

Les leçons à tirer de l'exposition à l'amiante dans le domaine de la prévention des risques professionnels

Le drame de l'amiante a réinterrogé la pertinence du dispositif de prévention des risques professionnels. Un rapport parlementaire constate la faillite de ce système davantage axé sur la réparation que sur la prévention.

Jean Le Garrec

Député du Nord, président de la Mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante

Jean Lemièrre

Député de la Manche, rapporteur de la Mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante

La Mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, créée à l'Assemblée nationale, a remis son rapport le 22 février 2006, à l'issue de dix mois de travaux marqués par la volonté unanime de tirer les leçons du drame de l'amiante afin d'éviter que pareille catastrophe sanitaire se reproduise. Dans le domaine plus particulier de la prévention des risques professionnels, l'affaire de l'amiante a été porteuse de plusieurs enseignements.

Il ressort des travaux de la mission que le drame de l'amiante est notamment le résultat d'une faillite du système de prévention des risques professionnels tel qu'il a été pensé après la Seconde Guerre mondiale dans le cadre de la sécurité sociale. Il s'agit en effet d'un système qui donne la priorité à la réparation des conséquences des accidents du travail, ce qui n'est plus adapté au besoin de prévention des maladies professionnelles toujours plus nombreuses. Les milliers de nouveaux produits que l'industrie mondiale élabore tous les jours peuvent être, comme l'indique la directive Reach (*Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals*, enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des substances chimiques) de l'Union européenne, les causes de nouveaux troubles pathologiques graves.

C'est pourquoi l'affaire de l'amiante devrait inspirer les grandes lignes d'évolution dans le sens d'un renforcement de la prévention des risques professionnels. En particulier, la mission d'information a relevé la nécessité de passer d'une logique de réparation des dommages à une logique de prévention des

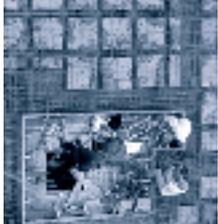
risques professionnels dans laquelle l'État doit assumer toute sa responsabilité.

L'échec d'un système fondé sur une logique de réparation des dommages

L'affaire de l'amiante a mis en exergue un certain nombre de dysfonctionnements touchant un dispositif qui n'a pas permis d'éviter la catastrophe sanitaire.

Les risques d'une exposition à l'amiante ont pendant longtemps été banalisés et appréhendés, aussi bien par l'État que par la Sécurité sociale, à l'aune de l'arsenal classique de prévention des risques professionnels. En effet, le premier volet de mesures prises dans la réglementation du 17 août 1977 a consacré comme outil de prévention l'usage contrôlé de l'amiante qui s'est depuis avéré insuffisant pour protéger les travailleurs. Si ces outils de prévention, déjà défectueux, avaient été appliqués plus rigoureusement et contrôlés plus efficacement, il est probable que les conséquences auraient été moins dramatiques. Or cette politique de l'usage contrôlé de l'amiante s'est révélée incapable de protéger les travailleurs.

Dans son rapport annuel pour 2003, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) avait relevé que le rattachement de la prévention à la Sécurité sociale — et donc aux accidents du travail — avait empêché la France de s'adapter aux nouveaux risques professionnels, dont les maladies professionnelles. L'Igas voyait dans l'insuffisance du rôle de l'État la cause principale de l'échec de la prévention. La condamnation de l'État par la plus haute juridiction administrative (Conseil d'État, 3 mars 2004) a confirmé le



diagnostic d'une carence de la politique de santé au travail.

À y regarder de plus près, il semble bien que l'absence de véritables acteurs de prévention soit imputable à la prévalence d'une logique de réparation. Celle-ci a conduit à un partage peu clair des responsabilités entre l'État et la Sécurité sociale et à une trop faible incitation à la prévention. Par ailleurs, là où la prévention devrait imposer une connaissance précise du risque professionnel, force est d'observer que cette connaissance est difficile à établir en matière de maladies professionnelles. En effet, elle suppose une double approche : connaître le risque avant qu'il ne se réalise grâce à l'expertise ; identifier le risque une fois qu'il s'est réalisé, par la veille sanitaire. Ainsi, le dispositif hérité de la création de la Sécurité sociale devrait être réformé dans cette double perspective.

S'agissant d'abord de l'expertise des risques, il est apparu aux membres de la mission qu'ayant eu pour principal objectif l'inscription des maladies aux tableaux ouvrant droit à réparation, elle avait fait l'objet d'une certaine appropriation par les partenaires sociaux, ce qui rend son indépendance discutable.

En ce qui concerne ensuite la veille sanitaire — qui consiste à recueillir et centraliser les informations sur l'état de santé des travailleurs afin d'y déceler un éventuel risque professionnel —, le système français de prévention a également montré ses limites. Aucune instance nationale n'ayant été spécialement désignée afin de veiller à la santé de la population au travail, l'idée suivant laquelle cette tâche incombait au réseau de la médecine du travail a fini par s'imposer. C'est par conséquent la médecine du travail qui a essuyé les critiques les plus vives dans l'affaire de l'amiante, même s'il faut admettre que le temps de latence dans l'apparition des maladies ne facilitait pas la mise en évidence du risque. Les deux principales critiques ont respectivement porté sur les missions trop limitées de la médecine du travail, qui ne lui permettent pas une exploitation en réseau des données sanitaires que chaque médecin recueille, et sur le lien de subordination du médecin du travail à l'employeur qui hypothèque son indépendance. Au vu de ces considérations, la mission a estimé que l'organisation de la médecine du travail était une question majeure et qu'une refonte de son rôle s'imposait en vue de l'intégrer au dispositif de veille sanitaire.

En somme, la mission a pris acte de la faillite d'un système de prévention des risques

professionnels entièrement tourné vers la réparation des dommages et qui devait donc être revu. Une politique appropriée de prévention appelle un changement d'approche nécessitant une redéfinition des responsabilités de chacun, et plus spécialement de celle de l'État.

