L'évaluation des risques telle qu'elle est mise en œuvre à SSTE véhicule donc une conception technique de la prévention, rarement mise en débat, qui requiert l'instrument de mesure plus que le jugement professionnel du ou de la médecin du travail pour analyser le travail.

Mais au-delà de son contenu, la prestation d'évaluation des risques est en tant que telle l'objet d'une procédure bien spécifique qui détermine chaque action du travail de l'AST et des autres professionnel·les pouvant être mobilisé·es pour cette évaluation. Dans le cadre du projet régional décrit précédemment, il y a ainsi des organigrammes détaillant les étapes qui jalonnent l'intervention des AST dans les entreprises, du premier appel téléphonique jusqu'à la clôture du dossier. Cela s'explique par le caractère sensible de la prestation et la nécessité d'y inclure les médecins du travail. Mais même lorsque l'évaluation des risques est proposée en dehors du projet, elle fait l'objet, comme tout le travail des AST, de procédures standardisées. En effet, à SSTE, « l'aide au DU » est un item de l'activité des AST. Lorsqu'un·e médecin veut bénéficier de cette prestation, iel en fait la demande par le biais d'un logiciel qui en informe « la référente métier », elle-même ancienne AST promue, qui attribue ensuite l'action à une AST¹⁶. Les médecins qui travaillent en équipe, c'est-à-dire en lien direct avec une AST et une infirmière de santé au travail (IDEST), verront l'action confiée à « leur » AST. Les médecins qui ne souhaitent pas s'engager dans ce travail en équipe peuvent bénéficier des prestations pluridisciplinaires (aide au DU, mesure de bruit, sensibilisation des salarié·es) mais sans savoir à l'avance à quelle AST cette prestation sera attribuée. Dans tous les cas, la demande doit passer par le logiciel qui permettra à la référente de contrôler le travail de l'AST et indiquera automatiquement à cette dernière le temps dont elle dispose pour réaliser la prestation. C'est à partir de ce logiciel que l'activité des AST est ensuite analysée par les référent·es métiers.

Vers une marchandisation de la prévention

L'évaluation des risques est désormais une obligation légale de l'employeur·se. En prenant en charge cette évaluation des risques, le service de santé au travail se positionne donc de fait comme prestataire de services vis-à-vis des employeur·ses. Les directeur·rices des services de santé au travail étant nommé·es par le conseil d'administration du service dirigé par des représentant·es des employeur·ses, il n'est pas surprenant qu'ils œuvrent pour satisfaire leurs besoins. Et cela n'apparaît pas problématique si l'on considère que la santé au travail est compatible avec la performance des entreprises, ou même que la santé au travail est un facteur de performance des entreprises (HORN, 2021).

15. Et y compris concernant le bruit, si le risque est manifeste et objectivable par la mesure de décibels, celle-ci n'aura aucun sens si elle n'est pas analysée au regard de la durée de l'exposition, des équipements de protection portés et de la façon dont la communication entre travailleur·ses est nécessaire et potentiellement entravée, etc., autrement dit si l'analyse de l'activité n'est pas effectuée.

16. Dans le cas des TPE concernées par le projet régional, l'attribution est automatique et ne passe pas par le ou la médecin du travail.

Le directeur de SSTE, pionnier dans la mise en place de la pluridisciplinarité, explique ici pourquoi il a eu l'idée de mettre en place des prestations complétant l'action du ou de la médecin du travail avant même la loi de 2002 :

« Nous, on avait une vision, mais ce n'est pas encore passé dans les mœurs. Je le disais encore ce matin, la vision, c'est de dire : on est au service de l'entreprise et l'objectif, le premier projet de service, c'était de dire : on veut faire oublier le réglementaire et on veut que l'entreprise, elle ait envie de nous payer sa cotisation rien que par les prestations et les services qu'on peut lui apporter en matière de santé au travail, au-delà du réglementaire. Parce qu'à l'époque, on avait les problèmes de temps médical mais donc on avait imaginé ça et on s'était dit pour ça, il faut apporter du service complémentaire. »

(Directeur de SSTE, extrait d'entretien réalisé en décembre 2014)

Par ailleurs, ce positionnement proche de l'employeur-se est endossé par le professeur Frimat qui revendiquait plus haut la paternité du métier d'assistant-e de santé au travail et qui a œuvré à l'élaboration des formations leur permettant d'accéder à cet emploi. Pour lui, en effet, ces assistant-es sont formé-es à une « approche un peu commerciale, marketing entre guillemets, pour aller discuter le bout de gras avec le chef d'entreprise¹⁷ ». Pour les assistant-es de santé au travail, il est important de se démarquer de l'inspection du travail et d'être dans le conseil aux employeur-ses car cela représente une opportunité de faire entrer les préoccupations de santé dans l'entreprise. Amandine, assistante de santé au travail à SSTE depuis quatre ans, explique :

« On est là pour les aider et leur proposer des choses et, eux, clairement, dans la rédaction ça les aide aussi, parce que pour eux, c'est un document que je fais avec eux. [...] Donc ce n'est pas juste réaliser un document pour réaliser un document, c'est vraiment les aider à comprendre ce qu'est un risque professionnel et les aider à mettre en place les préventions, et effectuer le suivi derrière quoi. Après c'est sûr que ça les aide, ça leur fait leur document et ils ont plus à le faire eux-mêmes, enfin sauf la mise à jour mais le plus gros du travail est fait. »

(Amandine, assistante de santé au travail,
extrait d'entretien réalisé en janvier 2015)

L'évaluation des risques réalisée par les assistantes de santé au travail situe donc l'activité de prévention des risques du côté de la satisfaction des besoins des employeur-ses. Cela ne veut pas dire pour autant que les employeur-ses soient demandeur-ses, mais que, avec cette prestation, les professionnelles se positionnent en réponse aux besoins des employeur-ses alors qu'elles pourraient tout à fait, par exemple, invoquer la santé des salarié-es et l'obligation légale de les laisser accéder aux lieux de travail.

L'évaluation des risques à SSTE est donc une pratique essentiellement technique et standardisée. Elle repose sur une division du travail entre l'AST qui évalue les

17. Entretien réalisé auprès de Paul Frimat, professeur de pathologies professionnelles, en janvier 2015.

risques et le médecin qui suit l'entreprise¹⁸. Par le recours à des indicateurs chiffrés, l'évaluation est présentée comme une pratique neutre alors qu'elle se situe dans une perspective de prestation de service vis-à-vis des employeur·ses. On peut donc considérer qu'elle est un levier de rationalisation de l'activité de prévention dans ce service de santé au travail.

L'appropriation managériale de la prévention

Face aux revendications de médecins du travail souhaitant agir directement sur le travail et ne plus cantonner leur rôle à celui d'une surveillance de l'état de santé des salarié·es, l'évaluation des risques marque une sortie du paradigme de la sélection et de l'orientation de la main-d'œuvre tout en maintenant la subordination historique de la médecine du travail aux intérêts des employeur·ses (MARICHALAR, 2011). C'est un moyen pour les directions des services de santé au travail de conserver leur mainmise sur l'activité des médecins du travail, en rationalisant le travail de prévention, tout en se mobilisant pour aider les employeur·ses à se protéger légalement vis-à-vis de leur obligation de sécurité. On peut alors considérer l'évaluation des risques comme un exemple de « managérialisation du droit », c'est-à-dire d'« appropriation et de transformation des normes juridiques » par la « rhétorique managériale » (EDELMAN *et al.*, 2001), comme ce fut le cas, en France, du recodage managérial de la lutte contre les discriminations en promotion de la diversité (BERENI, 2009) ou de la réduction du temps de travail (PÉLISSE, 2011) par les entreprises. Les services de prévention et de santé au travail s'approprient d'autant plus aisément les missions d'évaluation des risques qu'ils sont en mesure de les retraduire dans les logiques de la gestion de leurs propres ressources humaines et dans celles de la performance de leurs entreprises adhérentes.

La normalisation par les acteurs et les discours

L'évaluation des risques bénéficie du soutien d'acteurs influents, des entrepreneurs de cause¹⁹ qui œuvrent à faire de cette pratique le point de départ évident et incontestable de toute entreprise de prévention, et font de cette dernière un levier de performance des entreprises. Nous avons évoqué le professeur Frimat, professeur de pathologies professionnelles et auteur de rapports parlementaires sur la pluridisciplinarité et sur le risque chimique. Nous pouvons aussi penser à William Dab, ancien directeur général de la Santé, professeur titulaire de la chaire d'hygiène et sécurité du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et fervent promoteur de l'évaluation des risques

18. Le terme de division du travail signifie répartition stricte et *a priori* des activités, qui se distingue d'une répartition du travail concertée. C'est cette division qui entrave l'indépendance technique du médecin du travail et pas le travail avec d'autres professionnel·les en tant que tel.

19. Sur les différentes conceptualisations des figures d'entrepreneurs de cause, de morale, de politique publique, voir BERGERON *et al.*, 2013.

(DAB, 2009 ; 2010). Comme c'est le cas des acteur·rices mobilisé·es autour de la promotion de la diversité en entreprise, on peut dire de P. Frimat et W. Dab qu'ils occupent une « position professionnelle [qui] les prédispose à promouvoir la justice sociale au prisme de la logique de marché » (BERENI, 2009, p. 92). Ainsi, ils défendent tous deux que « la protection de la santé des travailleurs est une condition indispensable à la réalisation des bonnes performances » (DAB, 2009, p. 492) et que « l'enjeu, c'est de faire comprendre aux entrepreneurs que la santé au travail, ce n'est pas un coût mais un investissement [car] maintenir son entreprise en santé, c'est maintenir son entreprise en performance » (FRIMAT, 2017). L'aide apportée à l'évaluation des risques est, selon eux, le meilleur moyen d'allier l'intérêt de l'employeur·se et la prise en compte de la santé des salarié·es. C'est aussi une porte d'entrée dans les entreprises qui permettra aux services de santé au travail de convaincre les employeur·ses que la prévention représente un investissement. On peut dire de ces acteur·rices, toujours en suivant L. BERENI se référant à Anselm STRAUSS, qu'ils développent une croyance « en une possible fusion entre justice, vertu et intérêt économique, conviction étroitement liée à leur position professionnelle de passeurs (STRAUSS, 1992) entre deux mondes, la société [ici plutôt la santé] et l'entreprise » (BERENI, 2009, p. 96). Le monde de l'entreprise est, dans le cas de la santé au travail, incarné par l'association patronale proche du Medef, nommée Présance (Prévention et santé au travail), qui représente les directeur·rices des services de santé au travail. Celle-ci produit notamment des supports de communication innovants qui mettent l'évaluation des risques au centre du travail de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, donnant ainsi une cohérence à leurs différentes pratiques. L'association effectue un important travail de lobbying pour faire entrer ses propositions dans la loi, comme ce fut le cas pour la pluridisciplinarité (MARICHALAR, 2010).

Par ailleurs, comme c'est le cas de la diversité analysée par L. Bereni, on peut noter le travail discursif qui entoure la promotion de l'évaluation des risques. En effet, les cancers de la plèvre et les suicides au travail deviennent des facteurs de risques qui doivent être évalués et prévenus pour permettre une meilleure santé et performance de l'entreprise. On voit alors que l'enjeu de justice (changer le travail) est traduit en enjeu technique (évaluer les risques). La neutralité est alors la posture recherchée par les professionnel·les de la prévention et constitue une caractéristique forte de leur identité professionnelle²⁰ qui les démarque des acteur·rices politiques ou syndicaux·ales qui agiraient par intérêt politique (HORN, 2018, p. 372-374).

Domestiquer la médecine du travail

Si l'évaluation des risques peut constituer une réponse aux revendications du tiers-temps des médecins critiques, c'est que son inscription dans le champ de l'analyse des risques et le caractère flou de sa définition lui octroient une légitimité scientifique

20. La neutralité est l'une des valeurs constitutives des professionnel·les de l'analyse des risques identifiées par Mary Douglas (DOUGLAS, 1990, cité par DEMORTAIN, 2019).

tout en l'orientant vers l'action. Pour reprendre les termes de Soraya BOUDIA et David DEMORTAIN (2015, p. 138), c'est une pratique « hybride », « à la fois académique et réglementaire, scientifique et politique ». Dans le cas de la santé au travail, elle s'adosse à l'ergonomie en s'appliquant aux milieux de travail et à l'épidémiologie en recherchant à déterminer des facteurs de risques. L'évaluation est par ailleurs orientée vers l'action puisqu'il s'agit d'évaluer les risques pour les prévenir. Si l'introduction de l'évaluation des risques est l'occasion d'une rationalisation des pratiques en santé au travail, c'est aussi une activité qui peut être associée au tiers-temps et à l'action sur le travail plutôt que sur les salarié·es, rejoignant en cela les approches cliniques en santé au travail. Dans les services de santé au travail, l'évaluation des risques est ainsi mise en avant comme action de prévention collective et primaire, qui s'oppose à la prévention individuelle et tertiaire des visites médicales. C'est donc une pratique très difficilement critiquable, associée à la volonté de changer le travail : elle est considérée comme progressiste et s'y opposer est jugé réactionnaire. Les outils d'évaluation des risques psychosociaux (RPS), développés par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), notamment la grille d'évaluation des RPS, mais également ceux de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), qui mettent en avant l'importance du diagnostic, ont contribué au succès (notamment sémantique) de l'évaluation comme moyen d'action sur le travail.

Le succès de l'évaluation est tel que sa mise en œuvre devient gage d'action sur le travail. C'est ainsi qu'on peut lire la transformation de l'obligation de sécurité de résultat qui incombait aux employeur·ses en une obligation de sécurité de moyen par un arrêt de la Cour de cassation de 2015, confirmé en 2016. Selon cet arrêt, dès lors que l'employeur·se « justifie avoir pris les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail », il n'y a pas de manquement à son obligation de sécurité de résultat. Les articles du Code du travail en question renvoient à l'obligation de prévention ainsi qu'aux neuf principes généraux de prévention issus de la directive-cadre de 1989, qui se déclinent à partir de l'évaluation des risques. Faire de l'évaluation des risques une attestation de la mise en œuvre de moyens pour répondre à l'obligation de sécurité des employeur·ses contribue au processus d'appropriation managériale. En effet, le recours à une prévention d'attestation participe d'un même mouvement que celui des politiques antidiscrimination, analysées par Lauren Edelman, qui se sont traduites par la mise en place de commissions de suivi : « être en conformité avec la loi, c'est moins pouvoir prouver que les pratiques sont conformes, qu'exhiber des procédures et des dispositifs visant à résoudre, en interne, des comportements non conformes » (PÉLISSE, 2011, p. 52-53). La délégation de l'évaluation des risques aux services de santé au travail, ou à des prestataires extérieurs, et le renforcement des sanctions sur les salarié·es en cas de manquements aux règles de sécurité en lieu et place d'un plan d'action et de prévention constituent pour certain·es employeur·ses la mise en œuvre de moyens pour répondre à leur obligation de sécurité. L'évaluation des risques, comme prestation du service de santé au travail visant à réconcilier santé des salarié·es et productivité des entreprises, renforce donc le processus d'appropriation managériale de la prévention des risques professionnels.

