

Les catégories de la santé au travail : histoire des règles et des pratiques (XIX^e - XX^e siècles)

Anne-Sophie Bruno, Eric Geerkens, Nicolas Hatzfeld, Catherine Omnès

Le programme de recherche présenté à l'ANR sur *Les catégories de la santé au travail : Histoire des règles et des pratiques* s'inscrivait dans le prolongement des travaux commencés en 1999 dans le cadre de l'ACI Travail sur l'inaptitude au travail et de l'appel d'offre de la MiRe « Cultures du risque au travail et pratiques de prévention ».

Le Groupe d'Histoire Travail et Santé (GHTS) a proposé de réfléchir sur la construction des catégories de la santé au travail à l'époque contemporaine pour comprendre pourquoi, après deux siècles de dénonciation, les dangers du travail perdurent et génèrent des inégalités inadmissibles devant la vie et devant la mort. La recherche s'articulait autour de trois axes : le premier portait sur le processus de construction des catégories de santé au travail ; le deuxième prenait comme objet de recherche les TMS — pathologies professionnelles les plus fréquentes aujourd'hui —, qui présentent la particularité d'être des maladies du geste, étroitement imbriquées dans le processus de production et portant la critique au cœur du travail ; enfin le troisième axe s'inscrivait dans la thématique des inégalités de santé et s'interrogeait sur les effets du travail et du positionnement sur le marché du travail sur la santé des populations migrantes de Tunisie tout au long de leur trajectoire professionnelle jusqu'à la retraite ou jusqu'au retour au pays.

Au cours des trois années de recherche, le projet initial a été à la fois resserré et dépassé. Il a été recentré sur les trois catégories — inaptitude au travail, accidents du travail et maladies professionnelles — pour lesquelles E. Geerkens a procédé à un recensement de tous les articles parus en France et à l'étranger au cours des quinze dernières années, articles qui ont ensuite fait l'objet d'une lecture critique collective. Le programme de recherche a été étendu à des thématiques et à des champs temporels plus larges que ceux initialement prévus. De jeunes étudiants en master ont apporté leur contribution en exploitant des fonds d'archives peu explorés comme le fond de la JOC et de la JOCF ou celui de la CRAMIF. Les recherches individuelles des membres du groupe ont été accompagnées d'un séminaire fondé sur une politique d'ouverture, qui a été un lieu de débats très enrichissants : sont intervenus des chercheurs extérieurs au GHTS appartenant à des disciplines peu ou non représentées au sein du Groupe, comme l'ergonomie ou la sociologie, ou des chercheurs venant d'achever des travaux innovants. De même, le colloque organisé au Creusot et la session tenue au Congrès international des historiens économistes à Utrecht en août dernier pour clore le contrat, répondaient à un esprit d'ouverture : ils intégraient de jeunes chercheurs et des spécialistes étrangers de la santé au travail. Enfin l'ouverture sur les milieux professionnels s'est faite par suite d'une attente partagée, à laquelle l'équipe de recherche, composée presque exclusivement d'enseignants-chercheurs, n'a pas toujours pu répondre. Une tribune permanente sur l'histoire de la santé au travail nous a été confiée par la revue spécialisée *Santé & Travail* dans sa nouvelle maquette : à ce jour, plus d'une douzaine d'articles sur des

thématiques variées ont paru, mobilisant près d'une quinzaine d'auteurs différents appartenant presque tous au GHTS. Invitations aux congrès de médecine du travail, offre de collaboration scientifique de la part de médecins en exercice ... sont autant de signes de l'attente des professionnels envers les sciences sociales pour une mise en perspective des problèmes qu'ils rencontrent.

Les questions de santé au travail sont abordées par le GHTS dans une perspective historique avec des démarches originales, qui intègrent les apports de l'ensemble des sciences sociales et mettent au centre de l'investigation le jeu des acteurs. L'attention portée aux institutions ne se limite pas à étudier la seule production législative et réglementaire par les élites politiques et les juristes, elle tente d'identifier l'ensemble des acteurs qui participent au processus pour le freiner ou l'impulser, d'expliquer les rythmes et le contenu de la production normative à la lumière de la circulation des modèles et des enjeux soulevés par les forces sociales en présence et au regard des structures et de la conjoncture économiques qui influent sur les conditions de travail... Au-delà de la reconstitution de la genèse des catégories, elle vise également à cerner la façon dont les acteurs se saisissent des règles ou des instances de réparation et de prévention, négocient ou s'affrontent autour de la mise en œuvre des règles. Les approches de terrain (observation en situation, recours aux témoignages des acteurs locaux, regard ethnographique) ont été privilégiées pour mettre au jour les pratiques des acteurs.