La promotion d'un système fondé sur une logique de prévention des risques

Le passage d'une logique de réparation à une logique de prévention a été initié au niveau de l'Union européenne avec l'adoption de la directive 89/391/CE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs. Une loi du 31 décembre 1991 a transposé en droit interne les différents principes communautaires de prévention qui accordent une place centrale à l'évaluation des risques professionnels¹. La directive a également contribué à un partage plus clair des responsabilités entre les employeurs et l'État. Aux premiers d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail ; au second de prendre les réglementations nécessaires et de veiller à leur application, de garantir l'expertise et la veille sanitaire. Tenant compte des nouvelles obligations pesant sur les acteurs publics et privés définies par la directive et la loi, les juridictions françaises ont rendu des décisions traduisant la nécessité, pour l'État, d'assumer pleinement sa responsabilité dans le domaine de la prévention des risques professionnels². La reconnaissance de la responsabilité de l'État dans l'affaire de l'amiante résulte de motifs juridiques susceptibles d'être transposés à l'ensemble des risques professionnels dès lors que le juge considère soit que le risque d'atteinte à la sécurité des personnes est établi mais que l'État n'en a pas suffisamment protégé les populations (principe de prévention), soit que le risque n'est pas établi, justement parce que l'État n'a pas respecté ses obligations légales en matière d'expertise (principe de précaution) puis de réglementation du risque.

Désormais justiciable de ses carences, l'État ne peut refuser d'assumer son rôle de garant d'un système qui devra distinguer entre évaluation et gestion du risque. Cette distinction a des conséquences importantes sur la répartition des objectifs et des moyens dans le domaine de la santé au travail. Elle suppose que les partenaires sociaux et la Sécurité sociale

sortent du champ de l'évaluation des risques professionnels pour se consacrer à une gestion, partagée avec l'État, de la prévention puis de la réparation. S'agissant de l'État, la distinction évaluation/gestion implique l'intégration des problématiques de la santé au travail dans le champ plus vaste de la santé publique, ce qui permettrait une meilleure prise en compte de la santé au travail par les structures gouvernementales.

Le changement de logique préconisé implique de nombreux éléments qui restent encore à définir, comme par exemple la place des partenaires sociaux dans la définition des règles de prévention. Mais la mission a jugé prioritaire que l'État se dote des outils d'expertise et de contrôle lui permettant d'assumer, au quotidien, une responsabilité croissante et nécessaire dans la protection de la santé au travail. Les travaux de la mission ont d'ailleurs mis au jour la volonté récente mais réelle du gouvernement de rénover l'approche de la santé au travail. Cette volonté a donné naissance à des principes modernes de prévention, traduits dans le *plan Santé Travail 2005-2009*, bien que le besoin en moyens humains ou juridiques soit encore important.

Sans revenir ici sur l'ensemble des propositions formulées par la mission afin de renforcer la prévention des risques, dont beaucoup relèvent d'ailleurs du domaine réglementaire et pour lesquelles nous renverrons au rapport, il est possible d'indiquer quels sont les deux pans qui, jugés prioritaires, trouvent leur place dans une proposition de loi qui, encore à l'étude, devrait être rapidement déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale.

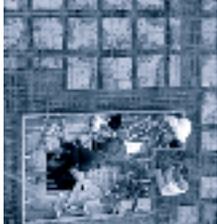
S'agissant de la connaissance du risque, le principe de séparation nette entre l'expertise et la gestion semble avoir émergé au cours des trois dernières années. Cette séparation, amorcée par la création d'un Département santé au travail à l'Institut de veille sanitaire (premier acteur de l'expertise), a été couronnée en 2005 par la transformation de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) en Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), en adjoignant aux compétences de la première un rôle en matière d'expertise des risques professionnels. Toutefois, bien que chargée de devenir la tête de réseau de l'expertise en la matière, l'Afsset ne dispose pas aujourd'hui des moyens à la hauteur des enjeux. C'est pourquoi la proposition de loi envisagée contient une disposition ayant pour objet de doter l'Afsset d'un outil lui

1. Article L. 230-2-II du Code du travail.
2. V. notamment CE, 3 mars 2004.

permettant de mobiliser, moyennant une indemnisation, les ressources humaines ou techniques du réseau qu'elle anime. Son conseil d'administration, au sein duquel l'État est largement représenté, pourrait ainsi, lorsque la santé humaine est en jeu, sur un sujet et pour une durée prédéterminés, mettre en place une unité d'expertise d'un niveau et d'une efficacité sans précédent en France, mais comparable à celles des grandes agences d'expertise de nos voisins européens.

Par ailleurs, l'exemple de l'amiante a clairement montré aux membres de la mission que la connaissance du risque, voire l'édiction d'une réglementation ouvrant droit à une réparation ultérieure, ne suffit pas à le prévenir. Au contraire, cette prévention passe par un engagement plus grand de la puissance publique dans la protection de la santé au travail, en particulier sous la forme d'un contrôle plus fin et plus exigeant des normes d'hygiène et de sécurité. À cet égard, les moyens d'action des inspecteurs du travail pour préserver la santé des travailleurs se révèlent insatisfaisants. À l'exception de trois risques précis (chute de hauteur, ensevelissement, amiante), l'inspecteur constatant un risque grave pour la santé doit en convaincre l'employeur. À défaut, seule la justice saisie par un procès-verbal peut faire cesser le danger, mais dans un délai, et après une intermédiation du parquet, qui retire souvent toute opportunité à la saisine. L'inspection du travail réfléchit depuis plusieurs années à l'instauration de sanctions administratives, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir. Il semble, à tout le moins, qu'un inspecteur du travail doive disposer d'une procédure d'urgence permettant de préserver la santé des personnes dans l'attente d'une décision de justice. Tel serait l'objet d'une autre disposition de la future proposition de loi.

