

## Mesure des risques, mesure dans la prévention. Les relations professionnelles face aux enjeux de santé au travail

Émilie Legrand, François Féliu, Ludovic Jamet & Arnaud Mias

DySoLa (Dynamiques sociales et langagières), CIRTAI-IDEES (UMR CNRS)

Universités de Rouen et du Havre

Après une longue période de discrétion, la problématique de la santé au travail semble sortir de l'ombre en dépassant cet unique cadre puisqu'elle s'inscrit dans des préoccupations sanitaires plus larges relevant aussi bien de la santé publique que d'enjeux environnementaux, le tout sur fond de réflexion sur la « société du risque » et de son avatar, le principe de précaution (Peretti-Watel & Moatti, 2009). L'intérêt pour la thématique du risque en sciences sociales émerge d'ailleurs à l'occasion de catastrophes sanitaires (vache folle, sang contaminé...) ou écologiques (Tchernobyl, ...) plus qu'au sujet des risques professionnels, comme « si la couverture assurantielle des accidents du travail et des maladies professionnelles en minorait la gravité » (Machu, Omnès & Pitti, 2009, p. 8). Il faut attendre la publicisation autour de l'amiante, puis plus récemment des troubles musculosquelettiques ou encore des risques psychosociaux pour que les problématiques des risques professionnels et de la santé au travail apparaissent sur le devant de la scène, et (re)deviennent en France un enjeu fondamental des recherches en sciences humaines et sociales comme des politiques publiques.

C'est autour des années 2000 que les sciences humaines et sociales investissent davantage ces questions : des appels à projet voient le jour (DREES-MiRe, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)...); les colloques se multiplient (même si l'entrée reste souvent la thématique santé/environnement à laquelle est raccrochée celle du travail); des revues sociologiques y consacrent des dossiers thématiques (*Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006; *Revue Française des Affaires Sociales*, 2008; *Mouvements*, 2009; *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 2009; *Sociologie du travail*, 2010). Les auteurs qui travaillent cette thématique insistent sur la nécessité de sortir les questions de santé au travail de l'invisibilité sociale qui les caractérisent (Thébaud-Mony, 2008), liée en partie au retrait voire à une certaine compromission dont feraient preuve les acteurs des relations professionnelles, et ce bien qu'ils reconnaissent une évolution favorable ces derniers temps.

Sur un plan politique et réglementaire, c'est à la fin des années 1980 qu'une dynamique s'enclenche en faveur de la prévention, largement influencée par l'Union européenne, même si la sécurité est une obligation législative depuis 1946 (Machu, Omnès & Pitti, 2009). Le véritable point de départ est probablement la directive-cadre de 1989 qui fixe une obligation pour l'employeur d'évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs et de prendre toutes les mesures nécessaires, en matière de prévention, d'information et de formation, alors que les travailleurs, de leur côté, peuvent formuler des propositions, faire appel aux autorités compétentes et cesser le travail en cas de danger grave. Dans le champ des risques cancérigènes, à la suite de directives européennes, un décret est adopté en 2001 qui fixe un ordre de priorité des mesures de prévention à mettre en œuvre sur la base d'une évaluation des risques, allant de la suppression pure et simple à l'information des salariés et au suivi médical (lorsqu'aucune autre mesure ne peut être entreprise). Le règlement européen Reach<sup>1</sup>, entré en vigueur en 2007, a des conséquences importantes sur la manière de conduire la prévention des risques professionnels dans la mesure où il est censé améliorer la connaissance et l'information sur les produits chimiques<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> REACH est l'acronyme anglais pour « Enregistrement, évaluation et autorisation des produits chimiques ».

<sup>2</sup> Bien qu'il ne porte pas spécifiquement sur le champ du travail, il s'articule toutefois avec les directives sur la prévention à l'égard des agents chimiques dangereux sur le lieu de travail (directive 98/24) et sur la protection

Si la réglementation et la jurisprudence dessinent depuis une dizaine d'années des évolutions décisives en matière de santé au travail, l'essentiel des normes produites sont des règles de procédures qui se traduisent par des injonctions à prendre en charge ces normes nouvelles à l'échelle de l'entreprise : obligation d'informer et de consulter (pour toute décision modifiant les conditions de travail, d'une modification de postes à un changement de produits en passant par les normes de productivité), droit d'alerte (en cas de danger grave et imminent), droit de recours à l'expertise (possibilité de réaliser des enquêtes et de faire appel à des expertises, dont la charge est assumée par l'employeur), participation à la rédaction d'un « document unique d'évaluation » des risques. L'évolution est pour partie contradictoire : les exigences s'accroissent au moment même où s'observe un relâchement de l'encadrement collectif des relations de travail, faisant apparaître une incertitude forte quant à la capacité collective à appliquer effectivement ces normes.