Et comme c'est le cas pour la réduction du temps de travail, si les discours sont ceux de la neutralité, « ce processus de managérialisation du droit traduit la prééminence de certains objectifs et de certaines valeurs sur d'autres : celles de l'organisation, de l'efficacité, de la productivité, de la rationalité économique ou financière plus que celles de la solidarité envers les demandeurs d'emploi, de la qualité du travail, du temps pour soi et du temps pour les autres » (PÉLISSE, 2011, p. 53). En effet, en se focalisant sur les aspects techniques des dangers (la mesure d'expositions objectives), l'évaluation des risques évacue toutes les dimensions de domination et de subordination, qui sont pourtant au cœur de l'activité de travail et des atteintes à la santé qui en découlent : le-la chef-fe qui donne des injonctions contradictoires, l'impossibilité de tenir la cadence en portant des équipements de protection individuelle, l'utilisation de produits que l'on sait toxiques, etc. Cette managérialisation de la prévention des risques aboutit à une dépolitisation des questions liées aux atteintes provoquées par le travail sur la santé.



À partir de la contrainte d'évaluation qui s'impose à l'employeur·se, de celle du tiers-temps qui s'impose aux services de santé au travail et d'une demande sociale grandissante de justice, la pratique d'évaluation des risques a donc été diffusée dans les services de santé au travail comme une manière de répondre à ces contraintes et à cette demande, tout en constituant une opportunité pour rationaliser les pratiques et contourner l'indépendance des médecins du travail.

Si l'évaluation des risques se présente comme une modalité du tiers-temps et d'une action visant à changer le travail, sa mise en œuvre standardisée dans les services de santé au travail la situe davantage du côté d'une vision technique que d'une approche clinique de la santé au travail. La promotion de l'évaluation s'accompagne d'un espacement des visites médicales, pourtant fondamentales à toutes démarches cliniques en médecine du travail, devenues, de fait, irréalisables. Avec l'évaluation des risques, les directions des services de santé au travail promettent la fin de la surveillance des salarié·es – pratique caractéristique d'une médecine de sélection et d'orientation de la main-d'œuvre –, au profit d'une surveillance des conditions et des dangers du travail, la seule permettant réellement une prévention primaire de ces dangers, autrement dit leur suppression. Dans les faits, il s'agit plutôt pour les services de santé au travail de se positionner en prestataire au service des employeur·ses en déployant une évaluation standardisée et rationalisée. La façon dont la prévention se décline ensuite dans les entreprises reste à étudier ; des exemples montrent toutefois déjà (HORN, 2018) que ce sont les comportements des salarié·es qui sont l'objet d'une surveillance accrue et renouvelée plutôt que les conditions de travail, faisant de la prévention des risques professionnels – et de l'évaluation qui en est le point de départ et parfois d'arrivée – une opportunité de renforcement du contrôle au nom de la santé des travailleur·ses.

BIBLIOGRAPHIE

- BARLET B. (2015), *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Ouest Nanterre.
- BERGERON H., CASTEL P., NOUGUEZ É. (2013), « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 263-302.
- BERENI L. (2009), « "Faire de la diversité une richesse pour l'entreprise." La transformation d'une contrainte juridique en catégorie managériale », *Raisons politiques*, n° 35, p. 87-105.
- BOUDIA S., DEMORTAIN D. (2015), « Évaluation des risques », in Henry E., Gilbert C., Jouzel J.-N., Marichalar P. (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 133-140.
- BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A. (2006), *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte.
- CASSOU B. (2003), « L'évaluation des risques : un enjeu en santé publique », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 64, n° 5, p. 334-336.
- CLOT Y., SIMONET P. (2015), « Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre », *Le travail humain*, vol. 78, n° 1, p. 31-52.
- DAB W. (2009), « Pour une meilleure maîtrise des risques professionnels », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 70, n° 5, p. 492-493.
- DAB W. (2010), « Santé au travail et management : vers une convergence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 71, n° 4, p. 668-670.
- DANIELLOU F. (1998), « Évolution de l'ergonomie francophone : théories, pratiques et théories de la pratique », in Dessaigne M.-F., Gaillard I. (coord.), *Des évolutions en ergonomie*, Toulouse, Octarès, p. 37-54.
- DEMORTAIN D. (2019), « Une société (de l'analyse) du risque ? », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 27, n° 4, p. 390-398.
- DOUGLAS M. (1990), « Risk as a Forensic Resource », *Daedalus*, vol. 119, n° 4, p. 1-16.
- EDELMAN L. B., FULLER S. R., MARA-DRITA I. (2001), « Diversity Rhetoric and the Managerialization of Law », *American Journal of Sociology*, vol. 106, n° 6, p. 1589-1641.
- FRIMAT P. (2017), « "Il y a un vrai problème de prévention" dans le domaine de la santé au travail, selon le professeur Frimat », propos recueillis par Anne-Marie Coursimault, *La République du centre* [en ligne]. https://www.larep.fr/orleans-45000/actualites/il-y-a-un-vrai-probleme-de-prevention-dans-le-domaine-de-la-sante-au-travail-selon-le-professeur-frimat_12675093/, consulté le 13 juin 2024.
- HENRY E. (2003), « Du silence au scandale. Des difficultés des médias d'information à se saisir de la question de l'amiante », *Réseaux*, n° 122, p. 237-272.

HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.

HORN L. (2018), *Prévenir pour gouverner ? La prévention des risques professionnels au prisme de la santé au travail*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille.

HORN L. (2021), « Conjuguer protection des salariés et performance des entreprises, le projet ambitieux et ambigu de la médecine du travail », in Arnal T., Maitte C., Pillon T., Terrier D. (dir.), *Le corps au travail. Performance, discipline, fatigue*, Palermo, New Digital Press, p. 397-423.

LECLERCQ J., MAZEL P. (1917), *La main-d'œuvre nationale après la guerre*, Paris, Larousse.

LECOMTE-MÉNAHÈS G. (2017), *Permanence et transformations d'une institution de prévention. La médecine du travail : de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.

MARICHALAR P. (2010), « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, n° 91, p. 27-52.

MARICHALAR P. (2011), *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

MÉNÉTRIER M., DOMERGUE J.-M. (2021), « Médecine du travail : des réformes à côté du sujet », *Santé et travail* [en ligne]. <https://www.sante-et-travail.fr/medecine-du-travail-reformes-a-cote-du-sujet#article>, consulté le 13 juin 2024.

PÉLISSE J. (2011), « La mise en œuvre des 35 heures : d'une managérialisation du droit à une internalisation de la fonction de justice », *Droit et société*, n° 77, p. 39-65.

STRAUSS A. L. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

THÉBAUD-MONY A., DAVEZIES P., VOGEL L., VOLKOFF S. (dir.) (2015), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte.

La socialisation aux dangers d'opérateurs débutants en raffinerie de pétrole

Enquête dans un centre d'apprentissage en entreprise

*Edwige Rémy**

Avant même de commencer à travailler sur site Seveso, les opérateurs débutants en raffinerie de pétrole en France sont formés à la prévention des risques et socialisés aux dangers qu'ils peuvent courir dans les usines. Se fondant sur un matériau ethnographique, l'article analyse la manière dont leur socialisation professionnelle s'articule à leur formation aux risques, au sein d'un centre d'apprentissage en entreprise. Si, au début de la formation, les opérateurs débutants ont un rapport inégal aux risques encourus sur sites Seveso, qui dépend de leur trajectoire passée, la formation leur donne des repères communs en matière de prévention de ces risques, qui structurent leur future expérience des dangers. Eux-mêmes anciens salariés en raffinerie, les formateurs du centre travaillent, au-delà de ce que le cadre de la formation prévoit, à développer et/ou à renforcer les dispositions des opérateurs débutants à agir pour les socialiser plus concrètement au danger. Ils s'appuient pour cela sur leurs propres expériences passées. Les opérateurs débutants s'engagent, enfin, dans ce processus de socialisation aux risques en marge du cadre de la formation avec des formateurs mais également en prenant leurs distances vis-à-vis d'eux. Ils développent notamment entre eux une forme d'humour noir, qui leur permet de se faire à l'idée que les dispositifs de surveillance des risques déployés dans les établissements ont des limites.

Sur les sites industriels classés Seveso¹ en raison du volume et de la nature inflammable des produits qui y circulent, le danger est omniprésent et les opérateurs² qui y travaillent doivent en connaître l'existence. Les plus expérimentés d'entre

* CNRS, ENS de Lyon, Université Lumière Lyon 2, Sciences Po Lyon, Triangle, UMR 5206, 69342, Lyon cedex 07, France ; edwige.remy@gmail.com.

1. Il s'agit du nom des directives européennes qui se sont succédé depuis 1982 pour la surveillance des risques industriels.
2. Dans cet article, l'usage du masculin s'explique par le fait que les enquêtés sont tous des hommes. Les opérateurs en raffinerie forment une catégorie socioprofessionnelle encore quasiment exclusivement masculine aujourd'hui.

eux mettent en avant la rareté des accidents liés à l'activité de production industrielle (ROT, VATIN, 2017), mais la possible survenue d'une catastrophe reste une composante de leur cadre de travail (DUPRÉ, LE COZE, 2021). En Europe en 2016, il y a eu sept fois moins d'accidents du travail dans les industries du pétrole brut et du charbon que dans le secteur de la construction (MAUROUX *et al.*, 2021). Malgré tout, l'acceptabilité sociale de ces industries reste encore difficile, alors que c'est l'une des conditions majeures de leur pérennité sur ce continent. Ainsi les groupes pétroliers travaillent-ils au quotidien pour produire un discours mettant en avant leur maîtrise des risques industriels. Dans le raffinage, Fanny GIRIN (2017) a montré comment cette image de maîtrise se construisait dans des démarches participatives qui, en interne, consistent à intégrer les salariés dans le processus d'élaboration du document unique d'évaluation des risques en leur demandant leur point de vue sur ces derniers, mais sans que celui-ci ne soit finalement pris en compte, tant la crainte des opérateurs qu'un accident survienne détonne avec les politiques de communication des organisations industrielles qui insistent sur la maîtrise de leur dangerosité. On voit ainsi que l'exercice du métier d'opérateur suppose de construire un rapport aux dangers liés à la production qui échappe aux dispositifs de prévention mis en place par les organisations industrielles.

Certains travaux de recherche montrent comment les opérateurs du secteur de la chimie sont socialisés aux dangers et aux risques professionnels au sein de leurs collectifs de travail (DEJOURS, 1993), et ce, de manière différenciée selon l'historique des accidents ayant eu lieu sur les sites (DUCLOS, 1987). D'autres soulignent que si la formation « sur le tas » des débutants à la prévention des risques consiste à apprendre à travailler en binôme avec un tuteur et en tenant compte d'un ensemble de dispositifs techniques de surveillance, l'organisation du travail contraint aussi la transmission des savoir-faire de prudence au sein des binômes (SÉCHAUD, 2019). Dans leur ensemble, ces recherches établissent combien le rapport des opérateurs aux dangers et aux risques professionnels est façonné par une pluralité d'instances de socialisation au travail. Par ailleurs, d'autres travaux mettent en lumière le fait que des opérateurs nouvellement recrutés et n'ayant jamais travaillé sur site Seveso deviennent des professionnels dotés de capacités de faire face au danger, alors qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de cultiver concrètement de telles dispositions auparavant (MERLE, 2012).

Cet article propose d'analyser, dans le cas du raffinage pétrolier, comment s'opère la socialisation aux dangers des opérateurs³ débutants, socialisation qui articule l'expérience acquise au cours de leur trajectoire antérieure avec la formation qu'ils suivent dans l'entreprise. Cette formation inclut des modules d'enseignement explicitement dédiés à la prévention des risques. Internalisée depuis 2011 au sein d'un groupe pétrolier – l'entreprise Pétroleus⁴ –, elle se déroule, sur tout le territoire français, durant

3. Le métier d'opérateur en raffinerie consiste à garantir le bon fonctionnement d'unités de production à l'air libre, au sein desquelles des réactions physico-chimiques sont produites en continu afin de transformer le pétrole en différents produits dérivés.

4. Tous les noms d'entreprise, de lieu et de personnes cités dans le texte ont été changés.

une période de huit mois au cours de laquelle les opérateurs débutants, embauchés en contrat de professionnalisation, sont formés en alternance dans un centre d'apprentissage du groupe et une raffinerie en activité, où ils sont tutorés en « quarts » (3 × 8)⁵. Les personnes qui les forment au centre d'apprentissage sont d'anciens salariés en raffinerie de pétrole, qui occupaient des fonctions techniques avant leur reconversion. Ils exercent, depuis son ouverture en 2011, au centre d'apprentissage de Nardes, où s'est déroulée l'enquête. Le centre de formation s'est alors installé dans les locaux d'une ancienne raffinerie, fermée deux ans plus tôt en raison du contexte économique défavorable pour la branche en Europe.

Les formateurs suivis au cours de l'enquête (encadré) ont alors entre 40 et 57 ans et ont tous été embauchés en contrat à durée indéterminée (CDI) par le groupe Pétroleus. Ils forment les opérateurs débutants à la prévention des risques encourus dans les usines de plusieurs manières. Ils portent d'abord à leur connaissance l'ensemble des dispositifs de surveillance des risques mis en place au sein des raffineries de pétrole pour maîtriser les dangers liés à la production. Les ingénieurs ayant conçu la formation ont prévu que près d'un cinquième du temps passé par les opérateurs débutants au centre d'apprentissage soit consacré à cette thématique. Allant plus loin que ce qui est attendu d'eux, les formateurs font également part aux novices d'expériences de travail au cours desquelles eux-mêmes ou certains de leurs collègues ont été directement confrontés au danger, parfois imprévisible. Surtout, ils leur apprennent à réagir dans certains cas de figure au moyen de mises en situation de travail sur les anciennes installations de production du site – ces installations ayant été reconverties à dessein en équipements pédagogiques à taille réelle. Ce faisant, les formateurs commencent à façonner les dispositions des aspirants à travailler dans un environnement dangereux, sans se contenter de leur donner une idée théorique de la dangerosité des unités de production. Ils contribuent ainsi, en les formant, à socialiser les novices aux dangers des usines.