De l'ensemble de ces travaux et de ces débats se dégage une vision renouvelée de l'histoire de la santé au travail, qui s'affirme désormais comme un champ de recherche constitué. Les connaissances accumulées dans les pays anglo-saxons et en France permettent de dégager les grandes lignes de cohérence de l'histoire de la santé au travail à l'époque contemporaine. Cette contribution de synthèse propose une périodisation de cette histoire depuis la fin de l'Ancien Régime, qui met l'accent sur les grandes scissions observées tout en demeurant attentive à la variété des rythmes propres à des questions spécifiques (I). Elle met en évidence des régularités dans les stratégies et les pratiques des principaux acteurs concernés (employeurs, travailleurs et organisations syndicales, pouvoirs publics et administrations, experts) (II). Enfin, elle montre comment les règles et les pratiques s'inscrivent dans les parcours professionnels et dessinent les contours des inégalités de santé au travail entre pays, entre secteurs, entre organisations, entre groupes sociaux (III). Adoptant une approche comparatiste, l'étude permet d'interroger les singularités françaises.

Une relecture des grandes scissions de l'histoire de la santé au travail

L'historiographie récente de la santé et des relations de travail invite à remettre en cause une vision linéaire et progressiste de l'histoire, qui a longtemps opposé un long XIX^e siècle, âge d'or du libéralisme sans entraves, à une phase de solidarité collective et de responsabilité partagée, initiée par le tournant réformiste. Des scissions nouvelles ont été mises au jour en remontant vers l'Ancien Régime, une relecture des réformes de la fin du XIX^e siècle et de la Libération a été proposée, donnant à voir un processus long et complexe.

Le virage libéral

La fin de l'Ancien Régime avait vu émerger, au sein d'un milieu médical, une réflexion hygiéniste attentive aux nuisances du travail sur la santé des travailleurs s'inscrivant dans la tradition ramazzinienne. Vers 1830, en France, lors des débuts de l'industrialisation, les enjeux économiques étouffent peu à peu cette préoccupation sanitaire, inclinent à tourner davantage le regard vers le milieu de vie et à juger les nuisances industrielles acceptables. S'ouvre alors une longue phase d'effacement du corps au travail et de relative invisibilité des risques professionnels.

Le tournant assurantiel

La conjonction de la structuration du mouvement ouvrier, de l'influence de la nébuleuse réformatrice, d'inflexions dans la pensée médicale, sans omettre l'importance du modèle allemand, amène une première forme de garantie légale du risque professionnel. La législation sociale française de la fin du XIX^e siècle et l'entrée dans la société assurantielle ne constituent pourtant pas une pure conquête des travailleurs. Elle renouvelle l'inégalité de la relation salariale, désormais définie par la subordination du salarié à son employeur (en relation avec la législation sur le contrat de travail). En supprimant la notion de faute et en faisant basculer la responsabilité du côté de l'assurance, les législations des pays industriels suppriment la possibilité d'un véritable engagement des employeurs à respecter l'impératif de protection de la santé et du corps de leurs travailleurs et à indemniser l'intégralité des dommages causés à leurs salariés. Loin de représenter le point d'orgue d'une législation progressiste, la garantie pour les travailleurs d'une réparation indépendante des aléas d'une action en responsabilité inaugure ainsi une ère d'irresponsabilité des employeurs assurés à bon compte, qui n'a pour limite que la faute inexcusable.

En adoptant un modèle assurantiel, en lieu et place d'un traitement judiciaire de la responsabilité, même dans les pays où la voie judiciaire subsiste, comme en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, l'État ferme ainsi la porte à tout débat contradictoire sur le sujet et se prive des moyens d'assurer plus d'égalité dans les rapports de travail. Le repli de l'intervention publique en matière de santé au travail répond donc moins à un déclin des mobilisations sociales qu'à une conséquence du choix législatif initial, qui a largement amoindri les moyens légaux dont pouvaient disposer les acteurs concernés pour défendre la santé des travailleurs. Le nouveau régime de responsabilité constitue en effet une forme d'acceptation officielle du risque, qui laisse aux employeurs le soin d'en assurer la gestion, au même titre que les autres coûts de production, et de fixer, de manière relativement unilatérale, les conditions d'exposition des travailleurs — pensons au mode d'élaboration des seuils d'exposition.

En instituant l'obligation de sécurité de l'employeur, le système assurantiel aboutit ainsi à cantonner la protection de la santé des travailleurs au monde du travail, et à l'entreprise en particulier. Cette caractéristique institutionnelle est sans doute pour beaucoup dans le cloisonnement, toujours de mise, entre santé au travail et santé publique. Tandis que les XVIII^e et XIX^e siècles avaient vu se développer les approches de la santé des travailleurs sous un angle holistique, intégrant souvent l'environnement de vie et l'environnement de travail, le passage à la société assurantielle contribue à dresser une frontière entre le travail et le hors travail, l'extérieur pouvant désormais jouer contre l'intérieur.