On ne saura sans doute jamais mesurer l'étendue dans l'espace et dans le temps des conséquences létales de l'exposition à l'amiante. Interdites maintenant dans l'Union européenne, la production, l'utilisation et la circulation de l'amiante sont encore aujourd'hui tolérées par une majorité d'États de notre planète. C'est pour cette raison que le Groupe d'études amiante de l'Assemblée nationale française œuvre pour une interdiction mondiale de toutes les formes d'amiante. 



L'État garant de la santé au travail

Arguments pour une redéfinition des responsabilités en matière de santé au travail et pour un État responsable et garant de la santé des travailleurs.

L'État responsable

«... si, en application de la législation du travail désormais codifiée à l'article L. 230-2 du Code du travail, l'employeur a l'obligation générale d'assurer la sécurité et la protection de la santé des travailleurs placés sous son autorité, il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers».

Ainsi s'est prononcé le Conseil d'État, juge de cassation, le 20 février 2004, d'un arrêt de la cour administrative d'appel de Marseille, confirmant la responsabilité de l'État dans l'affaire de l'amiante.

Le Conseil d'État relève que la cour administrative d'appel n'a pas dénaturé les faits qui lui étaient soumis en jugeant, qu'alors que le caractère nocif des poussières d'amiante était connu de longue date et que leur caractère cancérigène avait été mis en évidence dès le milieu des années cinquante, les autorités publiques n'ont entrepris, avant 1977, aucune recherche afin d'évaluer les risques pesant sur les travailleurs exposés à ces poussières d'amiante, ni pris de mesures aptes à éliminer ou à limiter les dangers. Au regard de ce constat, le Conseil d'État juge que la carence de l'État à prendre les mesures de prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante a constitué une

faute, et que cette faute engage la responsabilité de l'État.

On ne peut plus clairement désigner la responsabilité de l'État dans la santé au travail, qu'il s'agisse de l'évaluation des risques ou de l'édition et de l'application des règles de protection des travailleurs. Cette responsabilité des pouvoirs publics n'exonère pas les employeurs de leur obligation de sécurité dont la Cour de cassation a, à plusieurs reprises depuis février 2002, et avec force, rappelé qu'il s'agit d'une obligation de sécurité de résultat.

Responsable, l'État est donc légitime à intervenir sur la santé au travail.

L'État légitime

Indéniablement, l'«affaire de l'amiante» a sonné le glas d'un système de prévention des risques professionnels caractérisé par la confusion et le mélange des genres. Un système complexe, cloisonné, atomisé, dans lequel l'État s'est trop souvent comporté en spectateur ou en notaire des partenaires sociaux, gestionnaires paritaires du dispositif.

La Cour des comptes, dans un excellent rapport de février 2002, détaille de manière critique les insuffisances notoires de la gestion de la prévention des risques professionnels, notamment «l'absence d'une séparation claire entre la responsabilité de détecter les risques, de les analyser et de prendre les décisions nécessaires, d'une part, celle de gérer le régime d'assurance, d'autre part», ou encore le fait que «l'organisation en matière d'accidents ou de maladies d'origine professionnelle n'est ni insérée dans la politique de santé, ni vraiment articulée avec elle».

Marcel Royez

Secrétaire général de la FNATH,
association des accidentés de la vie

De longue date, la FNATH, association des accidentés de la vie, qui compte dans ses rangs des milliers de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, dénonce le système de prévention des risques professionnels qu'elle juge inadapté et insuffisamment indépendant des industriels et des employeurs. Comme l'Inspection générale des affaires sociales le souligne dans son rapport de 2003, il faut réformer le système, sortir le risque professionnel de la seule approche obéissant à la logique de l'entreprise pour l'ouvrir à la logique de sécurité sanitaire. La santé au travail doit faire partie intégrante de la santé publique, elle ne doit pas être une variable d'ajustement dans les relations sociales.

Le drame de l'amiante, de nombreux rapports officiels mettant en cause l'efficacité de la prévention en milieu de travail, les décisions des plus hautes juridictions de notre pays sur les responsabilités en la matière, les condamnations de plus en plus fréquentes des employeurs, ont conduit à la prise de conscience — aujourd'hui largement partagée — que le *statu quo* en la matière n'est plus possible.

Pour des raisons humaines et sanitaires d'abord, mais évidemment économiques aussi, la santé au travail ne peut être l'affaire exclusive de l'entreprise et des partenaires sociaux. Ce qui est bon pour l'entreprise ne l'est pas nécessairement pour la société. Quand une entreprise est dangereuse ou toxique, elle l'est pour ses salariés bien sûr, mais elle l'est aussi pour son environnement, comme l'ont montré et l'explosion d'AZF et la catastrophe de l'amiante. Le risque et ses funestes effets franchissent allègrement le mur d'enceinte de l'entreprise. C'est toute la société qui est impactée, qui en subit les conséquences. Et ce sont aussi très largement les finances publiques qui supportent une part importante des coûts induits par les risques professionnels. Ne serait-ce que de ce point de vue, la légitimité de l'État sur la santé au travail ne se discute pas. Celle de la société civile pas davantage. Mais, si l'on considère aussi que la santé au travail est un élément important de la politique de santé publique, alors nul ne peut contester l'intervention de l'État, à la fois comme producteur de normes et comme garant de la santé des travailleurs, au même titre que celle de tous les citoyens. Il y a quelque ambiguïté à en appeler à la puissance publique lorsque « ça tourne mal », à invoquer sa responsabilité et à lui dénier le droit d'intervenir sur un tel sujet de société.