Les opérateurs débutants en formation suivent en premier lieu des enseignements assez scolaires sur les risques liés à la production. Il s'agit pour eux de passer un ensemble d'habilitations et de certifications attestant qu'ils connaissent bien les règles formelles concernant les risques particuliers des établissements où ils s'apprentent à travailler. Les sessions de formation théorique sur les risques donnent aux débutants un socle de connaissances structurant leur façon d'appréhender les dangers des unités de production ; mais ce socle ne suffit pas pour savoir comment prévenir ces risques en pratique. La promotion suivie pendant l'enquête est composée de treize aspirants. Âgés de 19 à 40 ans, ils commencent la formation à des moments différents de leur carrière et n'ont pas tous déjà travaillé sur un site Seveso⁶. De ce fait, ils s'approprient de manières variées les enseignements et travaillent entre eux et sur eux-mêmes,

5. Les « quarts » désignent l'organisation du travail d'équipes qui assurent la continuité de la production dans les différentes unités des usines, suivant le rythme des 3 × 8.

6. Ceux d'entre eux qui ont déjà travaillé sur un site Seveso n'ont pas occupé le poste d'opérateur ; tous les membres de la promotion sont donc débutants à ce poste.

ENCADRÉ

L'enquête ethnographique

L'enquête ethnographique sur laquelle se fonde cet article a été menée en 2016 et en 2017. Elle porte sur la formation d'opérateurs débutants en raffinerie de pétrole dans un centre d'apprentissage en entreprise – appelé ici le centre de Nardes. Elle s'appuie sur l'observation de sessions de formation destinées aux opérateurs débutants (soit environ soixante-dix heures de formation observées). Ces sessions ont principalement pour objet de leur apprendre à connaître les différents types de machines qui composent les unités de production en raffinerie de pétrole. Elles se déroulent pour partie en salle de classe, et pour partie dans les anciennes unités de production à l'air libre du site de Nardes, reconverties, à la suite de la fermeture de l'usine sur ce site, en installations pédagogiques pour pouvoir être manipulées. Étant entrée sur ce terrain en m'adressant à la direction du centre (sans être financièrement liée à elle), j'ai pu avoir accès au programme de l'ensemble de la formation des opérateurs débutants, ainsi qu'à leur emploi du temps sur place. En plus d'assister aux interactions entre formateurs et opérateurs débutants pendant les sessions de formation, j'ai pu réaliser des entretiens informels sur les trajectoires antérieures des acteurs et leurs éventuelles expériences passées des risques que présentent ces usines. Le cadre pédagogique des interactions a facilité la prise de notes sur le vif lors des sessions. Ces notes ont été ensuite retranscrites dès que possible au propre dans un journal de terrain. La documentation sur les trajectoires des acteurs a été complétée par des entretiens formels avec les formateurs et par l'accès aux *curriculum vitae* (CV) fournis par les opérateurs débutants lors de leur candidature à la formation. Lors des sessions observées, j'ai négocié une posture d'ethnographe intermédiaire entre les formateurs et les opérateurs débutants, qui m'a permis d'accéder aux catégories de jugement des premiers sur les seconds, et d'être interpellée parfois en aparté par ces derniers, pour porter leurs difficultés à la connaissance des formateurs.

ce que les ingénieurs ayant conçu la formation n'avaient pas prévu. Les opérateurs débutants se socialisent ainsi aux dangers entre pairs, en s'appuyant sur les expériences diverses des membres de leur promotion en la matière. Embauchés par le groupe Pétroleus pour toute la durée de la formation⁷, ils ont été sélectionnés pour constituer une main-d'œuvre qualifiée dans les années suivantes, l'entreprise recrutant du fait de la pyramide des âges vieillissante de ses salariés⁸.

7. Ils sont salariés par le groupe Pétroleus le temps de la formation. D'après l'enquête, leur rémunération est d'environ 1 500 euros nets mensuels, auxquels s'ajoutent des avantages en nature comme le fait d'être logés, nourris et blanchis aux frais de Pétroleus le temps de l'alternance.

8. En 2008, selon l'Observatoire des métiers et des qualifications de la branche du pétrole, les opérateurs embauchés en contrat à durée indéterminée sont environ 2 000 en France, ce qui représente alors 10 % des effectifs de la branche. Malgré le contexte structurel de réduction de l'activité de raffinage pétrolier en France, la branche a besoin de recruter de nouveaux opérateurs en bas de la hiérarchie socioprofessionnelle, les postes d'échelons supérieurs étant principalement pourvus par promotion interne.

L'analyse de la formation confirme que les règles formelles en matière de surveillance des risques ne suffisent pas à garantir la sécurité dans les établissements : la prévention des accidents repose aussi sur les « règles d'usage » inventées par les opérateurs, en complément des règles formalisées par les organisations pour maintenir la sécurité industrielle (DE TERSSAC, 2013). Pour cette raison, la qualification des opérateurs en raffinerie de pétrole a été décrite dès les années 1980 comme étant non seulement « irréductible à toute forme de connaissance didactique » mais, plus encore, comme résidant principalement dans leur « capacité de réaction à l'imprévu » (VATIN, 1987, p. 159). Cette qualification est, autrement dit, difficile à formaliser. À l'heure actuelle, si les opérateurs débutants sont en partie formés de manière didactique à leur futur métier, ils apprennent davantage celui-ci en étant confrontés, par les mises en situation dans le centre d'apprentissage, aux dangers par « frayage », c'est-à-dire par « la répétition » de certaines expériences, « à force de » manipuler les machines (DELBOS, JORION, 1990, p. 12). Cette socialisation professionnelle aux dangers qui peuvent survenir au sein des unités de production complète la partie théorique de la formation en s'appuyant sur l'expérience des acteurs qui participent de ce processus – les formateurs et les pairs en formation qui ont déjà fait l'expérience du travail d'opérateur – et varie donc selon les trajectoires individuelles (LAHIRE, 2013). Pour certains, elle est une socialisation « de renforcement » (DARMON, 2006, p. 114) qui vient activer des dispositions qu'ils ont pu acquérir par le passé. Ce faisant, elle façonne plus en profondeur les individus que ne le font les modes de transmission de connaissances dans le cadre du suivi d'un « programme » (SIGAUT, 1996, p. 39), qui forme un socle de « repères » pour l'action (DODIER, 1993, p. 66).

Comment, dans le cadre de la formation à la surveillance des risques, s'opère la socialisation aux dangers des opérateurs ? Après avoir montré comment la formation théorique des futurs opérateurs à la prévention des risques structure *a minima* leur rapport aux dangers, l'article rend compte de la manière dont les formateurs du centre d'apprentissage commencent à socialiser les débutants aux risques « par ricochets » (PAGIS, 2014, p. 255), c'est-à-dire en leur faisant part des enseignements qu'ils ont eux-mêmes tirés de leurs expériences passées en la matière. L'analyse donne ensuite à voir la façon dont les opérateurs s'engagent inégalement, suivant leur trajectoire antérieure, dans ce processus de socialisation professionnelle aux risques, au contact des formateurs et de leurs pairs. Tout en s'adossant au cadre institué par les formations, leur socialisation aux dangers au sein du centre d'apprentissage s'accomplit en partie à distance de ce que le groupe pétrolier a prévu en matière de formation à la surveillance des risques encourus dans ses usines. Leur socialisation vise *in fine* à ce qu'ils se fassent aux limites des dispositifs de surveillance des risques déployés dans les établissements.

La formation théorique des opérateurs à la prévention des risques

Pour assurer la sécurité et protéger la santé de leurs salariés, les employeurs ont l'obligation de mettre en place différents types de mesures, dont fait partie la formation selon le Code du travail (article L. 4121). Sur les sites Seveso, une partie de la formation des salariés est explicitement consacrée à la prévention des accidents. En raffinerie de pétrole, les accidents susceptibles de survenir dans les unités de production ne sont pas des événements portant uniquement atteinte à la santé des salariés. Certains d'entre eux, appelés « accidents à cinétique rapide » dans le Code de l'environnement (article L. 515-16), en référence à la vitesse des réactions chimiques susceptibles d'être produites par les mouvements de particules sur ces sites, peuvent également porter atteinte au voisinage des usines – des explosions et des incendies à l'intérieur de leurs clôtures pouvant dégager des fumées toxiques au-delà de leurs grilles⁹. Ainsi, la formation des salariés à la prévention des accidents dans ces usines n'a pas pour seule vocation la prévention des « accidents du travail », au sens qu'en donne le Code de la Sécurité sociale (article L. 411-1)¹⁰. La prévention des accidents en raffinerie relève non seulement du droit du travail mais aussi du droit de l'environnement. En raison de ce contexte productif spécifique, l'entrée de salariés sur un site Seveso est conditionnée par le passage d'habilitations réglementaires, valables uniquement pour un établissement précis et obtenues à l'issue de sessions de formation sur les risques propres à ce dernier.

Ces sessions « accueil sécurité » sont dispensées à tous les salariés – directs ou sous-traitants – au moment de leur prise de poste au sein d'une raffinerie de pétrole en France, les groupes pétroliers employant presque autant de salariés sous-traitants que de salariés directs. Les opérateurs débutant dans cette industrie commencent leur formation de la même manière que toutes les autres catégories de professionnels destinées à travailler dans les unités de production. Ayant un caractère obligatoire, ces premières sessions de formation prodiguent des enseignements descendants, c'est-à-dire des enseignements théoriques. Pendant une matinée, l'« accueil sécurité », qui permet d'avoir l'habilitation « Prévention aux risques particuliers – hygiène sécurité environnement » – à condition d'obtenir une note supérieure à 12/20 au quiz passé en fin de session – est suivi d'une formation sur le sulfure d'hydrogène (H_2S) dans les unités (cf. ci-après) – qui permet d'obtenir l'habilitation « H_2S », aussi conditionnée à l'obtention d'une note supérieure à 12/20 à un test. Lors de cette demi-journée de formation, des animateurs de prévention, rattachés au service d'Hygiène, sécurité et environnement (HSE) des usines du groupe, présentent aux salariés des plans du site avec les risques associés à telle ou telle zone. Ils rappellent le numéro de téléphone d'urgence et montrent les points de rassemblements où se rendre si une alarme se déclenche. Ils donnent les « règles d'or » établies par

9. L'incendie de l'usine chimique Lubrizol près de Rouen en 2019 en a redonné une illustration.

10. L'accident du travail y est défini comme suit : « Quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

le management du groupe en matière de sécurité, pour tous ses sites, en fonction des différents types de situations de travail.

En 2016-2017, au moment de l'enquête au sein du groupe Pétroleus, ces règles de sécurité sont synthétisées en douze thématiques. Chaque thématique décline quatre règles à respecter, auxquelles s'ajoutent des points de vigilance particuliers à chacune. Ces règles, telles que la suivante, peuvent être très générales et concerner prioritairement les opérateurs directement salariés par le groupe Pétroleus : « Pas de démarrage ni d'arrêt d'installation sans respect d'un mode opératoire écrit précis. » D'autres concernent davantage les opérateurs sous-traitants, comme celles relatives aux travaux en hauteur : « Les outils sont accrochés et rangés dans des paniers. » Elles constituent ainsi une sorte de règlement intérieur des établissements, destiné à tous les salariés occupant des postes situés en bas de la hiérarchie socioprofessionnelle des usines, quels que soient leur profession et leur statut d'emploi – même si les risques sont susceptibles de les atteindre de manière inégale (THÉBAUD-MONY, 2000). Les risques qu'il s'agit de prévenir par ces règles indifférenciées sont pluriels : certains sont propres au fonctionnement des procédés de raffinage pétrolier (risques de dérivation des réactions physico-chimiques produites dans les tuyaux), mais la plupart de ceux présentés lors des formations sont communs à tous les travaux de chantiers dans le raffinage et ailleurs (risques de chute de personnes ou d'objets, d'effondrement d'installations, de coupure ou de brûlure, etc.).

Lors de ces sessions de formation, destinées aux diverses catégories de salariés en raffinerie, les animateurs de prévention – qui sont d'autres personnes que les formateurs – présentent ces règles supposées connues et respectées. Parmi celles-ci, figurent des indications sur les équipements de protection individuelle (EPI) à porter dans les différents espaces du site. En raffinerie, l'EPI minimal se compose d'une combinaison (bleu de travail), d'un casque de chantier, de chaussures de sécurité, de gants en cuir, de lunettes de protection, de bouchons d'oreille, d'un masque de protection à utiliser en cas de besoin et d'un détecteur de sulfure d'hydrogène. Faisant aussi l'objet d'une habilitation spécifique, ce gaz, qui est plus couramment appelé H_2S , est un composé du pétrole, à l'odeur caractéristique d'œuf pourri. Il est immédiatement mortel pour les êtres humains à partir d'une certaine concentration dans l'air. Les détecteurs d' H_2S sonnent à partir d'une concentration de ce gaz de 10 ppm (partie par million), soit une valeur cent fois inférieure au niveau auquel la mort est assurée dans les minutes qui suivent l'inhalation¹¹. En dehors de ces sessions de formation obligatoires, les opérateurs destinés à travailler dans les unités passent en plus, souvent et quel que soit leur statut d'emploi, une habilitation, afin de pouvoir porter des appareils respiratoires isolants (ARI) – un masque respiratoire relié à des bouteilles d'oxygène pour travailler près de sources de gaz asphyxiants. Même si ces masques n'ont pas à être portés en permanence, les opérateurs exploitant les unités de production peuvent être amenés à

11. Fiche toxicologique n° 32, « Sulfure d'hydrogène – édition février 2024 », https://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_32§ion=generalites, consultée le 29 mai 2024.

les enfileur à plusieurs reprises lors d'une journée de travail, lorsqu'ils ouvrent une ligne de production pour la nettoyer ou, plus simplement, lorsqu'ils prélèvent un échantillon de gaz. Les salariés sous-traitants passent cette habilitation dans le cadre d'une formation dispensée par leur employeur direct, tandis que les opérateurs débutants dans l'exploitation au sein du groupe Pétroleus la passent dès la première semaine de leur formation au centre de Nardes.

Une fois obtenues ces habilitations élémentaires pour travailler en raffinerie, les opérateurs débutants sont formés à la prévention des risques suivant les spécificités de leur futur poste. En cas de déclenchement d'un incendie dans les unités, les opérateurs confirmés sont les premiers à intervenir, après avoir appelé leurs collègues de quart pour alerter les pompiers du site. S'il n'est pas question pour le groupe Pétroleus de former ses futurs opérateurs comme des pompiers professionnels, il est tenu de leur apprendre les connaissances et les savoir-faire fondamentaux des sapeurs-pompiers secouristes. Aussi, dès leur première semaine de formation au centre d'apprentissage de Nardes, les opérateurs débutants suivent une « formation incendie » pendant deux jours, durant lesquels ils s'entraînent à la maîtrise de feux réels, en tenue de pompier, dans un espace du centre conçu à cet effet. Comme les opérateurs doivent également savoir réagir s'ils voient un collègue se blesser ou perdre connaissance, ils passent, dans le cadre de leur formation au centre, le brevet de sauveteur secouriste du travail (SST). En plus des principes de base du secourisme – tels que la règle « Protéger, alerter, secourir » –, ils apprennent à tenir compte des spécificités des unités de raffinage pour y porter secours à une personne. Dans ces endroits, la présence de gaz toxiques plus lourds que l'air, mais invisibles et inodores, suppose une vigilance particulière en cas d'accident. Comme à des pompiers professionnels, il est enseigné aux opérateurs débutants de ne pas tenter de porter eux-mêmes secours à une personne sans avoir l'équipement de protection adapté, afin de ne pas aggraver le bilan d'un accident en se mettant en danger.