Construit au départ pour répondre à la question des accidents du travail, le modèle assurantiel a circonscrit la visibilité de l'autre dimension du risque, celle des pathologies d'origine professionnelle. Le dispositif de prise en charge des maladies professionnelles s'est

développé sur le modèle des accidents du travail, confiant régulièrement aux mêmes médecins le soin de contrôler l'origine professionnelle des dommages, selon une logique souvent fondée sur le soupçon de la maladie simulée. Cette assimilation des pathologies professionnelles aux accidents du travail aboutit, d'une part, à appliquer le principe du forfait à la réparation des maladies professionnelles et, d'autre part, à gommer les différences de temporalité qui caractérisent ces deux types d'atteintes, favorisant les stratégies dilatoires de la part des employeurs : en matière de maladies professionnelles, l'impératif de protection des travailleurs était beaucoup plus facile à contourner pour des employeurs souvent assurés d'échapper au coût engendré par des atteintes aux effets différés. À cet égard, si le modèle assurantiel a apporté une réponse relativement efficace à la question des accidents du travail, du moins si l'on en juge par la diminution du nombre de cas mortels, il a largement échoué à prendre en compte la santé globale des travailleurs. Il a été peu réactif aux évolutions des pathologies du travail, qu'il s'agisse du glissement des pathologies de l'empoisonnement aux pathologies de l'organisation du travail ou de l'irruption des névroses du travail et des maladies du geste.

La vision de la santé au travail comme relevant de la sphère privée de l'entreprise correspond ainsi à une forme de délégation par l'État des questions de santé aux acteurs de l'entreprise. Ce choix d'une conception assurantienne de la santé au travail s'est avéré durable puisqu'il a été encore renforcé par l'affirmation des logiques néo-corporatistes, jusqu'au cœur des systèmes de sécurité sociale qui se mettent en place dans la plupart des pays industrialisés autour de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, la rupture symbolique des réformes de la Libération est aujourd'hui relativisée dans l'histoire de la santé au travail comme dans beaucoup d'autres domaines.

Le retour de la santé au travail sur la scène publique ?

À partir de la fin des années 1960, la santé au travail redevient l'objet d'intenses mobilisations sociales. Ce changement laisse à nouveau place à des acteurs et à des formes de mobilisation, qui avaient tendu à disparaître depuis la fin du XIX^e siècle. Les associations de défense des consommateurs ou des victimes de l'industrialisation, laissées jusque là hors du cadre institutionnel des négociations, se joignent aux forces politiques et syndicales pour demander une meilleure prise en compte des questions de santé au travail. On assiste alors à l'apparition de mobilisations dénonçant les insuffisances du régime assurantiel, et la prise en charge partielle de la santé au travail qu'elle induit. Les revendications portent également sur le développement d'une autre médecine du travail, qui ne soit pas seulement une médecine patronale réduite aux examens d'embauche ou périodiques. L'importance de ces mobilisations réside toutefois moins dans leur efficacité immédiate que dans leur portée conceptuelle.

La dénonciation des insuffisances du modèle assurantiel a en effet conduit à une remise en cause radicale du modèle fondé sur le couple prévention-réparation et donné naissance à une conception nouvelle du régime de responsabilité, désignée par le terme de principe de précaution. Pour autant, depuis la remise en cause du modèle assurantiel et du cadre néo-corporatiste, est-on vraiment sorti de l'âge de la prévention-réparation ? Du point de vue de la connaissance scientifique du risque, il n'est pas sûr que le modèle assurantiel ait forcément atteint ses limites et que l'application des règles de la statistique probabiliste au calcul des risques soit devenue infondée. En ce sens, la substitution complète du principe de précaution au principe de prévention-réparation pourrait saper le bien fondé des études statistiques, déjà peu nombreuses, sur le risque industriel. En revanche, les critiques adressées aux fondements

juridiques du modèle assurantiel, et à la conception de la responsabilité patronale qu'elle induit, semblent d'une portée plus durable. Cette évolution du principe de responsabilité au cours de la période contemporaine a largement nourri le retour opéré sur le tournant réformateur et sur la jurisprudence des relations de travail du XIX^e siècle ; elle invite à poursuivre les recherches sur le rôle joué par les juges, au civil depuis le XIX^e s., et au pénal depuis les années 1980, notamment dans le cadre des procès intentés contre les industriels, mais aussi contre les médecins du travail, pour complicité d'empoisonnement.