Instance mineure des relations sociales<sup>3</sup>, les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sont pourtant appelés à être au cœur des démarches, sur la base d'une injonction au dialogue, à la participation, à l'information et à la consultation. Comment, dans le travail de prévention des risques professionnels, les acteurs s'emparent-ils de ces nouvelles règles de droit ? Quelles démarches se déploient ? Quelles formes prennent-elles du point de vue des dispositifs mis en place et du point de vue de la configuration d'acteurs qui s'y trouvent impliqués ?

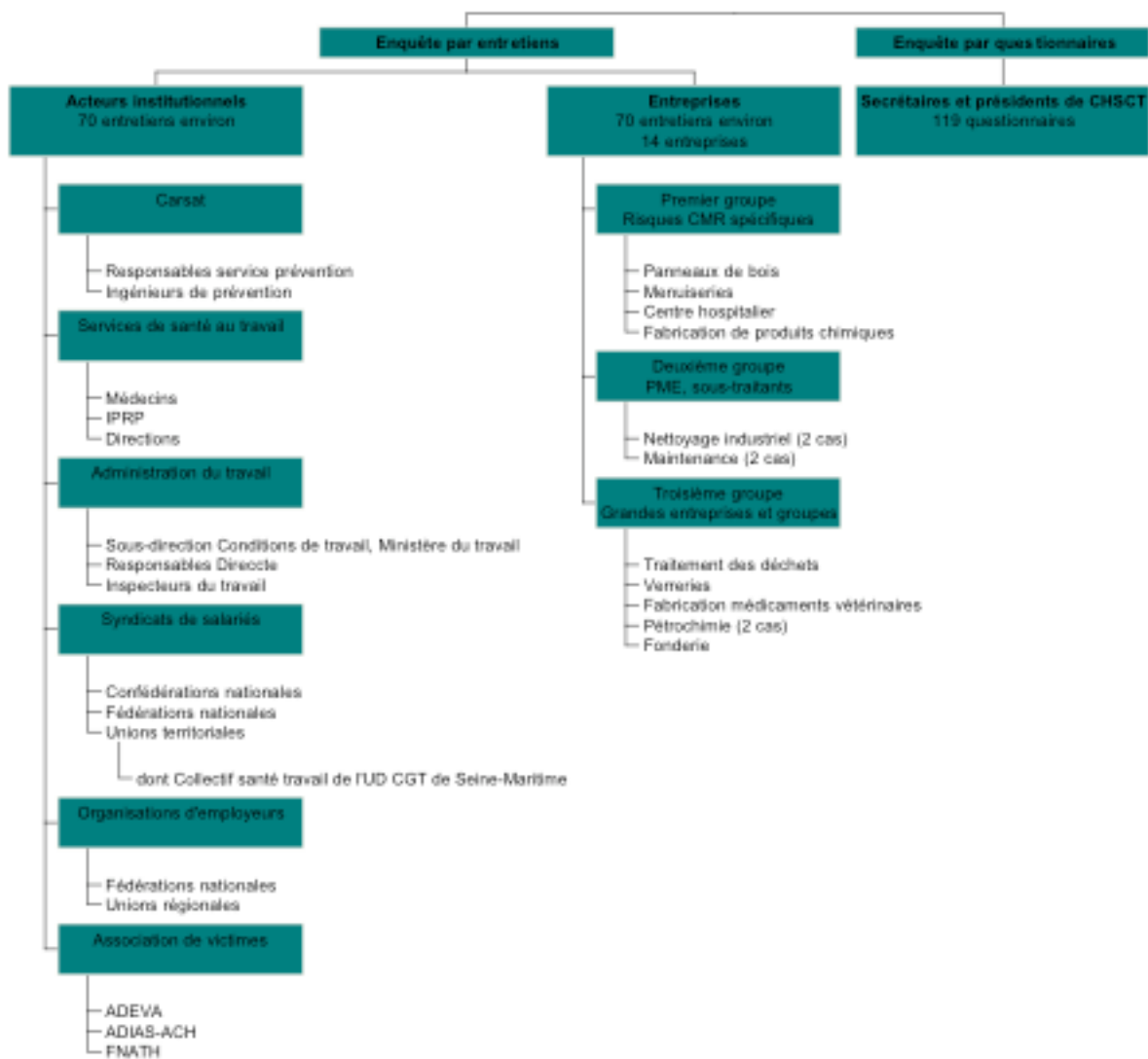
Issue d'une recherche financée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses, 2009-2011), cette communication poursuit l'objectif d'aborder ces questions en les appliquant au cas particulier des risques cancérigènes. Ceux-ci reflètent particulièrement bien les problématiques nouvelles de santé au travail dans la mesure où ils sont à la fois *collectifs* (ils concernent rarement un seul poste de travail), *diffus* (et donc difficilement identifiables et isolables) et *différés* (ce qui pèse sur la prise de conscience des dangers encourus, l'attention des salariés se portant le plus souvent sur les risques immédiats d'accidents). Ces risques font l'objet d'une attention publique toute particulière dans la région dans laquelle se déroule l'enquête : la Haute-Normandie, située au Nord-Ouest de la France, du fait de sa réalité épidémiologique et industrielle.