Bien sûr, il ne s'agit pas de disqualifier les partenaires sociaux de l'entreprise, notamment lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre la politique de prévention dans l'entreprise. Leur rôle et leur expérience de l'entreprise en font des acteurs incontournables à ce niveau. Mais il faut clairement distinguer leur rôle dans l'entreprise de celui qu'ils jouent ou qu'ils souhaiteraient jouer au-delà, en influençant l'évaluation des risques et la norme publique. Distinguer aussi leur rôle de celui de la puissance publique. On voit bien la perversité et la dangerosité d'un système qui mélange évaluation des risques et gestion des risques ; d'un système où le primat de l'entreprise, de son activité, de l'emploi, légitimement défendu par les partenaires sociaux, l'emporte sur les préoccupations de santé publique ; d'un système où l'on fait bon marché de la santé des travailleurs pour privilégier la stabilité économique de l'entreprise et maintenir les emplois, comme si le dilemme se résumait à choisir entre l'ANPE et le cercueil !

Ce mode de fonctionnement qui a montré ses terribles limites n'est plus de circonstance. À cet égard, on serait bien inspiré aussi de considérer que la santé au travail n'est pas un objet de négociation sociale comme les autres. On ne peut imaginer que la réforme souhaitable du dialogue social aboutisse à conférer force de loi à la négociation. Si le pouvoir législatif et réglementaire était ramené, comme certains le préconisent, à la fonction notariale de ratification des accords passés entre les partenaires sociaux, la santé au travail, c'est-à-dire la santé de millions de nos concitoyens, serait gravement en danger. Le rôle de la puissance publique dans la santé au travail ne s'oppose pas à celui des partenaires sociaux, au nombre desquels les représentants concernés de la société civile. Leurs rôles sont distincts et complémentaires. Celui des partenaires sociaux n'est pas de faire la loi, de dire le droit.

L'État responsable doit donc s'organiser et se doter des moyens pour garantir un système réellement protecteur de la santé des travailleurs. Le gouvernement l'a compris si l'on en juge par l'annonce et la mise en œuvre — certes encore timide — d'un plan « Santé au travail ».

Responsable et légitime, l'État doit être garant de la santé au travail.

L'État garant

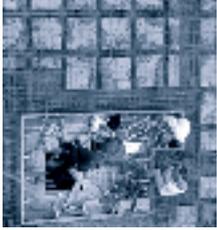
Évidemment, la question est posée, dans un nouveau paradigme du système, du contenu de la mission de l'État en matière de santé

au travail. Il lui appartient en premier lieu de redessiner le paysage institutionnel de la santé au travail dont toutes les analyses montrent à quel point il est morcelé, cloisonné et insuffisamment coordonné. La création d'une agence « Santé au travail », que nous avons saluée, aurait pu être l'occasion de ce reformatage du dispositif. Malheureusement, selon une de nos traditions bien ancrées, la mise en place de l'Affset ne s'est pas accompagnée d'une nouvelle organisation ; ce nouvel organisme vient s'ajouter à tous ceux, très nombreux, qui interviennent déjà dans ce domaine sans que les attributions des uns et des autres soient véritablement redéfinies. Il est plus que certain que la lisibilité et l'efficacité du système n'y gagneront pas ! Il y a fort à parier que les conflits de compétences ne tarderont pas à surgir, chacun défendant son périmètre d'intervention, fût-il recoupé par d'autres. Cette constellation d'organismes risque fort, une fois de plus, de contribuer à la confusion dans la gestion de la santé au travail, laquelle nécessite en outre une coordination interministérielle ambitieuse. La multiplicité des départements ministériels concernés par ces questions et leur transversalité justifient, selon nous, la création d'une délégation interministérielle forte, disposant de moyens adéquats, bénéficiant de la plus grande autorité, à l'instar de ce qui s'est fait avec succès dans le domaine du handicap ou de la sécurité routière.

Il revient aussi à la puissance publique de garantir la qualité scientifique et l'indépendance de l'expertise en santé au travail. Celle-ci doit faire l'objet d'une norme commune et opposable à tous les organismes. C'est le prix à payer pour éviter le discrédit — souvent justifié — qui entache certaines expertises. D'une manière générale, il convient de veiller à ce que la chaîne de l'évaluation des risques ne soit pas perturbée ou influencée par des interventions ou des pressions inopportunes.

C'est à l'État qu'il revient d'édicter la norme — bien sûr en conformité avec les règles communautaires —, de veiller à sa mise en œuvre, de contrôler son application, de sanctionner si besoin. Des moyens importants sont nécessaires à cet effet, dont il n'est pas certain — malgré l'effort consenti récemment — qu'ils soient suffisants aujourd'hui pour assurer une bonne maîtrise du système, qu'il s'agisse de l'inspection du travail ou des médecins du travail.

S'agissant des services de santé au travail et des médecins du travail, leur insertion dans un service public de santé au travail, ainsi



La place de la santé au travail dans la santé publique

que le préconise la mission parlementaire sur l'amiante, apparaît comme un moyen intéressant pour améliorer l'efficacité et l'indépendance. Pour faire en sorte aussi que ces médecins soient de véritables « sentinelles » de la santé au travail, intégrées à la veille sanitaire et à l'épidémiologie.

C'est à l'État aussi qu'il incombe de mettre en place les outils fiables et les moyens de la connaissance des risques, qu'il s'agisse de la recherche ou de la statistique. À cet égard, regrettons le retard apporté à la réalisation

— prévue par la loi de santé publique du 9 août 2004 — d'un indicateur détaillé des accidents du travail et des maladies professionnelles, tous régimes et tous organismes confondus, permettant d'avoir une vision globale et exhaustive de ces risques. Là encore, le cloisonnement des organismes ne facilite pas les choses.

C'est à l'État encore qu'il appartient de garantir l'égalité de traitement des victimes. On ne peut tolérer davantage que les victimes du travail soient les seules à ne pas être indem-

nisées intégralement de leurs préjudices. La réparation intégrale est à la fois un élément fort de la justice et de la reconnaissance dues aux victimes et un élément incontournable de la dynamique de prévention car tout ce qui est mal reconnu ou mal réparé est aussi mal prévenu.