Des régularités dans les stratégies d'acteurs

Dans le cadre des sociétés assurantielles, le jeu des acteurs est complexe, multiforme. Néanmoins, il laisse voir des régularités dans la façon dont les acteurs interviennent, s'emparent des catégories de la santé au travail et se les approprient pour prévenir, contrôler, contourner, occulter, infléchir le passage à la pratique. L'appréciation de la santé au travail apparaît moins comme le fait d'experts scientifiques, médicaux en premier lieu, que comme le fruit de négociations collectives, souvent informelles, qui mettent en jeu les employeurs, les salariés et leurs organisations syndicales, encadrés plus ou moins fermement par les pouvoirs publics, chacun de ces acteurs recourant, avec des fortunes diverses, à l'expertise scientifique.

L'encadrement législatif (national et international)

Dans le jeu qui se déploie autour des questions de santé au travail, les pouvoirs publics jouent un rôle de régulateur, fixant les règles du jeu par leur activité législative. La reconnaissance des pathologies professionnelles est en effet soumise à une définition médico-légale, qui comporte des conditions particulièrement restrictives lorsqu'aux caractères des pathologies retenues s'ajoutent ceux des professions ou industries concernées et, dans le système français, des durées minimales d'exposition et des délais maximaux de prise en charge. En matière d'accidents de travail, l'impératif de sécurité est également encadré par un ensemble de normes et d'obligations légales que les employeurs doivent respecter et dont le contrôle de l'application est confié à une inspection d'État qui a peu à peu étendu son autorité, selon des chronologies et des formes propres à chaque pays. L'existence d'une instance publique chargée de l'inspection du travail se heurte toutefois à la faiblesse structurelle des moyens que lui accordent les États industriels. Mais, dès lors que la responsabilité de la protection de la santé au travail incombe aux acteurs de l'entreprise, la fragilité des inspections publiques n'est pas nécessairement un obstacle à la sécurité dans le cadre d'une société néo-corporatiste, dans laquelle l'efficacité des règles de sécurité et d'hygiène dépend essentiellement de la façon dont les acteurs de l'économie s'en saisissent ou non, ou confectionnent leurs propres règles. Sans aller nécessairement jusqu'à la « collaboration » évoquée par l'historien britannique John Benson, la gestion néo-corporatiste de la santé au travail ouvre ainsi sur des formes de négociation entre partenaires sociaux, dans lequel les pouvoirs publics apparaissent en retrait.

Tout au long du XX^e siècle, les instances internationales peuvent être vues comme une force d'impulsion compensatrice : elles favorisent la circulation des connaissances dès le début du siècle, elles ouvrent un espace de négociation et d'harmonisation après le premier conflit mondial et, dans les dernières décennies, elles deviennent une source essentielle du

droit en matière de santé au travail.

Les pratiques de contournement des employeurs

Face aux risques professionnels, les employeurs ont développé des stratégies qui, très schématiquement, peuvent se ranger sous trois axes : le déni, la minimisation des coûts, l'endiguement de l'intervention publique.

Le déni peut se décliner de diverses manières, non exclusives. Outre la négation de l'existence même d'une pathologie, le registre majeur tient à la contestation, sous diverses modalités, de l'origine professionnelle d'un risque : il conduit au report sur les travailleurs, leurs mœurs ou leurs comportements, de l'origine des pathologies ou des accidents (l'origine de l'accident étant attribuée, dans 80 % des cas, au « facteur humain ») et à l'imputation des troubles observés à une pathologie d'origine non-professionnelle (présentant par exemple le tabagisme comme source de pathologies respiratoires). Le déni se fait plus oblique, quand le risque est reconnu dans l'absolu mais atténué par l'invocation d'une dangerosité différentielle (prétextant, par exemple, de l'absence de silice dans certains sous-sols, ou des caractéristiques des différentes catégories d'asbestes). En deçà du déni, il y a aussi le recours au doute, à l'incertitude scientifique comme élément d'une stratégie dilatoire.

Dès lors que le caractère professionnel du risque est reconnu, les employeurs n'ont cessé d'en limiter le coût, intervenant en amont autant qu'en aval de sa survenance. Ainsi, l'entrée de la médecine dans les entreprises a d'abord visé la sélection du personnel par l'examen d'embauche et la mise à l'écart des travailleurs davantage susceptibles d'être exposés à un risque réparable (construction de la notion de prédisposition au risque). Elle a aussi servi à détecter la fraude à l'assurance et a participé à l'évaluation du dommage. Par l'organisation de premiers soins et d'un meilleur suivi des blessés, elle a encore contribué à minimiser le temps de convalescence indemnisable et l'importance de l'invalidité reconnue. Dans le cadre de la théorie du risque professionnel, les employeurs, relayés par les pouvoirs publics, ont introduit l'idée de responsabilité partagée pour justifier la réparation forfaitaire.