---

des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes sur le lieu de travail (directive 2004/37).

<sup>3</sup> D'au moins trois points de vue. Du point de vue de son fonctionnement : la majorité des CHSCT se contente des quatre réunions par an imposées par la législation, quand ce n'est pas moins. Il ne dispose pas d'un budget propre, à la différence du CE. Pour les salariés (du fait du mécanisme de désignation, et non d'élection, des membres qui en limite la légitimité et la simple connaissance) et les syndicats (bien souvent la fonction est confiée à un jeune militant – point de passage obligé de la carrière syndicale – ou à un salarié (non nécessairement syndiqué) considéré comme un expert de la question ou ayant témoigné d'appétence pour ces questions, ce qui a tendance à entretenir la distance entre cette instance et le reste de la vie des relations de travail dans l'entreprise. Pour les chercheurs eux-mêmes, dont l'intérêt s'est davantage porté sur les comités d'entreprise et les délégués du personnel. Au-delà du cadre légal, nous connaissons encore très mal cette instance de représentation du personnel. Les choses s'améliorent toutefois depuis quelques années (Filoche, 2001 ; Friedmann, 2006 ; Hatzfeld, 2006 ; Coutrot, 2009), dans le contexte d'une montée en puissance des recherches sur la « santé au travail ».

## DISPOSITIF DE L'ENQUÊTE



Peut-être plus que pour d'autres risques professionnels, les risques CMR posent d'emblée des enjeux d'objectivation qui nécessitent souvent un détour par une démarche de mesure (partie 1). Nous montrons que la production et l'appropriation de ces mesures conditionnent l'implication des acteurs dans les démarches de prévention, avec des effets d'instrumentalisation des instances censées porter le point de vue du travail (partie 2).

### 1. Spécificité du risque CMR, spécificité de sa mesure

Les risques CMR ont pour particularité d'être différés dans leurs effets, ce qui tend à les rendre opaques, difficilement palpables et saisissables. À l'inverse des risques immédiats, comme les accidents du travail, qui eux sont très clairement visibles. Les données épidémiologiques en témoignent : les maladies professionnelles liées à l'exposition aux CMR se manifestent avec beaucoup de retard, souvent lorsque le salarié est sorti de l'activité professionnelle ; leur incidence, reconnue administrativement, reste faible et largement sous évaluée (sous déclaration, sous reconnaissance...) ; leur étiologie, compte tenu du caractère multifactoriel des cancers, est souvent imputée à d'autres facteurs que professionnels. Ce n'est d'ailleurs pas l'apanage des cancers puisqu'à l'exception du mésothéliome de la plèvre

provoqué presque uniquement par l'exposition à l'amiante (Bruno, 2008), la plupart des maladies professionnelles sont plurifactorielles comme l'a montré N. Hatzfeld (2006) pour les troubles musculosquelettiques. Cette caractéristique entre en contradiction avec la définition traditionnelle des maladies professionnelles qui « concernaient des personnes effectuant des travaux bien précis et découlant de causes uniques, se manifestaient toujours par des lésions identifiables » (Hatzfeld, 2006, p. 123). Et elle est fréquemment employée, en particulier par le patronat, pour s'opposer à la reconnaissance des maladies professionnelles (Deplaude, 2003).

Dans le quotidien du travail, leur présence est fréquemment euphémisée puisque leur occurrence est considérée comme faible voire inexistante : beaucoup de nos interlocuteurs ont souligné que « *ces risques CMR ne se réalisent pas* » sous-entendant qu'ils ne font pas l'objet de déclaration de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, comme le reflètent les propos de ce chef d'entreprise d'une menuiserie qui, de surcroît, relate le passé où les conditions de travail étaient bien plus mauvaises qu'aujourd'hui : « *je ne sais pas si on retrouve vraiment des choses au niveau de la santé avec le bois et tout ça. Moi je ne connais pas dans mon entourage, même de personnes anciennes, qui travaillaient avec des raboteuses, des toupies, ils travaillaient sans aspiration à l'époque, je n'ai jamais entendu parler de cas de décès*<sup>4</sup>. »

Or, compte tenu de la prégnance de la logique gestionnaire et comptable, la possibilité de quantifier les accidents du travail et/ou les maladies professionnelles est un argument décisif d'objectivation du risque. C'est en quelque sorte la preuve scientifique de sa présence. En son absence, il est difficile de le reconnaître et d'en faire une priorité des démarches de prévention. Par conséquent, les risques CMR sont souvent phagocytés par d'autres risques, plus visibles, « qui se réalisent » davantage en termes d'accidentologie, et qui apparaissent donc comme prioritaires. Certains acteurs parlent alors de « vrais risques » pour qualifier le danger immédiat, le « vrai danger » (chutes, explosion, brûlure, coupure...) par opposition aux CMR, moins facilement repérables. La logique sécuritaire (éviter l'accident) prend l'ascendant sur les questions de santé.