Parmi les modules de formation que les opérateurs débutants suivent ensuite, ceux qui sont explicitement dédiés à la prévention des risques correspondent davantage au cadre de leur futur travail. Mais ils restent aussi théoriques. C'est le cas de la formation « gestes et postures », qui dure une journée entière, et qui vise à apprendre aux débutants comment préserver leur santé dans l'exercice de leur future activité. Lors de cette session, le formateur donne des recommandations aux futurs opérateurs pour éviter de s'user ou de se blesser en manipulant les installations. Certains des conseils donnés relèvent du bon sens, comme le fait de plier les jambes plutôt que de courber le dos pour tourner une vanne près du sol. D'autres renvoient plus spécifiquement aux conditions de travail en raffinerie. Ainsi, pour prélever un échantillon de produit dans les circuits de production, les opérateurs sont enjoins à se poster dos au vent, pour ne pas risquer de recevoir du produit sortant des tuyaux. Si le formateur donne ainsi aux opérateurs débutants une description des risques dépendant des conditions météorologiques, les prescriptions sur la manière de se tenir corporellement restent toutefois difficilement mises en œuvre par les opérateurs débutants lors des exercices effectués ensuite dans les anciennes unités du centre.

Les opérateurs débutants suivent enfin un dernier type de formation pour approfondir leurs connaissances des risques encourus dans le cadre de leur métier. À visée théorique, ces sessions se concentrent sur les « risques technologiques », les « risques chimiques », les « environnements ATEX¹² » ou encore le « transport de matières dangereuses ». Une session de formation est également dédiée aux « risques travaux », c'est-à-dire aux risques d'accidents engendrés par l'organisation du travail de l'entretien des équipements de production, largement sous-traité. Les formateurs insistent en particulier sur les dangers liés à la « coactivité », c'est-à-dire ceux qui sont générés par les interactions entre des opérations de réparation ou d'entretien des matériels effectuées simultanément par différentes entreprises sous-traitantes. Tout en faisant connaître aux futurs opérateurs l'ensemble des procédures administratives pour empêcher que des accidents liés à cette organisation ne se produisent (permis de travail réglementaire, etc.), ces formations contribuent à développer des connaissances chez les aspirants-opérateurs sur la prévention des risques dans les raffineries.

Telle qu'elle est organisée par le centre d'apprentissage, la formation sur les dangers liés à la production fait connaître aux opérateurs débutants la variété des risques susceptibles de survenir en raffinerie et l'envergure des dispositifs conçus par les organisations pour les prévenir. Elle prend des formes assez descendantes, en employant parfois les codes de l'enseignement scolaire (comme l'attribution de notes). Si elle participe à la diffusion de messages standardisés (comme dans le cas de la formation en secourisme), elle donne aussi des connaissances en matière de danger qui sont, pour les opérateurs, autant de premiers repères concernant l'environnement dans lequel ils se destinent à travailler. Ce socle commun de références qui leur est transmis reste largement détaché de l'apprentissage pratique de leur futur métier. Le travail que les formateurs font sur les nouveaux entrants dans la profession pour les préparer à se confronter concrètement aux dangers des unités dépasse ainsi le cadre de la formation aux risques liés à la production prévue par le centre.

Au-delà de la formation des opérateurs aux dangers : une socialisation par ricochets

Sans contredire ce que l'organisation qui les emploie leur demande de transmettre aux novices, les formateurs les préparent à travailler dans l'environnement dangereux des raffineries de pétrole, en s'appuyant sur leurs propres expériences professionnelles antérieures. Ces dernières constituent la matière première de leur expertise des risques, qui complète celle – plus savante – présentée lors des sessions de formation (HENRY *et al.*, 2015). C'est à partir de leur expérience pratique antérieure des risques qu'ils travaillent sur les dispositions des opérateurs débutants à agir dans certaines situations

12. Le sigle signifie « ATmosphère EXplosive ». Il désigne les environnements dans lesquels l'introduction d'un point chaud (une étincelle, etc.) est susceptible de générer instantanément un incendie.

périlleuses. Ne se contentant pas de les former suivant ce que les ingénieurs ayant conçu la formation ont prévu, les formateurs socialisent ainsi les opérateurs débutants aux dangers « par ricochets » (PAGIS, 2014, p. 255). Autrement dit, leurs propres trajectoires produisent des effets, lors des sessions de formation, sur la manière dont ils apprennent aux débutants à se comporter en cas de danger. Tout en étant adossé à la formation donnée au centre d'apprentissage, se trouve ainsi à l'œuvre un processus de socialisation professionnelle entre différentes générations de salariés du groupe Pétroleus – chaque génération se distinguant l'une de l'autre par son ancienneté dans l'entreprise, plus que par l'âge des salariés.

Au moment de l'enquête, onze formateurs dispensent la formation aux débutants, qui passent huit mois en alternance au centre et en raffinerie. La plupart des formateurs se sont reconvertis à la suite de la fermeture de la raffinerie de Nardes en 2009, événement qu'ils décrivent toujours, plus de cinq ans après leur reconversion, comme une rupture dans leur trajectoire professionnelle¹³, bien qu'ils aient pu conserver un emploi stable au sein du groupe. Cette rupture est néanmoins aussi associée au plaisir qu'ils ont fini par trouver dans l'exercice de leur nouveau métier. De fait, avant cette reconversion, un peu plus de la moitié d'entre eux travaillait dans l'exploitation des installations, en ayant commencé comme opérateur en début de carrière (poste auquel ils forment désormais les débutants). Ils ont ensuite évolué sur le plan professionnel, par une mobilité inter- ou intra-établissements au sein de la hiérarchie du groupe. L'autre moitié a occupé différentes fonctions dans la maintenance, l'inspection des équipements ou encore les services de pompiers sur site, où ils ont parfois atteint le grade de maîtrise. Leurs fonctions précédentes les ont conduits à développer des rapports variables au danger. Ceux qui ont été opérateurs dans l'exploitation des unités de production sont ceux qui ont été le plus aux prises, au quotidien, avec les réactions imprévisibles des machines. En devenant formateurs, tous se sont spécialisés sur les thématiques les plus en lien avec leurs précédentes fonctions. Ils peuvent donc partager leur connaissance pratique des dangers avec les débutants, dans la mesure où ils y ont été eux-mêmes confrontés.

Initiés à leur nouveau métier par un organisme privé de formation professionnelle et continue, les formateurs ont ainsi construit dès le départ les différents modules de formation destinés aux opérateurs débutants, en s'appuyant sur leurs expériences professionnelles passées – comme c'est souvent le cas dans l'enseignement technique (CARDON, 1998). Même s'il ne s'agissait pas pour eux de réinventer les savoirs formels à transmettre (par exemple, les connaissances en physique-chimie et, plus largement, les connaissances techniques du fonctionnement des machines), ils ont construit les modules de formation de sorte à atteindre certains objectifs pédagogiques. Si la création du centre d'apprentissage est venue internaliser la formation qui était auparavant dispensée par un prestataire externe, la direction du centre a permis aux formateurs de cultiver certaines marges de manœuvre dans leur nouvelle activité, dépassant ce

13. Sur les expériences vécues de fermetures, on renvoie au numéro 138 de la revue *Travail et Emploi* sur le thème « Une crise sans précédent ? Expériences et contestations des restructurations (II) » coordonné par Sophie POCHIC et Anne BORY (2014).

qu'elle avait imaginé. C'est le cas en matière de socialisation des opérateurs débutants aux dangers des unités, à laquelle les formateurs s'emploient en partageant avec les novices leur expérience passée de travail en raffinerie.

Comment l'expérience des formateurs contribue à socialiser les opérateurs aux dangers

En dehors des sessions officiellement consacrées à la prévention des risques, les formateurs contribuent à socialiser de différentes manières les opérateurs débutants aux dangers encourus dans les unités. En cours de formation, ils commencent souvent par évoquer la dangerosité de l'environnement de travail en montrant des images de machines accidentées. Au début de la formation concernant les fours¹⁴, Henri (formateur, trente ans de carrière en quarts, 57 ans) ouvre son diaporama sur des photos de fours cassés ou affaissés sur eux-mêmes : hautes de plusieurs mètres, ces installations sont susceptibles d'écraser des opérateurs situés en dessous ou à proximité. Le formateur a lui-même travaillé quotidiennement près de ces machines au début de sa carrière en quarts, mais n'a pas vécu de tels accidents. Comme lui, les autres formateurs emploient souvent des images d'installations de production accidentées, de manière à rendre compte, autrement que verbalement, de la puissance des réactions physico-chimiques produites dans le flux.

Lors de cette même session de formation, Henri explique que, dans le cas illustré par l'une des photos, deux jeunes opérateurs sont morts. L'objectif est de créer un choc émotionnel chez les futurs opérateurs, en présentant l'accident du four comme un événement qui ne relèverait pas que de l'imaginaire, et dont ils pourraient eux-mêmes faire l'expérience. Ne s'appuyant pas systématiquement sur des images, les formateurs du centre d'apprentissage ont également fréquemment recours, comme Henri, à des récits d'anecdotes – tantôt personnelles, tantôt collectives – pour faire évoluer la perception que les opérateurs débutants ont *a priori* des machines. Le but est de faire accepter aux opérateurs débutants que les machines ne sont pas fiables. L'un des collègues d'Henri, Pierre, raconte ainsi aux apprentis-opérateurs :

« Ici, on a eu des élèves qui sont partis et qui ont été dans des cabanes de compresseurs¹⁵ qui ont fait du pompage [c'est-à-dire que la machine était insuffisamment alimentée, ce qui peut l'amener à exploser]. Il ne vaut mieux pas être dans la cabane à ce moment-là... »

(Formateur, 44 ans, dix ans d'expérience dans la maintenance)

L'évocation de ces accidents, qui impliquent à chaque fois des professionnels auxquels les débutants peuvent s'identifier, est une première « ficelle de métier » (BECKER, 2002) utilisée pour construire un rapport plus incarné aux dangers.

14. Les fours sont des installations au milieu desquelles s'élèvent des flammes hautes de plusieurs mètres. Ils chauffent le pétrole qui passe dans des tuyaux le long des parois de l'installation.

15. Les compresseurs sont des machines qui peuvent mesurer entre trois mètres et une quinzaine de mètres de long pour les plus grosses, et qui servent à comprimer des gaz dans le flux. Ils sont parfois installés sous des abris dans les unités.

Les formateurs ont recours à un autre vecteur de socialisation pour travailler encore davantage le rapport à la dangerosité de l'environnement productif : les exercices de mise en situation de travail fictive sur les anciennes installations à taille réelle du site. Dans les unités à l'air libre réaménagées, ils organisent des jeux de rôles entre opérateurs débutants, où ils somment ces derniers de réagir dans des situations inventées. Ils mettent les machines dans de mauvaises conditions de démarrage pour voir si les aspirants-opérateurs, divisés en sous-groupes, repèrent ces « anomalies ». Les « pièges » qu'ils tendent sur les installations, à l'abri des regards des débutants, sont censés amener ces derniers à tourner des vannes, effectuer des relevés de pression, de température et de niveau, ou encore à contrôler à l'oreille et/ou au toucher ce qu'il se passe dans les machines mises en marche, à la manière dont les chercheurs en laboratoire de nanosciences s'appuient sur leurs différents sens pour évaluer le danger et le gérer sur leurs lieux de travail (BORELLE, PÉLISSÉ, 2017). Les formateurs demandent aussi régulièrement aux débutants de montrer comment ils réagiraient en cas de « déclenchement », c'est-à-dire en cas d'arrêt subi partiel ou total de la machine. Le principe de ces activités est d'immerger les aspirants-opérateurs dans des situations simulées de travail, et même si les exercices ne sont pas destinés en priorité à empêcher les dangers liés au fonctionnement des équipements, la dangerosité de ces derniers est invoquée pour corriger les débutants. Tous les formateurs enquêtés ont l'habitude de décompter le nombre de morts qui aurait dû être déclaré si l'exercice avait été une situation de travail réelle. Lorsqu'ils observent comment les débutants s'y prennent en situation fictive, ils leur signalent en cours d'exercice les erreurs graves qu'ils commettent et invoquent le risque mortel.

Notes de terrain lors d'un exercice sur les pompes¹⁶ du site de Nardes :

Nicolas (formateur, ayant été opérateur pendant dix ans, 40 ans) a donné pour consigne aux opérateurs débutants de passer un par un en exercice sur une pompe, devant les autres. C'est au tour d'Antoine (25 ans). Celui-ci commence par faire le tour de la machine. Alors qu'il s'apprête à ouvrir l'évent de la pompe, au-dessus duquel un panneau indique « PR » pour « hydrocarbures », Nicolas s'énerve : « "PR" : tu as de l'H₂S. T'ouvres, t'es mort ! ».

Le formateur, qui a travaillé comme opérateur au plus près des machines puis sur ordinateurs pendant dix ans avant de se reconvertir, a fait lui-même l'expérience de travailler sous la menace du danger, bien qu'il n'ait pas eu lui-même d'accident grave. Il raconte régulièrement, au cours des sessions qu'il anime, les craintes qu'il a pu avoir en tant que jeune opérateur dans certaines situations de travail, où il lui semblait que ses collègues plus expérimentés minimisaient les dangers. Dans la situation de formation décrite ci-dessus, il évoque la mort, comme le font ses collègues, de manière à expliciter très rapidement que ce qu'un apprenti vient de faire, ou s'apprête à faire, est particulièrement dangereux. La vivacité de sa réaction, dans cet extrait, rappelle

16. Les pompes servent à augmenter la pression dans le flux de production. Ce sont des machines qui peuvent être de taille variable, les plus courantes, à Nardes, faisant quelques mètres de long et environ un mètre et demi de haut.

le mode de formation par « l'engueulade », observé par Florent SCHEPENS chez les bûcherons, qui vise spécifiquement à « rendre signifiantes les situations à risque » chez les apprentis dans le métier (SCHEPENS, 2007, p. 164). Le formateur suggère aussi par là qu'une manipulation maladroite des installations, fût-elle infime, est susceptible de produire de gros dégâts. Sa rigueur donne en même temps une indication du niveau d'exigence technique requis de la part des futurs opérateurs pour exploiter des unités de raffinage. Lorsque les formateurs ne désignent pas le risque d'accident immédiat en invoquant explicitement la mort, ils parlent d'explosion des machines.