C'est donc enfin à l'État qu'il convient de faire évoluer encore notre système de prévention des risques professionnels pour assurer la plus large protection de la santé de millions de travailleurs. ☐

Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé

Pour réduire les inégalités, le travail ne doit pas être source de dangers pour la santé. Il doit s'effectuer dans de bonnes conditions et l'emploi doit pouvoir être conservé, même si le niveau de performance baisse ou si la santé se dégrade.

Annette Leclerc

Directeur de recherche, Inserm, U687,
Saint-Maurice, université Paris XI,
IFR69, Villejuif

Les facteurs d'exposition professionnelle évoqués dans les articles de ce dossier ne sont pas distribués équitablement dans la population au travail, mais touchent plus certaines catégories socioprofessionnelles que d'autres ; une conséquence est donc que les expositions en milieu de travail contribuent aux inégalités sociales de santé [37]. Peut-on quantifier la part des inégalités sociales due aux facteurs professionnels ? Avant de répondre à cette question complexe, il est nécessaire de s'interroger sur les liens entre exposition professionnelle et situation sociale. En effet, au-delà d'un postulat global sur l'existence de ce lien, l'intensité de celui-ci peut différer selon les nuisances considérées, voire être absent pour certaines expositions. Par ailleurs, se pose la question de savoir quels sont (aussi) les effets bénéfiques du travail sur la santé. Car une des pires situations, du point de vue de la santé, est de ne pas ou de ne plus travailler à un âge où la situation normale est l'activité professionnelle. Se pose donc aussi la question du maintien dans l'emploi des personnes malades.

Situation sociale et exposition professionnelle

Le tableau 1 illustre, à partir des données de l'enquête Sumer, le fait que les expositions à des risques professionnels physiques et chimiques diffèrent selon les professions et catégories sociales. Pour trois des six contraintes étudiées, le rang des catégories selon la fréquence d'exposition est extrêmement proche d'un classement selon la hiérarchie sociale : pour la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges,

et la position debout, les cadres et professions supérieures sont dans la situation la plus favorable, les ouvriers non qualifiés et ouvriers agricoles dans la situation la plus défavorable. Les professions intermédiaires, catégorie qui inclut les professionnels de santé exposés au port de charges et surtout à la position debout, sont cependant dans une situation un peu plus défavorable que les employés administratifs. Pour l'exposition à un produit chimique, l'ordre reste très proche de la hiérarchie sociale, les professions intermédiaires étant cependant nettement plus exposées que les employés administratifs. L'exposition au bruit touche massivement les ouvriers, les moins exposés étant les employés. À l'inverse, les ouvriers sont rarement exposés de façon prolongée au travail sur écran ; les plus exposés sont ici les employés administratifs, et aussi les cadres.

La même enquête indique que les « contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie » concernent 32,7 % des ouvriers qualifiés et 38,3 % des ouvriers non qualifiés et seulement 11,7 % des cadres. Ces chiffres montrent que le manque de latitude décisionnelle, autrement dit de liberté dans le travail, qui constitue un facteur de risque majeur en milieu de travail, est aussi très inégalement réparti du point de vue social. Les liens avec la situation sociale sont plus complexes pour d'autres expositions, en particulier la demande psychologique [50]. Les expositions à des substances cancérigènes, telles que l'amiante, peuvent toucher plus massivement des travailleurs qualifiés que des travailleurs non qualifiés [59].

Le statut du salarié et son niveau de formation sont aussi des dimensions impor-

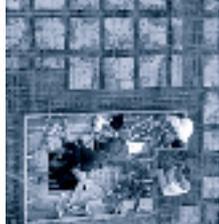


tableau 1

Exposition à quelques contraintes physiques et chimiques, par catégorie socioprofessionnelle (en % d'exposés)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires
Bruit supérieur à 85 décibels	4,8	11,7
Travail sur écran plus de 20 heures par semaine	43,9	28,6
Manutention manuelle de charges plus de 10 heures par semaine	0,7	5,4
Position debout ou piétinement plus de 20 heures par semaine	3,5	17,0
Répétition d'un même geste plus de 10 heures par semaine	1,4	2,7
Exposition à un produit chimique ou plus, plus de 2 heures par jour	3,1	16,3

tantes, qui modulent le niveau d'exposition. Les salariés en situation précaire, ou ceux travaillant en sous-traitance, sont à la fois plus vulnérables du fait de leur situation propre, et du fait de leur entreprise qui ne leur assure souvent ni formation adaptée, ni protection suffisante vis-à-vis des risques, ni surveillance médicale spécifique [72].

Différences sociales de santé, quelle part attribuer aux expositions professionnelles ?

Quelques études ont cherché à quantifier la part des inégalités sociales de « santé » (en général) qui revenait aux différences d'expositions professionnelles. Nous évoquerons ici les résultats de deux études portant sur la santé auto-déclarée, puis présenterons un résultat dans le domaine du cancer.

Dans la première étude, environ 7 000 personnes ont répondu à une question générale sur leur santé. Au total, 18,4 % des hommes et 16,4 % des femmes déclaraient que leur santé était « moins que bonne », ce pourcentage variant fortement selon la situation socioprofessionnelle [62]. Les auteurs ont cherché à quantifier la part de ces variations expliquée par l'exposition à des facteurs de risque physiques, et à trois facteurs psychosociaux au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle, et le soutien social au travail. Pour les hommes, tenir compte des expositions physiques permet d'expliquer une part importante des écarts, jusqu'à 63 % des écarts entre les ouvriers peu qualifiés et les cadres. Ce pourcentage passe à 83 % en tenant compte à la fois des expositions physiques et de la latitude décisionnelle. La demande psychologique n'apporte aucune contribution, car très peu liée à la situation sociale ; au contraire, le niveau le plus élevé de déclaration est observé dans les catégories

favorisées. Le soutien social au travail n'apporte pas non plus de contribution. Pour les femmes, les résultats de l'étude vont dans le même sens, mais la part totale d'explication est plus faible : 33 % en tenant compte des expositions physiques, 46 % en incluant aussi la latitude décisionnelle.