Le risque CMR est donc difficilement objectivable, d'autant plus qu'il fait l'objet de profondes incertitudes aussi bien dans les sphères médicales et scientifiques que profanes.

Sur le plan scientifique, l'état des connaissances toxicologiques et épidémiologiques est encore partiel. L'INRS souligne à ce propos que « le repérage du danger [en matière de cancérigène] n'est pas simple » et que les classifications indispensables à son identification « sont encore insuffisamment établies »<sup>5</sup>. Le Haut conseil de santé publique souligne pour sa part que beaucoup d'inconnues demeurent concernant les cancers d'origine professionnelle et environnementale en particulier en ce qui concerne la quantification des effets chez l'homme des toxiques connus, l'impact de nouveaux produits [qui ne sont pas toujours identifiés comme cancérigènes] et les mélanges de substances<sup>6</sup>, auxquels on pourrait ajouter la question des valeurs limites d'exposition<sup>7</sup> dont la pertinence fait l'objet d'après discussions au sein de la communauté scientifique.

---

<sup>4</sup> D'après les données épidémiologiques, les poussières de bois constituent le 2<sup>ème</sup> agent causal de cancers professionnels reconnus et indemnisés (71 en 2009), après l'amiante et devant le benzène (DGT, 2010).

<sup>5</sup> INRS, 2006, « Le point des connaissances sur les cancers professionnels », ED 5013.

<sup>6</sup> HCSP, avril 2008, Rapport intermédiaire d'évaluation du plan cancer (2003-2007), p. 53.

<sup>7</sup> La valeur limite d'exposition professionnelle à un produit chimique représente la concentration dans l'air que peut respirer une personne pendant un temps déterminé. On distingue les valeurs limites de court terme (VLCT) qui sont des valeurs mesurées sur une période de référence de 15 minutes. Elles sont destinées à éviter les effets toxiques dus à des pics d'exposition ; et les valeurs limites d'exposition sur 8 heures (VLEP 8h) qui sont mesurées sur une durée de travail de 8 heures. Elles sont destinées à protéger les salariés des effets différés des polluants. L'employeur est théoriquement tenu de faire respecter ces valeurs limites et pour cela de procéder

Au niveau des entreprises, on observe aussi une relative méconnaissance, plus ou moins prononcée selon les acteurs, de ces risques. En effet, les CMR sont perçus comme des risques particulièrement complexes depuis leur identification jusqu'à leur prévention, et ce contrairement aux autres risques « immédiats ». Autrement dit, c'est un peu comme si le risque CMR était un risque savant, que seuls peuvent maîtriser les spécialistes de la question – et encore partiellement – comme en témoigne un membre du CHSCT d'une entreprise de pétrochimie, chimiste depuis 20 ans dans l'entreprise, qui a une connaissance approfondie de tous les postes de l'entreprise et qui pourtant ne se considère pas comme légitime pour aborder la question des CMR qui nécessiterait des savoirs trop pointus (médicaux, chimiques, etc.). Ainsi, dans beaucoup d'entreprises, tous les produits CMR ne sont pas identifiés ; leur étendue et leur dangerosité sont largement méconnues, surtout lorsqu'il s'agit de leurs effets combinés ou d'expositions quotidiennes à des faibles doses (en deçà des valeurs limites). Concernant par exemple leur identification, ce secrétaire de CHSCT d'une entreprise de maintenance évoque l'absence d'instruments de mesures efficaces : « *Le problème qu'on a, c'est qu'on n'est pas capable d'évaluer, même nous qui sommes exposés régulièrement, on le sait qu'on est exposé à des faibles doses. Mais comment l'enregistrer ? Comment le mesurer ? [...] On peut le mesurer dans la mesure où la quantité elle est mesurable par les appareils. Aujourd'hui, je travaille avec des fournisseurs d'appareil de mesure de sécurité, de mesure de gaz etc. Je connais leur matériel, ils sont incapables d'aller mesurer des valeurs de 3 ppm, 5 ppm d'H<sub>2</sub>S. On ne mesure pas les microparticules. Ça ne marche pas ! C'est fantasmer de croire qu'on peut mesurer ça* ». N'étant pas mesurable, ces risques tendent certes à être invisibilisés, et dans le cas où ils ne le sont pas, comme ici, ils semblent immaîtrisables tant l'incertitude qui les entoure est grande. « *Pour les CMR, il n'y a rien à faire* », nous dira-t-il lors de l'entretien.