Notes de terrain lors d'un exercice sur les fours :

Henri (formateur, ayant passé trente ans de carrière en quarts, 57 ans) donne aux débutants des exercices à faire sur le four en binômes. Ceux qui ne font pas l'exercice doivent regarder ce que font les autres et dire, ensuite, s'ils auraient fait la même chose ou non dans la situation imaginée par le formateur.

Il donne pour consigne à un groupe : « Le consoliste [c'est-à-dire le binôme qui travaille sur le flux avec l'opérateur, mais depuis des ordinateurs] vous appelle [par talkie-walkie] et vous demande de baisser la chaleur du four à 80 %. Il y a un truc qui chauffe trop, c'est assez pressé. »

Un binôme monte sur le four. Robin (opérateur débutant, 21 ans) baisse à demi l'une des vannes au plus près du four, puis redescend de l'installation.

Henri : « Une heure plus tard, le four a explosé. »

La formule a vocation à choquer les futurs opérateurs, même si le formateur calibre l'effet qu'il produit de sorte qu'ils ne soient pas traumatisés par la mise en scène – son objectif n'étant pas de les faire quitter la formation. Grâce aux différents postes qu'il a lui-même occupés en quarts en raffinerie, Henri a développé une expérience pratique des machines. Il s'amuse, de temps à autre, pendant les sessions, à raconter aux opérateurs débutants certaines pratiques de travail périlleuses qu'il a connues au sein des équipes de quarts au début de sa carrière. Tout en donnant ainsi certaines images du travail d'anciennes générations d'opérateurs – désormais parties des usines –, il partage avec les débutants ses connaissances sur les limites des technologies. Comme dans la situation de formation restituée ci-dessus, il souligne à quel point il est important d'être vigilant et de bien connaître la manière dont le matériel de production fonctionne – les vannes au plus près du four ont été construites de manière à être soit ouvertes, soit fermées et non ouvertes à demi. Dans sa bouche, l'explosion de la machine est un événement soudain et violent. Cette brutalité apparaît de façon moins flagrante dans le cadre des formations plus standardisées que lors de ces mises en situation.

Une dernière manière de former les novices aux dangers est de recourir au sarcasme et à l'humour noir. Ceci rappelle les modalités d'apprentissage « brutes et brutales » observées par Emmanuelle ZOLELIO (2015, p. 25) chez les chirurgiens, dont le langage comprend « une part de violence psychologique et/ou verbale ressentie comme telle » par les débutants, quand bien même ce langage se voudrait humoristique. S'écartant encore un peu plus de ce que prévoit l'organisation en matière de formation aux risques, ces modes de socialisation ont été décrits depuis longtemps dans les milieux

ouvriers (LE PORT, 2013). Ils rappellent aussi la façon dont les « croquemorts » étudiés par Julien BERNARD (2009, p. 160) usent de leurs émotions au travail, de manière, *in fine*, à « se tenir calme[s] et sérieux et contrôler les situations » malgré la difficulté de leur métier. Au centre d'apprentissage de Nardes, les formateurs emploient parfois le sarcasme pour décourager les opérateurs débutants de prendre à la légère les dangers qu'ils courent dans les unités.

À la fin d'un exercice, Pierre (formateur, ayant travaillé pendant dix ans dans la maintenance, 44 ans) explique aux novices qu'il leur faut être vigilants s'ils repèrent un trou dans le sol d'une raffinerie car des gaz toxiques plus lourds que l'air peuvent y stagner.

Il raconte : « Une fois, un stagiaire pour m'épater m'a dit : "Je saute dans le trou." J'ai dit : "Y'a plus qu'à reboucher !" »

Avant la fermeture de la raffinerie, le formateur travaillait au quotidien avec des salariés d'entreprises sous-traitantes. Son poste consistait à coordonner les travaux qu'ils réalisaient dans les unités de production pour maintenir les machines en état de fonctionnement. Comme il n'était pas personnellement soumis au rythme des 3 x 8, il n'a pas eu l'expérience de veiller en permanence sur le fonctionnement du flux de production¹⁷. Il valorise cependant le fait d'avoir travaillé le plus possible dehors au cours de sa carrière, « sur le terrain », et non en intérieur. Parce qu'il est au fait du travail des sous-traitants, son expérience des risques est plus approfondie que celle de ses collègues anciens opérateurs sur ce sujet, d'autant que la survenue d'un accident mortel sur le site au sein d'une équipe qu'il connaissait l'a marqué par le passé. Il ne parle pas précisément de cet accident aux débutants pendant la formation, mais emploie souvent le sarcasme, comme ses collègues formateurs, pour souligner l'importance des dangers liés à l'environnement de production.

Alors qu'il a demandé à Sofiane (opérateur débutant, ancien intérimaire dans la chimie, 38 ans) de prélever un échantillon de produit dans une cuve du site, Nicolas (formateur, opérateur pendant dix ans, 40 ans) lui fait remarquer qu'il ne lui a pas demandé quel était le produit en question – le liquide est transparent. Il vide alors la bouteille de produit par terre entre eux deux, en éclaboussant bien Sofiane : « C'est de l'acide. »

Sofiane commence à reculer tout doucement.

Nicolas : « Je blague, c'est de l'eau ! »

Par sa plaisanterie, le formateur indique au novice que son ignorance de la nature du produit aurait pu lui porter préjudice. L'usage de l'humour noir n'est pas uniquement le signe d'une proximité entre initiés, qui caractérise la socialisation entre pairs. Il permet aussi de véhiculer des images qui sont autant de représentations des risques que les opérateurs pourront cultiver. La socialisation met ainsi notamment l'accent sur la brutalité avec laquelle peut arriver un accident.

17. Dans les industries organisées en flux, les opérateurs doivent gérer des machines qui, en pratique, se révèlent « capricieuses » (CLOT *et al.*, 1990).

La dangerosité des unités à laquelle les formateurs préparent les futurs opérateurs

Malgré l'envergure des dispositifs de surveillance des risques déployés dans les usines, les accidents qui surviennent dans les unités de production restent en partie imprévisibles. C'est sur cette imprévisibilité qu'Henri (formateur, trente ans de carrière en quarts, 57 ans) insiste lorsqu'il raconte aux futurs opérateurs un accident arrivé dans l'usine dans laquelle il travaillait : « Une fois, un gars a voulu ramasser son masque au sol parce que son détecteur [d'H₂S] sonnait. Il est tombé. » L'opérateur dont il parle a respiré plus d'H₂S qu'anticipé en se penchant au sol, ce gaz étant plus lourd que l'air. Henri ajoute que deux autres opérateurs qui se trouvaient derrière lui l'ont vu perdre connaissance et, comme ils avaient leur masque de protection, l'ont emmené à l'infirmerie. Le caractère soudain de la perte de connaissance du premier opérateur illustre le caractère insaisissable des risques liés à la circulation de gaz dans l'atmosphère des usines. En effet, les opérateurs sont équipés d'un détecteur qui leur signale quand l'air respiré peut leur faire perdre connaissance, mais qui ne suffit pas à les protéger complètement de ce risque. Quand je le rencontre, le formateur me raconte en aparté avoir lui-même eu un accident du travail quand il débutait dans le métier, du fait de l'irrégularité du sol des unités : il m'explique s'être « arraché le tibia » en tombant dans une trappe ouverte non balisée alors qu'il suivait des yeux les tuyaux en hauteur. À une autre reprise, il explique aux opérateurs débutants que même une substance *a priori* inoffensive comme l'eau, qui circule dans les unités sous forme de vapeur, est susceptible d'être dangereuse pour eux :

« La vapeur, c'est à la fois votre meilleur ami et votre pire ennemi. J'ai connu un gars qui s'est fait brûler les fesses avec un lance-vapeur. Quand il a enlevé son pantalon, il a cru que ses fesses allaient se décoller... »

La part d'imprévisibilité et la violence potentielle des dangers liés à la production dans ces espaces proviennent aussi des machines. Nicolas (formateur, opérateur pendant dix ans, 40 ans) recommande aux opérateurs débutants de se méfier des réactions du matériel de production :

« Ne vous fiez pas aux protections [des machines] s'il y en a. Quand vous démarrez une pompe, ne restez pas à côté de l'accouplement, parce qu'un boulon peut être mal remis. Il y a eu des blessés comme ça. »

Le formateur raconte, à une autre occasion, qu'un de ses collègues s'est blessé en manipulant une machine, alors qu'il avait suivi à la lettre l'ensemble des prescriptions données pour se protéger. Malgré tous les dispositifs mis en place pour minimiser les risques dans les unités, les opérateurs n'en sont donc pas complètement protégés.

Connaissant les limites des dispositifs de protection, les formateurs donnent aux opérateurs débutants quelques principes de précaution et gestes simples pour réduire leur exposition au danger. Le premier principe est de s'éloigner physiquement des machines, une fois la manipulation effectuée. François (formateur, plus de quinze ans

de carrière en quarts, 50 ans) va dans le même sens que Nicolas, lorsqu'il explique aux débutants le démarrage d'un compresseur¹⁸ : « À côté du bouton "Marche" [du compresseur], il y a un gros boîtier rouge. C'est pareil, quand tu appuies, tu ne restes pas là après. Tu t'éloignes, si jamais ça explose. » Ayant été opérateur au plus près des machines pendant quinze ans puisqu'il en contrôlait quotidiennement le fonctionnement, ce formateur a développé une expérience pratique des risques. Dans l'ensemble, lui comme ses collègues formateurs insistent sur le caractère faillible des matériels de production, à rebours des discours mis en avant publiquement par les groupes industriels qui mettent l'accent sur leur fiabilité (MERLE, 2010). Expliquant aux opérateurs débutants comment identifier les dysfonctionnements des fours, Henri (formateur, trente ans de carrière en quarts, 57 ans) leur indique que « les sondes sont peu fiables ». Il ajoute : « Donc le seul moyen de voir si un tube n'est pas percé [phénomène qui conduirait à l'explosion de l'installation], c'est l'œil de l'opérateur. » Des petites trappes sont en effet aménagées pour permettre aux opérateurs de voir ce qu'il se produit à l'intérieur. Le formateur insiste d'autant plus sur ce point qu'il dit savoir, d'expérience, que les opérateurs, pris dans la routine de leur activité, ne surveillent pas aussi fréquemment qu'ils le devraient ces installations. Le second principe de précaution que lui comme d'autres soulignent est l'observation la plus fréquente possible des équipements et de leur environnement. Henri détaille ainsi :

« Ne vous approchez pas du four si le four est en dépression [c'est l'un des types de dysfonctionnement majeur d'un four] : si la fumée est noire, s'il en sort par les regards, si les mesures sont mauvaises, s'il manque d'oxygène. Regardez bien votre four avant de faire quoi que ce soit. »

Prendre de la distance et observer son environnement de travail sont deux réflexes qui peuvent aller ensemble pour éviter qu'un incident ne dégénère en accident. Ces principes de précaution contribuent à façonner un « sens pratique » des opérateurs (BOURDIEU, 1980), qui fait directement appel au corps (à sa motricité, comme aux sens). Pour conditionner les réflexes des débutants, les formateurs s'adossent à leur propre expérience du travail et de ses dangers. Comme le dit Pierre (formateur, dix ans d'expérience dans la maintenance, 44 ans), « pour analyser une situation, parfois on est mieux à quinze mètres, que là [à un mètre] ! » Le formateur a lui-même connu au cours de sa carrière des sous-traitants ayant été gravement blessés pour avoir travaillé à moins de six mètres d'un de leurs collègues – cette valeur des six mètres est un seuil formellement défini pour préserver les opérateurs des risques d'accidents graves, même s'il ne suffit pas, dans les faits, à les empêcher (HENRY, 2017).

Pour simples qu'ils paraissent, ces principes sont répétés par les formateurs tout au long de l'apprentissage des opérateurs débutants, de manière à équiper leur rapport aux dangers qu'ils courent dans les usines. En complétant ainsi ce que prévoient les dispositifs de formation à la prévention des risques, les formateurs participent

18. Ces machines, qui servent à comprimer des gaz dans le flux, peuvent mesurer de trois mètres à une quinzaine de mètres de long pour les plus grosses.

à « produire » de futurs opérateurs qui ne seront pas paralysés par la dangerosité des installations exploitées, mais qui seront véritablement opérationnels en dépit de cette propriété de leur environnement de travail. Les formateurs contribuent ainsi à la socialisation des opérateurs débutants à la dangerosité des sites.

La construction des rapports aux dangers chez les opérateurs

Au fil de leur formation au métier d'opérateur, les treize débutants suivis s'acculturent aux dangers du travail en raffinerie. Selon leurs trajectoires et le stade où ils en sont de leurs carrières – rappelons qu'ils ont entre 19 et 40 ans –, ils ne s'engagent pas de la même façon dans le processus de socialisation à ces dangers au centre d'apprentissage.

Une socialisation aux risques inégale avant la formation

Quand les opérateurs débutent leur apprentissage, les représentations qu'ils ont *a priori* de la dangerosité de l'environnement industriel du raffinage pétrolier varient. Les plus jeunes de la promotion sont ceux qui arrivent avec l'expérience du travail industriel la plus faible. Ils sont aussi les plus diplômés : ils sont plusieurs à avoir obtenu un brevet de technicien supérieur (BTS) en chimie ou bien en « contrôle industriel et régulation automatique ». Les plus âgés ont, à l'inverse, acquis une certaine expérience du travail sur site Seveso, mais sont plutôt moins diplômés que la moyenne des opérateurs en raffinerie qui sont en général recrutés avec un niveau bac à bac + 2. Parmi les plus âgés, certains ont un baccalauréat professionnel, d'autres seulement un brevet d'études professionnelles (BEP) ou un certificat d'aptitude professionnelle (CAP). Tandis que les plus jeunes voient la formation comme un moyen d'avoir une première expérience dans une compagnie pétrolière, les plus âgés s'engagent dans celle-ci avec l'espoir d'accéder à plus de stabilité professionnelle ou à un poste mieux rémunéré que celui qu'ils occupent¹⁹. Avant de candidater à la formation, les opérateurs débutants suivis ont travaillé dans des milieux professionnels divers, au moins dans le cadre de « petits boulots ». Les plus jeunes mentionnent souvent dans leurs CV avoir travaillé dans la grande distribution et, plus ponctuellement, dans le gardiennage de nuit ou dans l'animation. Ceux qui ont intégré le marché du travail depuis quelques années ont travaillé dans des petites entreprises du bâtiment ou dans la logistique – par exemple

19. En 2021, d'après l'Union française des industries pétrolières, un opérateur débutant qui a un diplôme équivalent au CAP ou au BEP touche au minimum 1 710,24 euros mensuels nets (sur la base de 35 heures hebdomadaires). Ce montant n'inclut pas la prime de quart (18 % du salaire), les indemnités de panier-repas (6,75 euros le jour et 13,50 euros la nuit en 2021), les indemnités kilométriques, les primes d'intéressement et de participation annuelles, ainsi que les primes d'ancienneté pour les salariés embauchés depuis plus d'un an. Une fois ces éléments assemblés, le revenu minimal du travail d'un opérateur débutant est supérieur au revenu médian des ouvriers du secteur privé en France, qui était, selon l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee) en 2018 de 1 670 euros nets mensuels en équivalent temps plein.

comme conducteurs de poids lourds – ou bien ont exercé en tant que techniciens dans des laboratoires pharmaceutiques. Leurs expériences des risques professionnels sont ainsi hétérogènes, ces secteurs étant inégalement accidentogènes (MAUROUX *et al.*, 2021). Ces plus jeunes opérateurs ont en commun de n’avoir jamais travaillé sur site Seveso et sont par conséquent les plus surpris d’apprendre en formation que les dangers de ces usines restent en partie difficilement prévisibles.