Dans la seconde étude, les auteurs se sont également intéressés à la santé auto-déclarée, et ont cherché à répondre à une question analogue à la précédente, la situation sociale étant cette fois caractérisée par le niveau d'études [46]. La conclusion est que, pour les hommes, environ un tiers des différences d'état de santé entre niveaux d'études sont liées aux expositions professionnelles, et que les expositions passées, tout au long de la vie professionnelle, sont à prendre en compte. Pour les femmes, seule une faible part des différences pourrait être expliquée par les conditions de travail.

Dans le domaine du cancer, la part attribuable aux expositions professionnelles dans la population varie selon les sites de cancer, tout en restant le plus souvent inférieure à celle attribuable à des facteurs liés au mode de vie¹. Cependant, les facteurs professionnels peuvent avoir un poids relativement plus important quand il s'agit d'« expliquer » les différences sociales. C'est par exemple le cas concernant les cancers du poumon ; pour ce site de cancer, la consommation de tabac est un facteur de risque plus important que les expositions professionnelles au niveau de la population. Cependant, s'agissant des inégalités sociales d'incidence de cancer du poumon, l'estimation de la part attribuable aux expositions professionnelles, donnée par les auteurs du rapport du Centre international de recherche sur le cancer, atteint 50 % [35].

1. Voir article de Danièle Luce p. 45.

Les études décrites ci-dessus utilisent toutes la même méthodologie, la plus habituelle dans ce domaine : le point de départ est une quantification des inégalités en termes relatifs (risques relatifs entre catégories socioprofessionnelles...) et les auteurs se demandent ce que deviendraient les écarts relatifs si toutes les catégories socioprofessionnelles se retrouvaient exposées de façon égale. Cela est une approche pertinente du point de vue de l'étiologie sociale de la maladie, mais qui peut être considérée comme partielle du point de vue de la santé publique, car les résultats ne prennent pas en compte le nombre de cas qui seraient évités si l'exposition (ici, l'exposition professionnelle) disparaissait ou était maintenue pour tous au niveau le plus bas [43]. De façon plus générale, fournir des chiffres en ce domaine est un exercice un peu risqué, car il est difficile d'interpréter correctement les résultats.

Ne pas travailler, un risque pour la santé

Les données de mortalité rappellent que le risque de décéder des personnes inactives est supérieur à celui des personnes exerçant une activité professionnelle ; cela ne peut s'expliquer que très partiellement par des effets de sélection (c'est-à-dire par le fait que des personnes malades ne peuvent pas, ou ne peuvent plus travailler). Le constat porte aussi sur les femmes, bien qu'une part notable des femmes inactives aient volontairement choisi de ne pas travailler. Ce qui est observé pour la mortalité s'étend à différentes dimensions de la santé, et concerne en particulier le chômage [45, 63].

Globalement, comme le rappelle le rapport de l'OMS « The solid facts » (« les faits établis »), le chômage met la santé en danger. Une situation d'insécurité, qu'il s'agisse du chômage ou de la crainte de perdre

Employés administratifs	Employés de commerce et service	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles
2,1	2,8	41,9	36,4
47,4	5,9	3,3	1,8
4,8	20,3	21,2	28,2
5,4	47,6	42,5	48,0
5,3	11,4	13,5	27,2
2,1	31,8	47,0	45,5

Source : enquête SUMER 2003.

son emploi, a des effets, entre autres, sur la santé mentale, en particulier l'anxiété et la dépression, et sur la santé cardio-vasculaire [74]. La réduction des ressources, conséquence de la situation de chômage, est un élément négatif supplémentaire, dont les effets s'amplifient quand la durée du chômage augmente. Le faible niveau de revenu affecte, de façon plus générale, l'ensemble des catégories d'inactifs, à quelques exceptions près. Cela justifie que l'on considère le maintien dans

l'emploi comme une dimension importante dans la réduction des inégalités sociales.

Pour réduire les inégalités : améliorer le travail et réduire l'exclusion

Réduire les inégalités passe par des améliorations dans deux directions : que le travail ne soit pas source de dangers pour la santé, et qu'un travail dans des bonnes conditions (de salaire, de sécurité d'emploi) soit accessible et puisse être conservé même si le

niveau de performance baisse ou si la santé se dégrade.

Réduire les expositions professionnelles par la prévention en milieu de travail est la première piste. Les interventions visant à améliorer les conditions de travail devraient entraîner une réduction notable des inégalités sociales de santé au sein de la population active ; quelques exemples montrent qu'il est possible de chiffrer ce gain dans des domaines spécifiques [44].

La seconde piste de réduction des inégalités sociales concerne l'exclusion du marché du travail pour raison de santé. Le risque d'être exclu, temporairement par le chômage, ou de façon plus permanente, touche en priorité les salariés non protégés par leur statut, et les salariés non qualifiés. Or la perte d'emploi, en elle-même, augmente les risques de mauvaise santé.

En conclusion, la réduction des inégalités sociales de santé passe par « un bon travail pour tous », le terme de « bon travail » impliquant à la fois : l'absence de facteurs de risque mettant en danger la santé ; un statut protecteur permettant aussi d'être malade ; l'accès aux dimensions positives du travail que sont le revenu, la reconnaissance sociale et les liens sociaux dans le travail, et enfin la possibilité de progresser et d'apprendre des choses nouvelles. ■■

Expositions professionnelles, des conséquences négatives qui s'enchaînent : l'exemple des lombalgies invalidantes

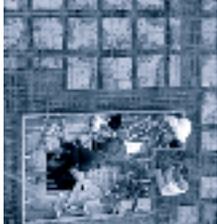
Travailler peut impliquer des risques pour la santé ; mais ne pas travailler met aussi la santé en danger. Ces deux effets négatifs peuvent se cumuler, comme le montre l'exemple des lombalgies invalidantes.