Par ailleurs, il arrive que des doutes s'expriment quant à la pertinence du savoir expert, soit parce que les salariés connaissent l'existence de controverses entre les experts, comme le souligne ce secrétaire de CHSCT : « *Les scientifiques et les médecins ne sont déjà pas d'accord entre eux, alors comment moi ?* », soit qu'ils palpent la fragilité des connaissances de ceux qu'ils considèrent comme des experts, ainsi que l'explique ce chef d'entreprise à propos des risques liés aux poussières de bois : « *J'ai reçu des revues sur ce qui concerne les maladies du bois, j'en ai parlé avec des médecins du travail qui disent ne pas trop connaître donc c'est un peu [...] moi je n'ai jamais pensé aux méfaits de la poussière de bois, ça ne me serait jamais venu à l'esprit* ».

D'autres s'interrogent sur la fiabilité des outils comme les fiches de données de sécurité (FDS), comme ce secrétaire de CHSCT qui nous explique qu'au cours d'une formation dispensée par la Direccte (ex-DGT), le médecin inspecteur et les ingénieurs invitaient à la prudence : « *On nous a dit : "Il faut garder un œil critique sur la FDS". Quand j'ai entendu ça, j'ai dit : "mais c'est hallucinant, ça nous sert quand même à construire tous nos plans de prévention !" Je leur ai dit : "Mais je ne peux pas le savoir moi ! Comment voulez-vous qu'on sache si c'est pertinent ou pas ?" Moi ce que je ne comprends pas c'est que ces FDS ne soient pas validées par un organisme d'Etat agréé, patenté médicalement, capable de dire s'il y a des oublis. Comment voulez vous qu'on fasse ? C'est hallucinant.* » Ainsi, même lorsque les connaissances existent, l'incertitude persiste sur leur fondement, ce qui peut conduire à une démission des acteurs investis sur ces questions tant l'ampleur de la tâche semble insurmontable et insupportable car ces acteurs ont la particularité d'être conscients des risques qu'ils encourent quotidiennement et de l'efficacité bien relative des moyens de prévention. Si, pour certains, c'est insupportable, pour beaucoup le fatalisme l'emporte : « *Ce sont les risques du métier* ». C'est donc souvent le déni (ou l'aveuglement ?)

---

à des mesurages régulier. Ces valeurs sont fixées par le ministère du travail qui s'appuie sur les travaux de l'ANSES pour les établir et consulte les partenaires sociaux avant de les appliquer (INRS, 2011).

qui rend le risque acceptable. Beaucoup soulignaient « *qu'il valait mieux ne pas savoir* », « *on évite d'y penser* », sous entendant qu'ils n'ont pas d'autres choix que de composer avec ces risques (surtout dans le contexte actuel de l'emploi).

Les changements de classification fréquents des produits contribuent aussi à mettre en doute la pertinence des connaissances scientifiques, générant parfois une critique de la survalorisation du principe de précaution, en particulier lorsque ces changements ne sont pas perçus comme pertinents. Ainsi ce chef de service d'un laboratoire d'anatomo-pathologie ne reconnaît pas le caractère cancérigène du formol<sup>8</sup> (avis partagé par l'ensemble des professionnels du service rencontrés) : « *On est sceptique sur le rôle cancérigène du formol, parce qu'on sait qu'il est irritant, ça fait pleurer les yeux, ça fait éternuer, mais il ne donne pas de cancers de la sphère ORL. Les seuls rares cancers qui ont été décrits en association, ce sont des leucémies, mais on ne sait pas si c'est en lien direct. L'association est statistique, épidémiologique et à risque potentiel. Mais finalement, quand on regarde nous les personnels qui ont travaillé pendant des années, des années et des années dans le formol, dans les anciennes conditions, on ne voit pas de sur-risque de cancer [...] On ne l'a jamais vraiment démontré mais précaution ! Parce que c'est la procédure maintenant. Depuis le sang contaminé, le gouvernement, dès qu'il y a un petit risque, il surclasse* ». Bien qu'il ait connaissance d'études épidémiologiques ayant établi une corrélation entre l'exposition au formol et la survenue de cancers, ce médecin les réfute au profit de sa propre définition de la situation. Le savoir expert est donc supplanté par le savoir profane qui se construit au cours de l'expérience de travail. En effet, pour certains, l'objectivation du risque relève de l'expérience plus que de la science ou du discours expert. Dans ces conditions, le risque CMR, qui souffre d'indicateurs en révélant la réalité, comme le nombre de morts, un chiffrage réel des dégâts etc. (Duclos, 1987), est loin d'être prioritaire.