D’autres candidats retenus pour la formation sont présents sur le marché de l’emploi depuis plus de dix ans et ont déjà travaillé dans des usines chimiques et pétrochimiques, comme intérimaires ou sous-traitants pour la plupart. Ces statuts d’emploi les ont particulièrement exposés au risque de subir un accident du travail (MIAS, 2022 ; PERRAUDIN *et al.*, 2022), ces aspirants au métier étant aussi souvent racisés²⁰. La segmentation sur une base socioethnique du marché du travail en raffinerie met ainsi en lumière les inégalités d’exposition aux risques professionnels des salariés suivant leurs statuts d’emploi. Hors anciens intérimaires ou sous-traitants sur site Seveso, près d’un quart des candidats sélectionnés à la formation à l’automne 2016 mentionnent avoir été un temps militaires, après avoir quitté le système scolaire. Leur socialisation antérieure aux risques varie selon le poste qu’ils occupaient dans l’armée, à distance plus ou moins grande des combats (TEBOUL, 2013 ; THURA, 2014). Enfin, quelques autres candidats, parmi les plus avancés dans leur carrière professionnelle, ont été pompiers sur site. La formation représente pour eux, davantage que pour les autres, une perspective d’avancement dans leur carrière, bien qu’elle suppose de repartir des bases (notamment sur le plan scientifique et technique) pour devenir opérateurs. Ces candidats sont les plus socialisés aux risques des sites Seveso en début de formation. Leur socialisation antérieure a certains points communs avec ce que Romain PUDAL (2016) a décrit de celle des pompiers en caserne. Apprenant à « lire les indices et [à] les lier ensemble pour parvenir rapidement à une appréciation juste de la situation » (PUDAL, 2016, p. 43), les pompiers développent dans leur travail, comme le font les opérateurs en raffinerie, des réflexes pour pouvoir réagir vite dans des situations potentiellement dangereuses, tout en tâchant de se préserver d’éventuels accidents. Les anciens pompiers qui suivent la formation ont déjà incorporé certains des principes de précaution que donnent les formateurs en raffinerie. Ils ont de même déjà travaillé, en amont de la formation, à réguler leurs émotions au contact du danger – le travail de pompier supposant en particulier de développer des dispositions à accepter de ne pas savoir à quels dangers on pourrait être exposé en arrivant sur le lieu d’une intervention (PUDAL, 2016).

Les opérateurs débutants suivis ont ainsi, avant le début de la formation, un rapport inégal aux risques, variable selon leur trajectoire antérieure et les différentes instances de socialisation fréquentées. Certains d’entre eux ont déjà des compétences très poussées pour travailler en situation de danger, tandis que d’autres n’ont pas de connaissance particulière des risques encourus sur les sites Seveso.

20. Dans les années 1980, F. VATIN (1987, p. 191) fait état, dans la raffinerie qu’il étudie, du racisme des salariés directement employés envers des sous-traitants qui, souvent, n’ont pas la nationalité française. En 2016, la moitié des opérateurs débutants formés à Nardes était racisée et l’autre moitié blanche.

La construction des rapports aux dangers des débutants pendant la formation

Bien qu'ils arrivent en formation avec des dispositions inégales pour travailler sur un site Seveso, les opérateurs débutants ont en commun de n'avoir que très peu de connaissances sur le métier d'opérateur. Ceux qui y cherchent une voie de promotion professionnelle savent que le poste est bien rémunéré, mais ils méconnaissent le contenu précis des tâches à réaliser. Ceci s'explique par le fait que l'activité est assez éloignée des représentations communément diffusées sur le travail industriel (ROT, VATIN, 2017). S'exerçant en 3 × 8 au sein d'équipes de quarts, le poste auquel les recrues se forment est plus précisément appelé travail d'« opérateur extérieur » dans la branche. Il consiste à s'assurer que la production se fasse dans une unité circonscrite, en contrôlant l'état de fonctionnement des machines directement dans les espaces de production à l'air libre de l'usine. L'activité s'exerce en tandem avec un autre opérateur, souvent appelé « opérateur de console », qui fait la même chose mais à partir d'ordinateurs, en restant en permanence en « salle de contrôle ». Statutairement, les « opérateurs extérieurs », qui travaillent à distance des « opérateurs de console » et communiquent avec eux par talkie-walkie, sont, parmi les salariés directs des établissements, ceux qui travaillent le plus près des machines au quotidien. Leur mission est de signaler les besoins en réparation des matériels de production qu'ils surveillent, avant que des problèmes graves ne surviennent. Ainsi, la constitution de leur futur rapport aux dangers encourus dans les unités est indissociablement liée à leur socialisation à la faillibilité des machines, qui se construit au contact des formateurs et de leurs pairs.

Lors des sessions explicitement dédiées aux risques encourus au moment de la production, les opérateurs débutants les moins familiers des environnements Seveso manifestent de l'étonnement à l'écoute des récits d'expériences d'accidents des formateurs. Lors de la première session que j'observe, Bilal (25 ans), titulaire d'un BTS en chimie et originaire d'un arrondissement bourgeois de Paris, demande à Pierre (formateur, 44 ans) s'il s'agit de « vraies histoires ». Si cette naïveté de départ découle sans doute de la singulière distance sociale de ce débutant au travail sur site Seveso, les aspirants-opérateurs sont nombreux à découvrir en formation qu'avant qu'un accident ne survienne, les dangers liés à la production sont souvent invisibles.

Notes de terrain (début de l'enquête):

Pierre (formateur, 44 ans) vient de raconter aux opérateurs débutants le déroulement d'un accident qui a fait plusieurs blessés : une grue, qui portait une charge supérieure à sa capacité de levage, a renversé un échafaudage sur lequel se trouvaient plusieurs personnes.

Après l'avoir écouté, l'un des opérateurs débutants réagit : « Ce qui m'étonne, c'est que les personnes qui sont sur l'échafaudage ne se soient pas affolées. Tu vois le risque ! »

Pierre répond : « Des opérations de levage, des grues, tu en vois tous les deux jours. Donc, en fait, les gens font leur travail [ils ne voient pas en quoi la proximité d'une grue est dangereuse et sont concentrés sur ce qu'ils font]. »

Un autre apprenti-opérateur, Ahmed (25 ans), réagit : « Donc, s'ils s'étaient arrêtés à cinq tonnes [autrement dit si la grue n'avait pas soulevé une charge supérieure à sa capacité maximale], ils auraient fait de la "coactivité" [c'est-à-dire que le grutier et les ouvriers sur l'échafaudage auraient travaillé tout près les uns des autres sans respecter les distances de sécurité obligatoires] et ils n'y auraient vu que du feu ? »

La possibilité que les accidents puissent ne pas être pressentis complique la formation à la détection du danger. Dans cet extrait, les apprentis-opérateurs soulignent bien le fait que le risque échappe à la vue. À leurs yeux, cette caractéristique du danger réduit les chances d'anticiper l'accident. Ils retiennent des sessions de formation que le danger est omniprésent tout en étant invisible.

Partant de là, ils tendent d'abord, dans leur grande majorité, à développer, dans le cadre de la formation, un rapport aux risques qui repose sur l'anticipation du pire. Celui-ci s'observe lors des premiers exercices de simulation de travail sur le site de Nardes.

À l'entrée d'un cabanon, Pierre (formateur, 44 ans), qui a confié un détecteur d'atmosphère explosive à Antoine (25 ans), donne pour consigne aux opérateurs débutants d'identifier une « anomalie » dans l'espace.

Le premier mouvement du groupe est de commencer à pousser Antoine devant pour qu'il vérifie la dangerosité de la zone avec le détecteur. Celui-ci avance en tendant le détecteur droit devant lui.

Les voyant agir ainsi, le formateur sanctionne vivement les débutants : il leur explique qu'il y a des risques mais qu'il ne faut « pas que ça devienne une psychose non plus ».

Les opérateurs débutants construisent en tâtonnant leur futur rapport aux dangers. L'anticipation du pire s'avère, dans ce cas de figure, paralysant. Comme R. PUDAL (2016) l'a observé chez les pompiers, cette logique d'anticipation est disqualifiée par les professionnels expérimentés car elle empêche les novices de développer des dispositions à agir, malgré les risques, de manière adaptée au contexte. Lors des exercices en plein air, les opérateurs débutants sont aussi sanctionnés par les formateurs lorsque, dans le cas inverse, leur rapport aux dangers semble trop léger – Pierre leur fait par exemple remarquer qu'ils marchent n'importe comment, qu'ils sont en train de « se réveiller ». Au fil des exercices, les débutants apprennent ainsi à cultiver un rapport vigilant à l'espace, qui ne soit pas tétanisant mais qui leur permette d'agir malgré le danger.

Si les formateurs du centre de Nardes contribuent à fabriquer les dispositions au danger des opérateurs débutants, ces derniers travaillent aussi entre eux sur ce point. La socialisation par les pairs passe par un travail sur les émotions : il s'agit pour eux d'apprendre à « gérer [leurs] émotions pour se donner une apparence [...] correspondant à ce qui est attendu » dans la profession, ce travail « [ayant] lieu en échange d'un salaire » (HOCHSCHILD, 2017, p. 27). Ce travail transparait dans l'humour noir qu'ils cultivent ensemble, au bout de quelques semaines de formation, à propos

de la dangerosité des sites²¹. Comme Sabine FORTINO (2015) l'a observé chez les conducteurs de train de banlieue, l'humour noir sert aux opérateurs à travailler sur leurs craintes respectives, et ce, indépendamment des formateurs – qui apprécient par ailleurs ce mode de socialisation (cf. partie précédente). En salle de classe, lorsqu'Henri (formateur, 57 ans) présente les photos de fours écrasés ou affaissés, Jamal (24 ans) et Bilal (25 ans) se mettent à chuchoter. Le premier se moque du second qui a été affecté en alternance dans une unité de pétrochimie (vapocraquage), où les installations chauffent plus fort que dans des unités de raffinage. Ce jour-là, Bilal est particulièrement inquiet de certaines indications données par Henri sur le fonctionnement des fours. Il finit par s'en ouvrir à tous : « Dans mon unité, ils m'ont dit, tout le temps : "C'est ce qu'il y a de plus sûr." Mais ici, plus on avance, plus on me dit que c'est le contraire ! » Ses camarades de promotion lui répondent avec humour, tel Benjamin (24 ans) : « Ils t'ont sacrifié ! » Je note que la plaisanterie du sacrifice revient à au moins trois reprises ce jour-là entre les apprentis-opérateurs. Au moment où Henri les fait entrer dans un ancien four réaménagé du site de Nardes, les opérateurs débutants s'échangent des blagues sur le fait qu'en temps ordinaire, on n'entre pas dans un four. Au bout de quelques heures, certains d'entre eux ont recours au même type d'humour pour amener leurs pairs à tempérer leurs craintes.

Dans les anciennes unités de Nardes, pendant qu'Henri met les opérateurs débutants en situation de réagir face à un four qui dysfonctionne, ceux-ci s'amuse à se rassurer à tour de rôle. À deux reprises, alors qu'un binôme monte sur la plateforme du four, un de leurs collègues dit : « Bon les gars, si vous avez un problème, on a la radio [c'est-à-dire le talkie-walkie] hein ! »

Un peu après, Antoine (25 ans) tourne cette plaisanterie en dérision : « Si vous avez un problème, on n'est pas là ! »

Comme le suggère cet extrait de journal de terrain, les aspirants-opérateurs les moins expérimentés finissent par rire des situations de travail fictives dans lesquelles ils sont placés. Le sarcasme d'Antoine, qui s'avère être l'un des aspirants-opérateurs les plus doués de la promotion au fil des sessions, souligne en même temps l'écart de degré d'acculturation à la dangerosité des unités, à ce stade de la formation, entre ses pairs et lui.

S'ils sont d'abord choqués par la brutalité avec laquelle les accidents peuvent survenir dans les unités – au point d'anticiper le pire –, les opérateurs débutants ayant le moins de dispositions pour le danger en début de formation s'habituent progressivement au jeu mis en place par les formateurs pour les socialiser émotionnellement aux risques.

Lors de la formation en plein air sur les pompes, Henri (formateur, 57 ans) a créé des « anomalies » sur une machine. Il demande à un binôme de vérifier son état, étape préalable indispensable avant une mise en marche.

21. Sur l'humour au travail, on pourra se référer au numéro 13 de la revue *LES MONDES DU TRAVAIL* (2013).

Après avoir fait quelques vérifications, Jamal (24 ans) dit que pour lui « tout est bon ». Henri réagit en criant : « Il y a une nappe de gaz, on dégage ! », et part en courant. En revenant, le formateur explique à Jamal qu'il a oublié de fermer la vanne de purge. En effet, en ne la fermant qu'à moitié, Henri lui a tendu un piège dans lequel Jamal est tombé puisqu'il n'a pas vérifié l'état de la vanne. Il ajoute : « Un truc comme ça, t'as de l'essence qui coule, tu meurs direct. Tu ouvres l'aspiration, c'est bien. Et boom ! » Jamal se rend compte de son erreur : « C'est ma faute. Je n'avais pas vu. »

Jamal fait partie des opérateurs débutants les plus inquiets du groupe au début de la formation. Diplômé d'un baccalauréat général scientifique, il n'est pourtant pas le moins expérimenté quand il arrive, ayant déjà suivi une formation en entreprise dans l'industrie pharmaceutique ; il a travaillé quelques années comme opérateur pour différents groupes de cette branche avant de postuler au sein de Pétroleus. Prises au fil de plusieurs semaines passées au centre d'apprentissage, les notes de terrain ci-dessus montrent que Jamal s'est peu à peu habitué émotionnellement au jeu des exercices plutôt brutaux des formateurs sur les dangers des machines : il réagit peu vivement à la réaction très théâtrale du formateur, alors même qu'il l'avait beaucoup interrogé sur ces dangers lors des sessions précédentes. Quand la socialisation des opérateurs ne réactive pas chez eux des dispositions antérieures à travailler en étant exposés à certains risques, elle commence à opérer dès le stade de leur formation au centre d'apprentissage.