Les lombalgies, avec ou sans sciatique associée, représentent la première cause d'incapacité au travail et d'invalidité avant 45 ans [61]. Les données de l'enquête HID (Handicap, Incapacité, Dépendance) montrent que, face au risque de lombalgie invalidante (avec limitations fonctionnelles chroniques), être cadre ou profession intermédiaire, ou avoir exercé cette profession dans le passé, est un facteur protecteur [38]. Même si aucune étude n'a chiffré précisément le rôle des expositions professionnelles dans ces différences entre catégories sociales, celles-ci peuvent être mises en relation avec des conditions de travail spécifiques telles que le port de charges ou l'exposition aux vibrations, facteurs de risque connus de lombalgie.

L'enquête, qui a comporté un suivi à deux ans, permet aussi de documenter les effets négatifs, en termes d'emploi, liés à la présence de ce problème de santé. Les évolutions observées parmi les lombalgiques ont été comparées à des évolutions « attendues », prenant comme référence la population française de même âge.

Pour les lombalgiques, hommes et femmes, toutes les évolutions défavorables sont plus fréquentes que dans la population générale : ne plus être en activité (pour des lombalgiques en activité en 1999), devenir chômeur, ou rester au chômage (pour ceux qui étaient au chômage). Le risque de devenir « autre inactif » est aussi accru, quels que soient le sexe et la situation de départ (actif ou chômeur). Cette dernière évolution est celle de personnes qui se retrouvent, en 2001, dépendre exclusivement de sources de revenus telles que le revenu minimal d'insertion, l'allocation adulte handicapé, une rente d'invalidité, ou une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle, soit, dans tous les cas, des niveaux de revenu très faibles. ■■

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 68.



La complémentarité entre santé publique et santé au travail

Depuis plusieurs années, la santé publique et la santé au travail, secteurs historiquement très cloisonnés, se rapprochent afin de mutualiser connaissances et compétences.

Armelle George-Guiton
Médecin général de santé publique,
Direction générale de la santé SD7

Au cours du ^{xx}e siècle, la santé publique et la santé au travail ont cheminé parallèlement ; les deux approches étant juridiquement bien séparées : les ministres, leurs attributions et leurs administrations sont différents, de même les *corpus* réglementaires, les médecins, les inspecteurs, les chaires universitaires, les instances consultatives... Durant les quatre dernières années, les efforts conjugués des ministères chargé du Travail et chargé de la Santé ont permis de rapprocher ces deux domaines pour qu'ils s'enrichissent mutuellement. Un rappel historique témoigne de l'origine de ces politiques très distinctes.

La santé au travail s'est développée en France grâce à des forces sociales parfois contradictoires (effort de guerre, protection de la force du travail, bienveillance sociale) pour aboutir aux temps forts : rapport, en 1840, de Louis-René Villermé sur le travail de nuit des enfants, loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail par les employeurs, loi du 25 octobre 1919 créant les premiers tableaux de maladies professionnelles, loi du 11 octobre 1946 structurant la médecine du travail autour de grands principes : rôle exclusivement préventif qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », examen clinique individuel, responsabilité de l'employeur pour la prévention et la « réparation » (indemnisation), financement des médecins du travail par l'employeur. Le décret du 20 mars 1979 consacre la volonté d'ancrer plus profondément la médecine du travail sur les lieux du travail en créant le « tiers-temps » pour des actions de prévention à la source tant individuelles que collectives.

L'Union européenne a joué un rôle novateur dans la prévention des risques professionnels au travers de la directive CE n° 89/391 du 12 juin 1989 concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs (L. 230-2 du Code du travail), et qui impose à l'employeur « de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé, en évaluant les risques, en substituant ce qui est dangereux par ce qui n'est pas ou moins dangereux, en adaptant le travail à l'homme, en privilégiant la prévention "à la source" et la prévention collective... ». Grâce à cette loi, la médecine du travail a évolué vers une conception plus large de la prévention, pluridisciplinaire et fondée scientifiquement. Néanmoins, les acteurs de la santé au travail disposaient encore récemment de peu de moyens de connaissance autres que l'expérience clinique et l'observation pour la prévention individuelle, et les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles des caisses d'assurance maladie, pour la vision collective. Mais ces statistiques donnent une image très déformée de la réalité des problèmes. Un travail récent de l'Institut de veille sanitaire (2001) a mis en lumière — pour certaines localisations de cancers masculins — l'écart très grand entre ces statistiques et le nombre de cancers professionnels estimés par la méthode épidémiologique. La toxicologie, l'une des autres disciplines scientifiques nécessaires à l'objectivation des facteurs de risques en santé au travail, n'est pas non plus bien lotie : le nombre de toxicologues en France demeure faible. Or l'évaluation des risques, prévue par la directive européenne de 1987 telle que définie en 1983 par l'Académie des sciences

nord-américaine, a besoin de se baser sur la connaissance des relations entre la dose et l'effet. Ce lien «dose-effet» ne peut être documenté que par des études toxicologiques et/ou par des études épidémiologiques.