De manière assez constante, les employeurs ont prévenu l'intervention de l'État ou l'entrée de ses représentants dans les entreprises par des initiatives parfois coûteuses, comme la mise sur pied et le financement de centres de recherches sur certaines pathologies, la formation de conseils/comité de sécurité plus ou moins paritaires, l'organisation d'inspections privées, etc.

Entre acceptation et combativité : l'attitude des travailleurs et des syndicats

Face aux nombreux risques que comportent une partie des métiers et situations de travail, l'attitude des salariés s'avère complexe dès qu'on l'examine avec attention. À côté des accidents du travail, visibles et remarqués, les maladies du travail constituent les menaces les plus meurtrières mais les moins nettes. Dans de nombreuses situations, les travailleurs en méconnaissent les risques dont les effets sont souvent différés, ce qui contribue à les faire accepter au jour le jour. En outre, la crainte du chômage pèse sur la tolérance des salariés vis-à-vis d'emplois exposés à des poussières, à des produits toxiques ou à des menaces d'accident. De plus, certains modes de rémunération tels que le salaire à la tâche, le salaire au rendement ou plus tardivement les primes de productivité sont des incitations, fortes bien qu'inavouées, à la prise de risques. L'exercice du métier ajoute des facteurs de consentement tels que la pression des objectifs de production ou la solidarité collective. Cependant, l'acceptation n'est pas la règle générale. Souvent, un turn-over élevé témoigne de préventions

empiriques face à des emplois que les travailleurs considèrent comme dangereux, en vertu de ce qu'un historien britannique nomme une épidémiologie ordinaire. Le consentement ne signifie pas non plus résignation. De façon récurrente, dans des branches d'activité présentant des risques importants, les salariés se battent pour obtenir des inspections de sécurité ou de prévention qui soient désignés par eux, ou par leurs représentants, et non pas à la discrétion des employeurs. De tels représentants ouvriers se rencontrent dans les mines, les ports ou dans certaines usines. Ils sont institutionnalisés et étendus en France en 1945 dans les Comités d'hygiène et de sécurité puis les CHSCT. Leur action concerne principalement la prévention.

L'attitude des syndicats face aux risques du travail n'est pas moins complexe et ne peut se résumer à la passivité supposée des grandes centrales. Leur action présente des différences notables selon les époques, selon les métiers et les branches d'activité, selon les catégories professionnelles représentées et selon les niveaux d'intervention. Les décalages voire les discordances d'attitude syndicale jalonnent l'histoire de la santé au travail, au cours de laquelle la négociation alterne avec les combats syndicaux, parfois extrasyndicaux. Cette variété se retrouve dans les attitudes à propos de la restriction voire de l'interdiction de produits ou de façons de travailler considérés comme dangereux. C'est le cas au XIX^e siècle du phosphore, du plomb ou du mercure, au XX^e siècle des poussières de silice, de charbon ou d'amiante. Dans la longue durée, les syndicats et associations ouvrières font porter une grande partie de leurs efforts sur la réparation. Cela prend, durant une partie du XIX^e siècle, la forme d'associations ouvrières de solidarité, auxquelles n'accèdent toutefois que les catégories capables de payer des cotisations volontaires, à l'exclusion par exemple d'ouvriers et d'ouvrières non qualifiés. À la fin de ce XIX^e siècle toutefois, comme dans la plupart des pays industriels, la France passe à un régime de réparation par assurance, financé par des cotisations des employeurs, que les syndicats acceptent puis revendiquent. Les enjeux se portent alors sur la reconnaissance de lésions provoquées par les produits toxiques, les poussières et les conditions de travail ainsi que sur leur prise en charge. L'action syndicale se tourne de plus en plus vers les institutions paritaires et vers l'État pour modifier les règles de reconnaissance et de réparation. On est en droit de se demander si cet attachement au système paritaire de réparation des AT-MP ne conduit pas à une timidité des réformes proposées ou soutenues par les grandes centrales syndicales et à un cloisonnement des questions de santé.

Experts et professionnels du risque

Sur les diverses scènes où s'élaborent les savoirs, les représentations et les normes protectrices, les acteurs de la santé au travail (employeurs, syndicats et pouvoirs publics) recourent régulièrement à l'expertise, définie comme la sollicitation ponctuelle de connaissances scientifiques — le plus souvent médicales, mais aussi techniques — dans un contexte où les intérêts de ces acteurs entrent en conflit. Les travaux historiques montrent une évidente asymétrie dans l'accès à l'expertise. Si les employeurs n'ont pas le monopole du recours à l'expertise, ils semblent néanmoins en avoir eu longtemps la maîtrise la plus efficace.