La formation des opérateurs en raffinerie de pétrole organisée au sein du centre d'apprentissage donne aux débutants un ensemble de repères communs en matière de surveillance des risques encourus dans les usines Seveso. Cette formation consiste d'abord en un ensemble d'enseignements théoriques sur les dispositifs mis en place par les établissements industriels pour prévenir ces risques. Si ces enseignements donnent des éléments de base pour structurer le futur rapport aux dangers des opérateurs, quelle que soit leur expérience antérieure en la matière, ils ne suffisent pas à développer ou à activer chez eux des dispositions à agir, concrètement, dans les unités de production, malgré les risques. Révélant aux opérateurs débutants les limites des dispositifs de surveillance des dangers déployés dans les usines, les formateurs du centre d'apprentissage ne se contentent pas, dès lors, de les former à leur futur métier. Ils commencent à les socialiser aux dangers « par ricochets » (PAGIS, 2014, p. 255) ; autrement dit, ils s'appuient sur leurs propres expériences passées des risques en usine, afin de travailler sur les dispositions des aspirants-opérateurs à être confrontés au danger. Dans un milieu professionnel où la peur des accidents rejoint la peur de « mal faire » chez les opérateurs (ROT, VATIN, 2016), les formateurs contribuent à la socialisation professionnelle des débutants en recourant à des images, à des récits d'expériences, ou encore en corrigeant leurs manières d'agir au cours d'exercices, en évoquant sérieusement les risques mortels ou bien en employant le sarcasme. Ils

travaillent ainsi sur les émotions des futurs opérateurs afin de les rendre attentifs à leur environnement, sans pour autant que la peur les tétanise, en les incitant à incorporer certains principes d'action simples, pour se protéger en cas de dysfonctionnements inattendus des machines : par exemple, s'en éloigner après les avoir touchées et les observer attentivement. Ils leur donnent ainsi les bases d'un sens pratique du métier (BOURDIEU, 1980) que les opérateurs auront à cultiver une fois en poste à l'usine. Arrivant en formation avec d'inégales dispositions pour travailler sur site Seveso, les opérateurs débutants suivis pendant l'enquête se socialisent aussi aux dangers entre eux, c'est-à-dire entre pairs, à distance des formateurs. Si leur socialisation aux risques débute, pour les plus profanes d'entre eux, par la découverte de l'imprévisibilité de certains dangers encourus dans les usines et de la brutalité des accidents qui peuvent y advenir, elle se renforce, y compris pour les plus aguerris au travail sur site Seveso, par un travail qu'ils opèrent en cours de formation sur leurs émotions, notamment à travers la pratique de l'humour noir. Leur socialisation s'adosse ainsi à la formation au sein du centre d'apprentissage, en les travaillant plus « en profondeur » que les seules sessions d'information sur les risques des sites Seveso ne le permettent (HOCHSCHILD, 2017, p. 59).

BIBLIOGRAPHIE

BECKER H. S. (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, trad. de l'anglais par J. Mailhos, Paris, La Découverte.

BERNARD J. (2009), *Croquemort. Une anthropologie des émotions*, Paris, Métailié.

BORELLE C., PÉLISSÉ J. (2017), « “Ça sent bizarre, ici”. La sécurité dans les laboratoires de nano-médecine (France, États-Unis) », *Sociologie du travail* [en ligne], vol. 59, n° 3. <https://doi.org/10.4000/sdt.934>

BOURDIEU P. (1980), *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit.

CARDON C.-A. (1998), « Devenir formateur d'adultes. Des itinéraires pluriels, des logiques sociales spécifiques », *Formation Emploi*, n° 63, p. 5-18.

CLOT Y., ROCHEX J.-Y., SCHWARTZ Y. (1990), *Les caprices du flux. Les mutations technologiques du point de vue de ceux les vivent*, Vigneux, Matrice.

DARMON M. (2006), *La socialisation*, Paris, Armand Colin.

DEJOURS C. ([1980] 1993), *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Bayard.

DELBOS G., JORION P. (1990), *La transmission des savoirs*, 2^e éd., Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

DODIER N. (1993), « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n° 62, p. 63-85.

DUCLOS D. (1987), « La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels », *Revue française de sociologie*, vol. 28, p. 17-42.

DUPRÉ M., LE COZE J.-C. (2021), *Des usines, des matières et des hommes. De la sécurité industrielle dans la chimie*, Paris, Presses des Mines.

FORTINO S. (2015), « La mise au travail des émotions. Travail émotionnel des conducteurs de train et émergence de nouvelles actions revendicatrices », *Terrains/Théories*, n° 2 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/teth.279>

GIRIN F. (2017), *La « sécurité » en fuite. La construction du contrôle à partir des relations entre groupes dans une raffinerie*, Thèse de doctorat en sociologie, Université d'Aix-Marseille.

HENRY E., GILBERT C., JOUZEL J.-N., MARICHALAR P. (2015), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po.

HENRY E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Science Po.

HOCHSCHILD A. R. (2017), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, trad. de l'anglais par S. Fournet-Fayas et C. Thomé, Paris, La Découverte.

LAHIRE B. (2013), *Dans les plis singuliers du social : individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte.

LE PORT É. (2013), « Fabriquer du rire à l'usine : l'humour au travail dans les témoignages écrits ouvriers des années 1960 à nos jours », *Les Mondes du travail*, n° 13, p. 27-42.

LES MONDES DU TRAVAIL (2013), « Humour au travail », dossier, n° 13.

MAUROUX A., COUTROT T., INAN C., MEMMI S., ROSANKIS É., BÈQUE M., RAFFIN C., LHOMMEAU B., DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (2021), « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail », *Synthèse – Stat'*, n° 37, Dares.

MERLE I. (2010), *La fiabilité à l'épreuve du feu : la prévention des risques d'accidents majeurs dans une usine Seveso II*, Thèse de doctorat en sociologie, Institut d'études politiques de Paris.

MERLE I. (2012), « Le recrutement des opérateurs dans une usine chimique à haut risque : le paradoxe du charcutier », *Sociologie du travail*, vol. 54, n° 4, p. 475-494.

MIAS A. (dir.) (2022), « Précarité d'emploi et conditions de travail. Expériences de l'emploi et expositions aux risques professionnels des travailleurs intérimaires, des auto-entrepreneur-es et des contractuel-les de la fonction publique », *Rapport d'études*, n° 32, Dares.

PAGIS J. (2014), *Mai 68, un pavé dans leur histoire. Événements et socialisation politique*, Paris, Presses de Sciences Po.

PERRAUDIN C., THÉVENOT N., DESSEIN S. (2022), « Conditions de travail et préventions des risques professionnels dans le travail en sous-traitance : une étude quantitative », *Rapport d'études*, n° 33, Dares.

POCHIC S., BORY A. (coord.) (2014), « Une crise sans précédent ? Expériences et contestations des restructurations (II) », *Travail et Emploi*, n° 138.

PUDAL R. (2016), *Retour de flammes. Les pompiers, des héros fatigués ?*, Paris, La Découverte.

ROT G., VATIN F. (2016), « “Ici, on ne fabrique pas des marshmallows” : peur de l'accident et peur de mal faire dans les industries de flux à haut risque », in Guénette A. M., Le Garrec S. (dir.), *Les peurs au travail*, Toulouse, Octarès, p. 155-175.

ROT G., VATIN F. (2017), *Au fil du flux. Le travail de surveillance-contrôle dans les industries chimique et nucléaire*, Paris, Presses des Mines.

SCHEPENS F. (2007), *Hommes des bois ? Socio-anthropologie d'un groupe professionnel*, Paris, Éditions du Comité des travaux historiques et scientifiques.

SÉCHAUD F. (2019), « La transmission du savoir-faire de prudence sous tension. Regard critique sur la professionnalisation dans les industries chimiques », *Socio-économie du travail*, vol. 1, n° 5, p. 67-97.

SIGAUT F. (1996), « L'apprentissage vu par les ethnologues. Un stéréotype ? », in Chevallier D. (dir.), *Savoir-faire et pouvoir transmettre. Transmission et apprentissage des savoir-faire et des techniques*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p. 35-41.

TEBOUL J. (2013), *La fabrique du soldat : corps, discipline et identités dans la formation militaire*, Thèse de doctorat en anthropologie, École des hautes études en sciences sociales.

TERSSAC G. DE (2013), « De la sécurité affichée à la sécurité effective : l'invention de règles d'usage », *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, n° 111, p. 25-35.

THÉBAUD-MONY A. (2000), *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris, Inserm/EDK.

THURA M. (2014), « *En avant !* » *Sociologie de l'action militaire et de l'anticipation du combat : un régiment d'infanterie en route pour l'Afghanistan*, Thèse de doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales.

VATIN F. (1987), *La fluidité industrielle. Essai sur la théorie de la production et le devenir du travail*, Paris, Méridiens-Klincksieck.

ZOLESIO E. (2015), « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie », *Travail et Emploi*, n° 141, p. 25-35.

RÉSUMÉS

Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ?

Défaire sa responsabilité financière en matière de risques professionnels Les stratégies documentaires des avocat-es d'employeurs

Delphine Serre

Depuis les années 2000, des grandes entreprises multiplient les procès, avec l'objectif de faire baisser leur taux de cotisation, et contestent les maladies professionnelles ou les accidents du travail qui ont été reconnus pour leurs salarié-es. À partir d'une enquête menée dans des tribunaux entre 2015 et 2020, l'article analyse les pratiques d'objectivation des données et d'argumentation mises en œuvre par les avocat-es d'employeurs pour invisibiliser l'origine professionnelle de certains maux et déresponsabiliser financièrement l'entreprise. Il montre comment les avocat-es utilisent les documents de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles pour identifier et sélectionner, selon un critère financier, les griefs portés sur la scène judiciaire, puis comment elles et ils encouragent la production de données médicales pour construire leur dossier juridique et obtenir gain de cause. L'article étudie enfin la manière dont les avocat-es d'employeurs transfigurent cette cause financière en croisade morale et font parfois des documents et de leur caractère impersonnel le ressort de leur posture déontologique et le support de leur confort émotionnel.

MOTS-CLÉS : accidents du travail, tarification AT/MP, inopposabilité, avocats, judiciarisation, santé au travail, managérialisation du droit, juridictions sociales

« Simple comme un coup de fil » ? La prévention des risques dans une cellule d'écoute de la souffrance au travail

Romain Juston Morival

Cet article traite de l'essor de l'écoute en matière de prise en charge de la souffrance au travail. Pour cela, il restitue une enquête menée dans une cellule d'écoute téléphonique d'une grande administration. Que voit-on depuis l'écoute des maux du travail, et quelles actions de prévention peut-on entreprendre ou initier par téléphone ? Les écoutantes sont-elles des préventrices comme les autres ? C'est à l'étude de ce qui compose cet agencement original de mots, de papiers, de données que cet article est consacré, ainsi qu'à ses effets attendus en matière de transformation des situations de souffrance au travail. Au croisement d'un examen des finalités attribuées à ce dispositif et d'une analyse des opérations de qualification à l'œuvre dans ces situations d'écoute, l'article montre comment les pratiques de prévention par téléphone sont de plus en plus contraintes à mesure que le dispositif d'écoute se mue en un dispositif de surveillance.

MOTS-CLÉS : écoute, prévention, surveillance, risques professionnels, RPS

Des usages managériaux de la science ?

Le devenir en entreprise des modèles de mesure des risques psychosociaux au travail

Scarlett Salman

À côté des grandes enquêtes statistiques nationales et des études épidémiologiques qui ont intégré les « risques psychosociaux » (RPS) à leur arsenal de surveillance de la santé des travailleur·ses, des dispositifs de suivi sont mis en place au sein des entreprises depuis une quinzaine d'années en France. Favorisent-ils une meilleure prévention ou contribuent-ils, plutôt, et de façon paradoxale, à des formes d'« ignorance » et d'« inaction » ? L'étude de la mise en œuvre successive de différents dispositifs au sein d'une entreprise du secteur bancaire ayant négocié des accords collectifs sur la qualité de vie au travail montre, d'une part, que les modèles de mesure sont refaçonnés tant par les cabinets de conseil que par les gestionnaires des ressources humaines (RH) et, d'autre part, que ces usages managériaux opèrent un déplacement majeur, passant d'une logique d'identification des facteurs de risque pour la santé à celle d'une évaluation de « l'engagement » des salarié·es. Ces usages relèvent autant d'une tentative pour traduire ces enjeux dans un langage susceptible de faire agir les directions que d'une « managérialisation du droit » prémunissant l'entreprise de risques juridiques.

MOTS-CLÉS : risques psychosociaux, quantification, épidémiologie, qualité de vie au travail, engagement, managérialisation du droit

Une épidémiologie paritaire ?

Outils, savoirs et luttes de définitions relatifs à la santé au travail des fonctionnaires

Collectif 350 tonnes et des poussières

Cet article porte sur la mobilisation d'agent·es de la fonction publique face au danger de l'amiante, en livrant une chronologie de l'implication syndicale dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un instrument de mesure de l'altération de la santé au travail qu'est l'étude épidémiologique. En revenant sur la pugnacité de l'intersyndicale « Tripode », du nom du bâtiment administratif nantais amianté, qui a discuté âprement la définition des outils de surveillance sanitaire, cet article éclaire les ressorts d'une « épidémiologie paritaire » qui a contribué à faire de la nocivité de l'amiante un problème public, à contrer la hiérarchie administrative qui faisait obstacle à la reconnaissance des maladies professionnelles des agent·es exposé·es et enfin à inciter l'État-employeur à des pratiques de précaution vis-à-vis de ce cancérigène. Ni réductible à l'épidémiologie *institutionnelle*, ni superposable à l'épidémiologie *populaire*, cette démarche place les acteurs et actrices syndicales sur un pied d'égalité avec leurs administrations de tutelle au cœur des instances de négociation de la démocratie sanitaire.

