

# Introduction

## Risques professionnels : la santé au travail sous surveillance ?

*Jean-Noël Jouzel<sup>\*</sup>, Jérôme Pélisse<sup>\*\*</sup>, Laure Pitti<sup>\*\*\*</sup>*

**D**u 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 décennies<sup>1</sup>. 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 travail<sup>2</sup> 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 disponibles<sup>3</sup>.

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 Sentinelles<sup>4</sup>), 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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), *Agnotology: 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.