Le monde des experts est loin toutefois d'être homogène et se distribue dans un spectre qui va des autorités médicales directement sollicitées par le patronat aux scientifiques engagés ou militants, en passant par les francs-tireurs qui, sur la base de connaissances tirées de leur pratique professionnelle, osent s'opposer aux experts patronaux, ou par les scientifiques dont l'activité s'exerce hors de la dépendance directe des intérêts en cause mais qui, par sensibilité, culture ou position sociale, sont plus proches de l'une ou l'autre partie. À ces activités qui

s'inscrivent dans le temps court, s'ajoute l'action de structures plus durables financées par les industriels pour pouvoir certes répondre à des menaces ponctuelles, mais surtout conditionner les opinions, publique et scientifique, dans un sens favorable aux intérêts de la branche. Les exemples les plus connus concernent l'usage du plomb aux USA et de l'amiante, au Canada ou en France.

Les pratiques de prévention du risque et de gestion des sinistres professionnels (accident ou maladie) reposent sur un ensemble de professions dont l'activité se développe depuis la fin du XIX^e siècle. La législation sur les accidents du travail a ouvert un champ d'activité nouveau au monde médical. Dans certains pays, cette origine a durablement contribué à donner une dimension principalement curative à la médecine exercée en entreprise, à la différence de la France où l'Ordre des Médecins s'est opposé à ce que la médecine du travail soit une médecine de soin. Aussi s'est-elle constituée dans les années 1940 comme médecine préventive.

Si la prévention du risque professionnel est au fondement même de l'activité des différentes inspections (du travail, médicales, des mines, etc.), les professionnels de la santé au travail (ingénieurs de sécurité, préventeurs, ergonomes) ne s'imposent que très tardivement dans les entreprises et ne disposent que plus tardivement encore des moyens d'un exercice efficace de leur profession. Leurs cultures divergentes les poussaient plus à se mettre en concurrence au sein de l'entreprise qu'à coopérer.

Placés en position d'arbitres entre ces différents acteurs, les pouvoirs publics procèdent fréquemment à la recherche d'une solution pragmatique, jugée la meilleure, à savoir la plus efficace à un moindre coût, selon une logique similaire à celle adoptée par les employeurs à l'égard de la prévention. Dans cette recherche d'une solution à moindre coût, les intérêts économiques et commerciaux défendus par les pouvoirs publics coïncident souvent avec ceux des industriels. Mais il s'agit là moins de l'adoption inconditionnelle du point de vue patronal que de l'effet d'un arbitrage entre les différentes conceptions de l'intérêt public. Les questions de santé au travail font en effet l'objet de positions distinctes, voire contradictoires, qui opposent fréquemment les administrations de la Santé aux administrations en charge du commerce extérieur ou de la production (qu'il s'agisse des mines, de l'industrie ou de l'agriculture). Dans cet arbitrage, les préoccupations sanitaires s'inclinent toutefois la plupart du temps devant les préoccupations d'ordre économique et commercial, entendues aussi sous l'angle du développement économique territorial ou national, et les implications sociales ne sont guère prises en compte.

Les inégalités de santé au travail

Le dernier volet de la recherche consistait à étudier les inégalités de santé qui perdurent tout au long du XX^e siècle et qui sont particulièrement marquées en France. Toutes les sources convergent sur l'existence d'inégalités de santé résultant des effets d'âge, de génération, des critères de genre, de nationalité, et du positionnement sur le marché au travail.

Effet d'âge, effet de génération

Les suivis de cohortes, les témoignages de travailleurs, les études statistiques effectuées par les organismes de médecine du travail ou les travaux du CREAPT concordent sur la

fragilisation des individus au-delà de 50 ans. Si les problèmes de santé des travailleurs vieillissants sont des données permanentes, leur survenue, leur nature, leur intensité et les réponses qui y sont apportées varient selon la conjoncture du marché de l'emploi et des produits, selon le contexte sanitaire et l'environnement de travail.

C'est à ce niveau qu'interfèrent les effets de génération. Ceux-ci peuvent corriger ou amplifier l'impact du travail sur la santé. Si la conjoncture est bonne, les travailleurs usés, malades, trouvent plus facilement à se mettre à l'abri dans l'entreprise sur des postes « doux », dans des équipes ou des ateliers au nom évocateur (la Bricole c/o Péchiney ou le Sénat c/o Peugeot), à l'extérieur dans des emplois-refuges, dans des emplois de proximité, ou en ayant recours à des formes de retraites anticipées. Quand la conjoncture est mauvaise, quand l'État-Providence est faible, les moyens d'échapper aux contraintes du travail se raréfient et les inégalités sociales de santé se durcissent. Aussi la santé de deux cohortes nées à 10 ans d'intervalle, construite en interaction avec son environnement institutionnel, économique et social, présente-t-elle des profils sociaux et sanitaires fort contrastés et un avenir déséquilibré.