La santé publique, quant à elle, est née d'une double filiation : hygiène pastorienne et médecine sociale. Selon le *Manuel de santé publique* de Gilles Brücker et Didier Fassin¹ : « la santé publique est une démarche pratique ayant la politique de santé pour objet ». Le terme de santé publique est utilisé en France à partir du xx^e siècle, d'abord dans le titre de la loi de santé publique de 1902 (élargissant les missions du Comité consultatif d'hygiène publique et instituant les bureaux d'hygiène, la lutte contre les épidémies, la première vaccination obligatoire, le traitement des eaux usées...), puis après la Seconde Guerre mondiale : création de l'École nationale de santé publique (1946), mise en place d'un ministère de la Santé publique (1969) création de la spécialité médicale (1984), du Haut Comité de la santé publique, du Réseau national de santé publique (1994) qui permettra la mise en place, en 1998, dans un RNSP renommé en Institut de veille sanitaire, du premier département épidémiologique de santé au travail. Mais au-delà des mots, quels contenus et outils de connaissance ? Selon Didier Fassin, c'est l'épidémiologie moderne qui apporte à la santé publique ses lettres de noblesse², méthode qui ne s'est imposée, en France, qu'après la Deuxième Guerre mondiale. La démonstration du rôle du tabac dans l'apparition du cancer du poumon en est la première grande illustration.³ Pourtant, dans l'après-guerre, la connaissance repose principalement sur les statistiques descriptives des causes de décès dont les limites ont été décrites par Anne Fagot-Largeault⁴ et « c'est probablement le problème du coût de la santé qui contraint la communauté à revenir à une médecine plus préventive que curative, donc à scruter les statistiques ». Mais de quelles statistiques s'agit-il ? Dans son ouvrage de 1993, Alain Desrozières⁵ explique comment les statistiques construites originellement par les États (dont l'étymologie du mot découle) pour décrire les sociétés humaines, lever les impôts,

appeler les conscrits, ranger les individus dans des catégories ont été peu à peu enrichies par le calcul des probabilités (Pascal 1660, puis école mathématique anglaise). La statistique (ou l'épidémiologie) moderne résulte de la combinaison de ces deux logiques différentes, description d'une part, recherche d'un lien entre deux phénomènes, entre un facteur de risque et un risque, d'autre part⁶. On parle d'épidémiologie descriptive et d'épidémiologie analytique. La montée en puissance du «risque relatif» s'accélère. En outre, les services «santé environnement» se dotent aussi de compétences en évaluation quantifiée des risques. Des cours spécialisés se mettent en place (Idea, Ecorisque). Mais les services de santé au travail ne sont pas vraiment formés à ces outils.

Mieux connaître pour agir

Malgré ces différences, une volonté de travail en commun s'est exprimée depuis plusieurs années. Dans le Plan gouvernemental de lutte contre le cancer (2003), une mesure spécifique sur la prévention des cancers professionnels (mesure 13) préconise notamment de renforcer la surveillance épidémiologique des travailleurs en entreprises, la surveillance de l'exposition de ces travailleurs aux cancérigènes, et la réduction de cette exposition. Le Plan national santé environnement (PNSE 2004) prévoit également des mesures de prévention des cancers professionnels. La loi relative à la politique de santé publique (2004) a permis de tendre vers des objectifs communs. Ainsi l'article 2, qui confie à la nation de définir la politique de santé, parle des conditions de travail au même titre que des autres déterminants de l'état de santé (L. 1411-1 alinéa 6). Cette loi fixe le principe d'objectifs de santé publique (L. 1411-2) qui sont atteints par des programmes spécifiques nationaux et régionaux évalués avec des indicateurs quantifiés. La démarche de santé publique est donc populationnelle et quantifiée, comme l'expose le rapport annexé à la loi. Parmi les cent indicateurs

qui y figurent, quatre sont spécifiques à la santé au travail⁷. Le Plan santé travail (PST) élaboré en 2005 à l'initiative du ministre chargé du Travail reprend à son compte ces indicateurs et cette volonté de développer la connaissance scientifique, volonté dont la traduction concrète s'illustre notamment dans la transformation de l'Agence française de sécurité sanitaire pour l'environnement (Afsse) en Afsset (environnement et travail). La réforme en cours de la médecine du travail, initiée par l'introduction de la pluridisciplinarité, vise à une réalisation effective du tiers-temps à des fins de prévention collective incluant la participation à l'évaluation des risques et à des enquêtes épidémiologiques. Depuis deux années les médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (Mirtmo) suivent une formation continue de santé publique à l'ENSP.

Ainsi, depuis plusieurs années, tous les grands programmes de santé ont comporté un volet santé-travail (Plan canicule, phytosanitaires, Plan grippe aviaire, Plan violence et santé...). Cette volonté semble maintenant bien inscrite dans les pratiques administratives. Les problèmes émergents relatifs aux nanotechnologies et nanomatériaux ne feront pas exception. Ces programmes nationaux se déclineront régionalement dans des plans régionaux de santé au travail qui devront venir s'imbriquer dans les plans régionaux de santé publique pilotés, sous l'autorité du préfet, par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

C'est bien d'un changement de mentalité dont il faut parler, changement qui touche autant les administrations que les professionnels. ■

1. *Santé publique*. Sous la direction de Gilles Brücker et Didier Fassin. Ellipses, 1989.

2. *Critique de la santé publique*. Didier Fassin. Paris : Balland, 2001.

3. *Idem* page 75 et suivantes.

4. *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*. Anne Fagot-Largeault. VRIN, 1989.

5. *La politique des grands nombres*. Alain Desrozières. La Découverte, 1993.

6. « La diversité des usages des mots "statistiques" et "statisticiens" reflète la tension entre les points de vue de réalité et de méthode. Pour les uns, c'est une activité administrative d'enregistrement de données diverses, conduisant à des chiffres incontestables repris par le débat social et orientant l'action. Pour les autres, c'est une branche des mathématiques, enseignée à l'Université et utilisée par d'autres scientifiques : biologistes, médecins, économistes, psychologues. La construction de statistiques administratives permet de résumer un grand nombre d'événements selon des normes standard. La réflexion probabiliste vise à maîtriser l'incertitude ».

7. {14} Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail.

{15} Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003.

{16} Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dBA plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003.

{17} Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.