Ce détour sur la spécificité des risques CMR a révélé la difficulté à les caractériser et à les objectiver. Or, cette étape apparaît princeps dans le déploiement de démarches de prévention. En effet, de cette spécificité découlent en partie les potentialités des différents acteurs à s'investir dans la mise en œuvre de ces démarches. Celles-ci sont élaborées dans le cadre d'une configuration d'acteurs particulière, où la place de chacun dépend de sa capacité à objectiver le risque, à participer de sa mesure et à jouer un rôle concret dans l'élaboration des actions préventives.

## **2. Instrumentation de la prévention, instrumentalisation du CHSCT**

La configuration d'acteurs impliqués ou mobilisables dans l'élaboration de ces démarches se structure autour de trois groupes délimités par leur appartenance institutionnelle et leur position au sein ou vis-à-vis de l'entreprise. L'un d'eux – que l'on peut qualifier d'« experts extérieurs »<sup>9</sup> – est composé de représentants d'institutions diverses pouvant impulser, aider ou contrôler les démarches entamées par une entreprise (les agents de contrôle de l'inspection du travail et les ingénieurs de prévention de la Carsat, principalement). Les acteurs issus de l'entreprise même forment deux groupes distincts : les salariés, les représentants des salariés membres du CHSCT et les représentants syndicaux ; l'employeur et le personnel de direction, service qualité ou service HSE<sup>10</sup> de l'entreprise. Chacun de ces groupes ne dispose pas des mêmes ressources et des mêmes facilités pour s'engager et

---

<sup>8</sup> Le caractère cancérigène du formol fait l'objet de controverses, ce qui a des incidences sur le plan réglementaire. En effet, alors que la communauté européenne classe les activités exposant aux formaldéhydes comme cancérigènes suspectées, le Centre International de recherche sur le cancer (CIRC) a classé le formol dans le groupe 1 (cancérigène avéré) des agents cancérigènes pour l'Homme depuis 2004.

s'investir dans la réalisation des démarches de prévention. Leur poids dans le processus décisionnel est donc variable, tout comme – selon les dynamiques propres à chaque entreprise – le rôle et les capacités d'action du CHSCT, instance réunissant des représentants de l'ensemble de ces groupes.

Depuis les lois Auroux de 1982, les CHSCT sont obligatoires dans toutes les entreprises de 50 salariés ou plus et lorsqu'ils sont mis en place ont vocation à développer une approche plus globale de la prévention des risques, comparativement aux structures préexistant qui étaient davantage cantonnées aux équipements de sécurité. Les CHSCT sont composés de membres du CE désignés pour cette tâche<sup>11</sup>. La présidence revient au chef d'entreprise<sup>12</sup>. Les représentants du personnel sont les seuls, avec le chef d'entreprise, à disposer d'une voix délibérative alors que les participants extérieurs (invités permanents) comme l'inspection du travail, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat, ex-Cram)<sup>13</sup> et le médecin du travail n'ont qu'une compétence consultative.

En effet, comme évoqué précédemment, la spécificité du risque CMR induit une opacité dans sa mesure et une difficulté à l'objectiver. Devant dépasser cet hermétisme inhérent à la nature même de ce risque, chaque acteur doit se doter d'une certaine expertise pour réussir à se mettre en position d'agir dans l'élaboration des démarches de prévention engagées dans leur entreprise. Ceci n'est pas sans difficultés puisque certains acteurs eux-mêmes (principalement les représentants des salariés, mais également certains employeurs ou inspecteurs du travail) se déclarent très souvent « non-spécialistes » ou « incompetents » autour de ces questions. Les acteurs doivent donc contourner, d'une manière ou d'une autre, ce problème pour pouvoir s'investir et éventuellement s'approprier la maîtrise de la mise en œuvre de cette action collective qu'est la démarche de prévention des risques CMR. Ce contournement est rendu possible pour certains par le recours au système de management par la qualité, qui permet de faire la démonstration de ses capacités à objectiver le risque, à l'anticiper et à y répondre via la mise en œuvre de procédures formelles (Segrestin, 2004).

Ainsi, les savoirs requis pour s'investir dans la mise en œuvre de ces démarches de prévention ne contiennent pas nécessairement de dimension scientifique (médicale, chimique, etc.) mais nécessitent plutôt d'être en capacité, une fois le risque repéré, de traduire l'ensemble de normes et d'obligations légales auquel ce risque renvoie en un système de procédures applicables dans le cadre de l'entreprise concerné.