Effet de genre : pathologies féminines, pathologies masculines

Le constat est net et clair : les pathologies du travail déclarées par les hommes et les femmes ne sont pas les mêmes. Les femmes sont plus touchées par les maladies ostéo-articulaires, par les varices, les rhumatismes, les maladies psychiques... alors que les hommes sont plus vulnérables aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies respiratoires...

Jusqu'aux années 1960, les médecins du travail invoquaient les spécificités biologiques des femmes pour justifier à la fois les vulnérabilités féminines et la nécessité d'attribuer aux femmes des emplois abrités. Sur ces stéréotypes de genre se construisent une division sexuelle des emplois, un blocage des carrières féminines et une relative invisibilité des risques féminins qui entrave leur prévention par la rotation des postes ou par la promotion. La surreprésentation des femmes parmi les victimes de TMS témoigne des effets nocifs de la répétitivité des gestes dans les « emplois féminins » exercés sur la durée et des voies étroites de la promotion féminine qui ne leur permettent guère d'échapper à la souffrance autrement que par la sortie d'emploi. Leur santé au travail ne peut pas se comprendre indépendamment de leur statut dans la société.

Statut d'emploi, de nationalité et segmentation du marché du travail

C'est la raison pour laquelle la santé des femmes et des étrangers a été regardée ensemble à la lumière des structures et du fonctionnement du marché du travail, apportant ainsi, à l'aide de bases de données longitudinales appariant individus/entreprises, une lecture renouvelée de la segmentation du marché du travail vu comme un espace ternaire et non binaire.

L'analyse des fins de carrière en longue maladie ou en invalidité des migrants de Tunisie met en effet en valeur comme facteur principal de partition des trajectoires l'effet de l'organisation du marché du travail, couplé à la variable migratoire. Toutes choses égales par ailleurs, les individus qui travaillent sur le segment primaire ont quatorze fois plus de risque d'avoir un problème de santé en fin de carrière que s'ils avaient travaillé sur le segment secondaire. Si le segment primaire est le plus à risque en termes de maladie ou d'invalidité, c'est justement parce qu'il est le plus protecteur, relativement aux autres segments. Les

marchés internes connaissent en effet une transformation profonde de leur mode de fonctionnement à partir des années 1970, qui aboutit à une éviction des travailleurs d'âge mûr et par leur prise en charge par le système de protection sociale. Pour les travailleurs du segment secondaire, très majoritairement étrangers, la crise économique se traduit en revanche par un autre mode de sortie du marché du travail, le retour au pays.

Le programme *Les catégories de la santé au travail : Histoire des règles et des pratiques* combinait des approches variées. Il a comporté, d'une part, des recherches spécifiques mais approfondies (inégalités au travail, TMS), d'autre part la mobilisation d'un réseau international apportant des résultats de recherches enrichissant les connaissances et les problématiques fixées, et enfin une réflexion synthétique et comparatiste portant sur les XIX^e et XX^e siècles. L'ensemble fait ressortir des régularités dans les positions des principaux acteurs que sont les employeurs, les travailleurs, les médecins et experts et enfin l'État. Il montre également les conséquences du décalage entre le traitement des accidents du travail et celui des maladies professionnelles. Des rythmes significatifs se dégagent aussi, que partagent la plupart des pays industriels au cours des deux siècles écoulés. Après la grande partie du XIX^e siècle, au cours duquel les questions de santé sont traitées en termes de santé publique et de justice, l'orientation vers les régimes assurantiels conduit progressivement à une gestion tripartite des risques. Derrière l'affichage protecteur des dispositifs correspondant à ces régimes, l'histoire met en lumière des pans entiers du monde du travail qui furent dénués de protection effective, à cause de longs retards ou de restrictions dans la reconnaissance. Les remises en question du modèle assurantiel apparues depuis les années 1970 s'apparentent à bien des égards à un retour des scènes judiciaires et à un rapprochement des catégories de santé au travail et de santé publique. L'évolution des inégalités face aux risques est un indicateur décisif de la portée générale de ces évolutions.