MOTS-CLÉS : amiante, syndicalisme, fonction publique, épidémiologie, surveillance sanitaire

Le droit au suivi post-professionnel et sa non-mise en œuvre Le cas des irradiés des armes nucléaires de Brest

Jorge Munoz, Marie Ghis Malfilatre, Quentin Durand-Moreau, Annie Thébaud-Mony

Cet article porte sur les obstacles au suivi post-professionnel (SPP), outil possible de surveillance de la santé au travail peu étudié en sciences sociales. Une enquête collaborative a été menée auprès et avec d'anciens travailleurs civils de l'industrie nucléaire militaire, employés au montage des missiles et à la maintenance des sous-marins nucléaires en rade de Brest, principal port atomique en France. Le SPP est un droit inscrit dans le Code de la sécurité sociale. Nous avons fait l'hypothèse que certaines de ses dimensions constitutives jouent un rôle majeur dans le faible recours à ce droit et contribuent, paradoxalement, à l'invisibilisation des expositions professionnelles aux cancérogènes et à celle de leurs conséquences. La recherche présentée ici rend compte des connaissances produites à partir d'une enquête mais aussi de la synergie des savoirs entre des chercheurs et des acteurs. Elle montre également ce que le suivi post-professionnel pourrait devenir dans une perspective de veille sanitaire.

MOTS-CLÉS : risques professionnels, nucléaire, surveillance médicale, accès au droit, non-recours, mobilisations collectives

Intérim : troubles dans la prévention

Responsabilités limitées dans la prise en charge de la santé-sécurité des intérimaires

Blandine Barlet, Louis-Marie Barnier, Elena Mascova, Arnaud Mias, Jean-Marie Pillon

La santé au travail des salariés intérimaires fait l'objet d'un suivi particulier, le problème de leur sur-accidentalité étant régulièrement mis à l'agenda. Pourtant, ce constat dissimule les lacunes dans l'objectivation et la prise en charge des expositions professionnelles des intérimaires. Il s'agit moins d'une ignorance que de dispositifs de suivi qui peinent à déclencher et à équiper l'action de prévention. L'analyse porte sur trois dispositifs institués de suivi des risques professionnels : l'enregistrement administratif des accidents du travail et des maladies professionnelles par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), le suivi de l'état de santé des intérimaires par les services de santé au travail et l'évaluation et la prévention des risques organisées par les entreprises de travail temporaire. Pour chacun de ces dispositifs, sont analysés les initiatives, les efforts et les arguments déployés par celles et ceux qui sont chargés de ces questions et qui se trouvent ainsi placés en difficulté pour agir.

MOTS-CLÉS : intérim, santé au travail, accident du travail, médecine du travail, prévention

Quand la médecine du travail produit des données **L'histoire de l'enquête *Sumer* entre enjeux de production de connaissances** **et enjeux de légitimation professionnelle**

Blandine Barlet, Sarah Memmi, Nicolas Sandret

L'histoire de l'enquête *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer)* témoigne de tensions propres à la production de chiffres en santé au travail. Le protocole de recueil de données imaginé par l'Inspection médicale du travail (IMT) s'appuie sur des enquêteurs non professionnels : des médecins du travail volontaires qui, en s'impliquant, prouvent la pertinence d'un système de veille au plus près du terrain. En devenant une référence nationale dans le domaine des expositions aux risques professionnels, *Sumer* doit faire face à des critiques scientifiques et politiques, notamment de la part des syndicats patronaux. Pour répondre à ces critiques, l'enquête gagne en qualité statistique et en légitimité grâce à un pilotage scientifique de plus en plus présent. Née d'une volonté conjointe de l'IMT et de statisticiens de produire des données en lien direct avec les observations des médecins du travail, l'enquête *Sumer* a contribué à redéfinir les contours de l'activité de ces derniers, au-delà même de leur rôle de veille. Les récentes évolutions du système de prévention remettent cependant en cause les conditions de recueil de données, en même temps que la place des médecins dans ce dispositif.

MOTS-CLÉS : santé au travail, risques professionnels, veille sanitaire, médecine du travail, *Sumer*

Rationalisation et marchandisation de la prévention **Le levier de l'évaluation des risques professionnels dans les services de santé** **au travail**

Lucie Horn

La loi du 2 août 2021 fait de l'évaluation des risques professionnels une prérogative des services de santé au travail. Or cette pratique était déjà largement déployée, prescrite et formalisée dans les services en question. À partir d'une observation participante menée dans l'un de ces services, l'objet de cet article est d'analyser sa montée en puissance. Tout d'abord, il examine la façon dont l'évaluation des risques s'est imposée malgré les réticences de certains médecins du travail et en dépit de l'indépendance statutaire dont ils bénéficient en théorie. Ensuite, il étudie comment le développement de cette pratique a permis une rationalisation et une marchandisation de l'activité de prévention. Enfin, l'article analyse le déploiement de cette évaluation comme un exemple de managérialisation du droit qui répond aux revendications de changement des conditions de travail par une satisfaction des besoins de l'employeur-se.

MOTS-CLÉS : prévention, risques professionnels, rationalisation, marchandisation, services de santé au travail

La socialisation aux dangers d'opérateurs débutants en raffinerie de pétrole

Enquête dans un centre d'apprentissage en entreprise

Edwige Rémy

Avant même de commencer à travailler sur site Seveso, les opérateurs débutants en raffinerie de pétrole en France sont formés à la prévention des risques et socialisés aux dangers qu'ils peuvent courir dans les usines. Se fondant sur un matériau ethnographique, l'article analyse la manière dont leur socialisation professionnelle s'articule à leur formation aux risques, au sein d'un centre d'apprentissage en entreprise. Si, au début de la formation, les opérateurs débutants ont un rapport inégal aux risques encourus sur sites Seveso, qui dépend de leur trajectoire passée, la formation leur donne des repères communs en matière de prévention de ces risques, qui structurent leur future expérience des dangers. Eux-mêmes anciens salariés en raffinerie, les formateurs du centre travaillent, au-delà de ce que le cadre de la formation prévoit, à développer et/ou à renforcer les dispositions des opérateurs débutants à agir pour les socialiser plus concrètement au danger. Ils s'appuient pour cela sur leurs propres expériences passées. Les opérateurs débutants s'engagent, enfin, dans ce processus de socialisation aux risques en marge du cadre de la formation avec des formateurs mais également en prenant leurs distances vis-à-vis d'eux. Ils développent notamment entre eux une forme d'humour noir, qui leur permet de se faire à l'idée que les dispositifs de surveillance des risques déployés dans les établissements ont des limites.

MOTS-CLÉS : socialisation, risques, formation en entreprise, opérateur, industrie, Seveso

ABSTRACTS

Occupational Risks: Occupational Health under Surveillance?

Undoing Financial Responsibility for Occupational Risks Documentary Strategies of Employers' Lawyers

Delphine Serre

Since the 2000s, large companies have been multiplying lawsuits to challenge the occupational diseases or work-related accidents that have been recognized for their employees, with the objective of lowering their contribution rates. Based on a survey conducted in different courts between 2015 and 2020, the article analyzes the data objectification and argumentation practices implemented by employers' lawyers to invisibilize the health and work link of certain claims and to disempower the company financially. It shows how the lawyers use the rate documents to identify and select the grievances brought to court, according to a financial criterion, then how they produce medical data to build their legal case and win. Finally, the article examines the way in which these lawyers transform this financial cause into a moral crusade.

KEYWORDS: accidents at work, lawyers, judicialization, occupational health, managerialization of law, social courts

JEL: J28, K32

“Just a Phone Call away?” Risk Prevention in a Hotline Dealing with Suffering at Work

Romain Juston Morival

This article deals with the rise of phone lines as a means of dealing with suffering at work. For that purpose, it reports on a survey carried out in a hotline of a large administration. What do we see when we listen to work-related problems, and what are the preventive actions that can be undertaken or initiated by telephone? Are the operators in charge of phone calls regular preventers? This article is devoted to the study of what makes up this original arrangement of words, papers and data, as well as to their expected effects in terms of transforming situations of suffering at work. At the crossroads of an examination of the purposes attributed to this apparatus and an analysis of the qualification operations, the article shows how the practices of prevention by telephone are increasingly constrained as the listening apparatus turns into a surveillance apparatus.

KEYWORDS: listening, prevention, surveillance, occupational risks, PSR

JEL: H70, J28

Managerial Uses of Science? The Fate of Psychosocial Risk Measurement Models in Companies

Scarlett Salman

In addition to the major national statistical surveys and epidemiological studies that have included “psychosocial risks” (PSR) in their arsenal for monitoring workers’ health, measurement devices have been set up in French companies over the last fifteen years. Do they promote better prevention or, paradoxically, do they contribute to forms of “ignorance” and “inaction”? A study of the successive implementation of various measurement devices in a major banking company that has negotiated collective agreements on the quality of working life reveals, on the one hand, that the measurement tools are being redesigned by both consultants and human resources managers; on the other hand, that these managerial uses are undergoing a major shift, from the initial logic of identifying health risk factors to assessing the “commitment” of employees. These uses are as much an attempt to translate health and safety issues into a language that is likely to motivate management to act, as they are a form of “managerialization of law” to protect the company from legal risks.

KEYWORDS: psychosocial risks, quantification, epidemiology, quality of working life, commitment, managerialization of law

JEL: J28, G2

A Tripartite Epimiology? Policy Instruments, Knowledge and Definition Struggles about Civil Servants’ Occupational Health

Collectif 350 tonnes et des poussières

This article focuses on the mobilization of civil servants against asbestos danger, providing a chronology of trade union involvement in the development, implementation and monitoring of epidemiological studies, which is an instrument for measuring changes in occupational health. By returning to the pugnacity of the “Tripode” union groups – in reference to the name of the asbestos building in Nantes – to discuss the definition of health supervision tools, this contribution sheds light on the conditions of a “parity-based epidemiology” that is not only capable of participating in the construction of a public problem about the harmfulness of asbestos, but also of countering the resistance of the administrative directions to recognize the occupational illnesses of employees, and finally to encourage the State-employer to adopt precautionary practices with regard to this carcinogen. Neither reducible to *institutional epidemiology*, nor stackable on *popular epidemiology*, this approach places trade union actors on an equal footing with their supervisory administrations at the center of the negotiating arenas of health democracy.

KEYWORDS: asbestos, trade unionism, public administration, epidemiology, health monitoring

JEL: J28, J52, J53

Entitlement to Post-Career Medical Follow-Up and its Non-Effectiveness The Situation of Nuclear Weapons Irradiated Workers in Brest, France

Jorge Munoz, Marie Ghis Malfilatre, Quentin Durand-Moreau, Annie Thébaud-Mony

This contribution illustrates the barriers to the effectiveness of post-career medical follow-up, an available occupational health surveillance tool that has received little attention in social sciences. We conducted a collaborative survey with retired civilian workers from the military nuclear industry, previously assigned to assembling missiles and maintaining nuclear submarines at Brest, the main nuclear harbor in France. The post-career medical follow-up is a right included in the Social Security code. We hypothesized that some of its constitutional dimensions play a significant role in the low recourse to this follow-up and paradoxically contribute to making invisible occupational exposures to carcinogens and their consequences. This action research presented here illustrates knowledge production through a survey and the knowledge synergy between researchers and participants. It also shows the potential of post-career follow-up in health monitoring.

KEYWORDS: occupational risks, nuclear industry, health surveillance, entitlement, under-utilization, collective mobilization

JEL: J28, L64

Temporary Work: The Trouble with Prevention Limited Responsibilities for the Health and Safety of Temporary Workers

Blandine Barlet, Louis-Marie Barnier, Elena Mascova, Arnaud Mias, Jean-Marie Pillon

The health and safety of temporary workers is the subject of particular monitoring, with the problem of their high accident rate being regularly publicised. However, this observation conceals the shortcomings in the management of occupational exposure of temporary workers. This is less a question of ignorance than of monitoring systems that struggle to trigger and equip preventive action. Our analysis focuses on three established occupational risk monitoring systems: the administrative recording of occupational accidents and diseases by the Cnam-TS, the monitoring of workers' state of health by occupational health services, and the assessment and prevention of risks organised by temporary employment agencies. For each of these monitoring systems, we analyse the initiatives, the efforts and arguments developed by those in charge of these issues, and how this places them in a difficult position to act.

KEYWORDS: temporary work, health and safety at work, work-related injury, occupational health services, prevention

JEL: J28, M51

When Occupational Medicine Produces Data The History of the *Sumer* Survey and its Stakes, between Generating New Knowledge and Professional Legitimation

Blandine Barlet, Sarah Memmi, Nicolas Sandret

The history of the French survey *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels* (*Sumer* – medical surveillance of workers' expositions to occupational risks) exposes the tensions inherent in the quantification of occupational health issues. The data collection protocol relies on non-professional investigators: occupational health doctors. Their involvement sheds light on the relevance of a surveillance system organized around a field-based knowledge of working conditions and occupational risks. By becoming a national reference on exposure to occupational risks, *Sumer* faces strong scientific and political criticisms, namely from employers' representatives. Responding to these criticisms has been an opportunity to gain statistical quality and legitimacy, thanks to a strong statistical guidance. However, recent evolutions of the prevention system question the conditions of data collecting as well as the role of doctors in the process.

KEYWORDS: occupational health, occupational risks, health monitoring, occupational health, *Sumer*
JEL: J28, J81

Rationalization and Commodification of Prevention The Role of Risk Assessment in Occupational Health Services

Lucie Horn

The law of August 2, 2021 establishes the assessment of occupational risks as a prerogative of occupational health services. However, this practice was already widely deployed, prescribed and formalised in the services in question. Based on a participant-observation carried out in one of these services, the purpose of this article is to analyze the rise of this practice. Firstly, it examines the way in which risk assessment has been imposed against the wishes of certain occupational physicians and despite the statutory independence which they enjoy in theory. Secondly, it explores how the development of this practice has led to a rationalization and commodification of prevention activities. Finally, the article analyses the deployment of this evaluation as an example of the managerialization of the law, which responds to demands for change in working conditions by satisfying the needs of the employer.

KEYWORDS: prevention, occupational risks, rationalization, commodification, occupational health services
JEL: I1, J28

The Socialisation to Danger of Novice Operators in Oil Refinery Investigation in a Company Learning Centre

Edwige Rémy

Before they start working on a Seveso site, new oil refinery operators in France are trained in risk prevention and socialised to the dangers of the plants. Based on ethnographic material, the article analyses the way in which professional socialisation is linked to training on this topic in a company learning centre. Although, at the beginning of the training, the novice operators have an unequal relationship with the risks of Seveso sites – depending on their past trajectories –, the training gives them common points of reference in the field of risk prevention, which structure their future experience of the dangers. As former refinery workers, the centre's trainers also work, beyond the training framework, on developing and/or reinforcing the new operators' dispositions to act on a Seveso site, to socialise them more practically to the dangers. In so doing, they draw on their own experience of the hazards of the plants. Finally, the novice operators engage in this process of socialisation to the risks outside and beyond the initial training framework, together with or apart from the trainers. The trainees develop a black sense of humour among themselves to cope with the limits of the risk monitoring systems deployed in the establishments.

KEYWORDS: socialisation, risks, company training, operator, industry, Seveso

JEL: J28, L71