Les dynamiques à l'œuvre dans les démarches de prévention trouvent souvent leur origine dans cette obligation de mise en conformité légale. La question de la santé au travail et notamment la question des CMR est souvent perçue sous l'angle d'un risque juridique contre lequel se prémunir. Le respect des procédures en matière de sécurité et de santé devient ainsi un élément clé des objectifs des entreprises. Les démarches de prévention s'appuient souvent sur ce type de motivations : se mettre en conformité eu égard à la loi et se protéger d'éventuelles attaques en justice si un événement imprévu se produit (accident, exposition de certains salariés, etc.)

---

<sup>9</sup> « Experts » entendus au sens de Thomas Amossé, Sylvie Célérier et Anne Freitel : « Toute personne intervenant à un titre ou à un autre sur les aspects de santé au travail, extérieure (statutairement) aux entreprises mais cherchant à y promouvoir des actions, des réflexions, des orientations qui lui semblent nécessaires et utiles pour la santé des salariés » (2011, p. 79).

<sup>10</sup> Hygiène, sécurité, environnement.

<sup>11</sup> En pratique, en cas de présence syndicale dans l'entreprise, les membres du CHSCT sont souvent des représentants syndicaux.

<sup>12</sup> Qui délègue parfois cette fonction au responsable Hygiène/Sécurité, lorsqu'un service Hygiène Sécurité Environnement (HSE) ou Qualité Sécurité Environnement (QSE) est présent dans l'établissement.

<sup>13</sup> La Carsat assure un rôle important de formation des membres du CHSCT. Au-delà, les contrôleurs de la Carsat interviennent auprès des entreprises pour mener à bien des actions de prévention.

L'importance des règles de procédures nécessite donc que les acteurs qui veulent s'investir dans ces démarches soient en capacité de les comprendre, de les interpréter et de mettre en œuvre leur application concrète dans le cadre d'une entreprise possédant ses propres spécificités. C'est ici que se situe le déséquilibre dans la distribution des ressources pour s'investir et intervenir dans le cadre de la mise en œuvre des démarches de prévention des risques CMR. Les enjeux cognitifs apparaissent décisifs dans cette optique. Ils doivent répondre à un problème à deux niveaux. Le premier nécessite que les acteurs s'entendent sur une définition commune de la situation permettant : l'identification de la présence du risque, son objectivation, son étendue et son déploiement (quels sites touchés, quels services, quels postes etc.). Le second se révèle encore plus complexe puisqu'il induit la nécessaire traduction de la mesure en plan d'action. Une fois le problème identifié, le risque mesuré, il s'agit alors d'envisager une procédure applicable, respectant les injonctions réglementaires et pouvant être compréhensible par tous les salariés, y compris ceux des sous-traitants.

Alors que l'on aurait pu penser que ce travail est réalisé dans le cadre du CHSCT, les données empiriques tendent à relativiser cette idée. En effet, les membres du CHSCT disent se sentir incapables de s'emparer de cette mission. Ils considèrent ainsi ne pas disposer du savoir scientifique et des compétences légales pour être légitimes et efficaces. Ainsi, ce membre d'un CHSCT confie son impuissance face aux questions des risques CMR : *« Nous, au CHSCT, on n'est pas experts, on a chacun notre travail tout ça... je pense que l'on connaît finalement peu de choses au CHSCT, on essaie de faire finalement avec notre bon sens mais moi, je ne suis pas expert, je ne connais pas la législation, je ne connais pas... [...] Je ne connais pas un membre du CHSCT qui puisse, ou même moi, dire : "Voilà, ce produit est utilisé de telle manière avec telle..." Aucun membre du CHSCT n'a pris un jour un appareil de mesure, avec des touches benzène pour... Ce serait super intéressant d'ailleurs, cela fait des années que je me dis que l'on devrait le faire mais moi-même le premier, je ne le fais pas... Ce sont peut-être des problèmes qui nous dépassent un peu et qu'on n'aborde pas trop... »*

L'acteur qui dispose des outils et des compétences pour réaliser ce travail de traduction répondant aux exigences de mise en conformité légale est souvent le service HSE ou le service qualité. Le service HSE se trouve, en quelque sorte, dans une situation de « monopole du savoir », puisqu'il se présente comme le seul acteur compétent pour réaliser ce travail d'application des règles de procédure dans le contexte particulier d'une entreprise. Le travail réalisé par ces services dans la mise en œuvre d'un plan ou d'un dispositif de prévention est révélateur de ce point.