Anne-Sophie Bruno, historienne, maître de conférences, Université de Paris 13, UFR LSHS, 99 avenue Jean-Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse, anne-sophie.bruno@univ-paris13.fr

Eric Geerkens, historien, premier assistant, Université de Liège, Bibliothèque Léon Graulich, Boulevard du Rectorat, 7 bât B 31, B-4000 Liège, E.Geerkens@ulg.ac.be

Nicolas Hatzfeld, historien, maître de conférences à l'Université d'Evry, UFR SSG, 2 rue du Facteur Cheval, 91000 Evry, nicolas.hatzfeld@wanadoo.fr

Catherine Omnès, historienne, professeur à l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR SSH, 47 Bd Vauban, 78047 Guyancourt Cedex, IDHE-Nanterre, catherine.omnes@gmail.com

Bibliographie

Omnès Catherine

Ouvrages

Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins. (en collaboration avec Laure Pitti), Rennes, PUR, 2009, 262 p.

Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale (XIXe-XXe s.), (direction du numéro en collaboration avec P-A Rosental), *Revue d'Histoire moderne & contemporaine*, janvier-mars 2009.

La construction sociale de l'inaptitude au travail en Europe, Toulouse, Octares, à paraître en 2009.

Articles

- « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 56-1, p. 61-82.

- « La loi sur la réparation: 40 ans de contestation », *Santé & travail*, juillet 2009, p. 48-49.

- « Un siècle de résistance à la prévention », *Santé & Travail*, avril 2007, p. 48-49.

- « Il y a cent ans. Les premiers pas de la santé au travail », *Santé & Travail*, janvier 2007, p. 48-49.

- « Santé au travail et prévention au XXe siècle : une longue marche », in *Santé au travail et risques sociaux. Quels enjeux pour la mutualité en Europe ?*, Les rencontres européennes MGEN, Paris, 2007, p. 17-22.

- « Jalons pour une histoire comparée de la santé au travail en Europe », *Histoire et société*, 2007, n° 23, p. 6-21.

- « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *Connaissance de l'emploi*, n° 42, mai 2007.

- « Le risque professionnel », *RFAS*, n° 4, oct-déc 2006, p. 173-187.

- « Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui », *Retraite et société*, n° 49, octobre 2006, p. 77-97.

Bruno Anne-Sophie

- « 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, juillet 2008, p. 71-96.

- « Programme de recherche "Santé et Travail", 2004-2006 : acquis et limites », *Revue française des Affaires Sociales*, n° 2-3, juillet 2008, p. 355-390.

- « La CFDT et la santé des travailleurs étrangers dans les années 1970 » : communication aux journées d'études « Santé, Travail, Immigration » du 25 septembre 2009 (MSH Paris Nord-Université Paris XIII), à paraître.

Geerkens Eric

- « Quand la silicose n'était pas une maladie professionnelle. Genèse de la réparation des pathologies respiratoires des mineurs en Belgique (1927-1940) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, janvier-avril 2009, p. 127-141.

- « Genèse et fonctionnement des comités de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail en Belgique (c.1946- c.1975) », in C. Omnès et L. Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, p. 105-116.

- en collaboration avec HATZFELD, N., « Les débuts mitigés de Comités d'Hygiène et de Sécurité, de la Libération aux années 1970 : une comparaison franco-belge », *Santé et Travail*, n° 61, janvier 2008, p. 48-49.

- « Changement d'organisation du travail, accroissement du risque professionnel et silence statistique: l'exemple des charbonnages belges des années trente », in *Les analyses de l'IHOES*, décembre 2007, consultable à l'adresse :

http://www.ihoes.be/publications_en_ligne.php?action=lire&id=26&ordre=nouveau).

Hatzfeld Nicolas

- "The Difficulty in the Recognition of Musculoskeletal Disorders between Transnational Medical Specialists, National Authorities and Social Players", *Journal of Modern European History*, vol. 7, 2009/2, p. 265-282.

- « Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 56-1, 2009, p. 177-196.

- « Maladies professionnelles. La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques, une histoire administrative et scientifique (1982-1996) », *Corps, revue interdisciplinaire*, n° 6, mars 2009, p. 47-59.

- « L'épidémie des affections périarticulaires : acteurs, regards, moments d'une reconnaissance (1982-1996) », in OMNES Catherine et PITTI Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009, p. 133-145.

- « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, avril-septembre 2008, p. 141-160.

- « Les affections périarticulaires : reconnaissance institutionnelle et visibilité sociale », *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, n° 9, juin 2008, Grenoble, CNRS - MSH-Alpes.

- « Ergonomie, productivité et usure au travail. Une décennie de débats d'atelier à Peugeot-Sochaux (1995-2005) », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, n° 165, décembre 2006, p. 93-105.

- « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et mesure*, vol. XXI, n° 1, 2006, p. 111-140.