À cette monopolisation du savoir peut être associée une forme d'instrumentalisation du CHSCT par le service HSE. Dans cette situation, les membres du CHSCT sont mobilisés comme porte-parole des salariés que l'on consulte mais qui n'est pas porteur d'une dynamique. Les représentants des salariés membres du CHSCT peuvent alors soit faire remonter des informations sur tel ou tel problème rencontré sur un site ou sur un équipement, soit relayer les dispositions prises par le service HSE et s'assurer que les salariés acceptent cette « solution », la comprennent voire l'appliquent. Ce rôle de relais est important, comme le confirment ces propos d'un ingénieur qualité : *« Les membres du CHSCT connaissent bien les ateliers, ils ont la confiance de leur collègues et donc ils peuvent facilement relayer leur demande, alors que moi, ils n'osent pas toujours venir m'en parler, je le vois bien ».*

Dans ce cas, les discussions autour des logiques de prévention sont largement canalisées par le service HSE, sans faire l'objet de mise en débat. Le CHSCT apparaît alors comme un intermédiaire entre les salariés et le service HSE, comme une instance de publicisation et de validation des décisions prises et du travail réalisé par le service HSE. Il peut d'ailleurs arriver que le responsable du service soit le membre du CHSCT qui détermine les questions à aborder dans les ordres du jour. Le CHSCT est alors incapable de peser sur les



orientations et décisions en matière de sécurité, et les opérateurs de terrain ne peuvent développer et faire reconnaître leur expérience en la matière. Ce mécanisme s'apparente à ce que Y. Clot évoque lorsqu'il montre que l'expérience des travailleurs est « récusée par des décisions managériales auxquelles le CHSCT lui-même a prêté volontairement son concours. » (Clot, 2010).

Cependant, dans certaines situations, le CHSCT peut être moteur de la mise en œuvre des démarches de prévention. On remarque dans la quasi-totalité de ces cas que les membres du CHSCT ont dû, à un moment ou un autre, faire appel à un « expert extérieur ». Ce recours permet à la fois d'accroître leurs connaissances et compétences mais aussi de gagner en légitimité auprès de la direction et des services HSE. Comme le souligne cet inspecteur du travail, dans certaines conditions, le CHSCT peut être une instance mobilisatrice de forces vives autour des démarches de prévention : « *Un CHS qui marche bien, c'est un CHS où les élus sont déjà un peu intéressés aux risques professionnels, voire ont essayé de se former dessus. Parce que ça permet 1) de faire des diagnostics dans l'entreprise, 2) de faire des propositions à l'employeur pour améliorer les choses, ou au moins de faire remonter les attentes des salariés comme ça. Et ça marche bien quand l'employeur est assez réceptif pour dire : "Ben effectivement, là, il y a un problème. C'est pas pour ça que je vais le résoudre, mais j'entends et je veux bien qu'on en discute et je veux bien qu'on voit."* Et le boulot des extérieurs, après, c'est de dire : "Bon, c'est bien d'en discuter. Mais maintenant, faut faire. " *Quand ça, ça marche, c'est généralement très efficace. Il y a un rouleau compresseur terrible qui est le médecin du travail-Cram-inspection-CHS : quand ils vont dans le même sens, personne ne résiste. »*

Cette possibilité suppose deux choses. D'une part, que les membres du CHSCT soient intéressés et plus encore formés pour intervenir autour de ces questions, ce qui est rarement le cas comme l'explique ce membre d'un CHSCT : « *On a une formation proposée pour être acteur et actif au CHSCT et pour être sensibilisé sur les questions de santé, mais, voilà, c'est une formation contraignante et tous les membres du CHSCT aujourd'hui n'ont pas fait la formation tout simplement parce qu'ils ne souhaitent pas la faire... On est plus que syndicaliste qu'hygiène-sécurité, il faut le reconnaître, c'est comme ça... »*

D'autre part, que les représentants syndicaux du CHSCT soient suffisamment reconnus dans l'entreprise et par leur direction pour ne pas craindre d'entrer dans un rapport de force conflictuel. En effet, le recours aux experts extérieurs est encore souvent perçu comme une volonté de médiatiser le conflit et de lui donner une existence « hors les murs » de l'entreprise. Il est alors vécu par certains comme une déclaration de guerre envers la direction, comme le dernier seuil dans l'expression du conflit.

*In fine*, on s'aperçoit que de nombreuses démarches de prévention sont mises en place dans les entreprises monographiées. Mais les dynamiques à l'œuvre dans cette démultiplication posent cependant question à deux niveaux : d'une part cette accumulation de procédures peut étouffer les initiatives des représentants du personnel si ceux-ci ne bénéficient pas d'un appui extérieur pour l'étayer, au risque de se sentir désarmés et débordés par la masse des documents, des rapports, contrôles et mesures qui leur sont soumis ; d'autre part, elle est difficilement assimilable et appropriable pour les opérateurs de terrain, tant cette accumulation de mesures ne semble pas en prise avec la réalité des expériences pratiques de ces salariés.

Les représentants syndicaux et les salariés expriment ainsi de nombreuses critiques envers le travail réalisé par les services HSE ou qualité en matière de prévention. Ces critiques portent sur l'efficacité effective du travail fourni. Les procédures élaborées en réponse à des obligations légales sont rarement pensées dans leur dimension concrète et

pratique. Elles apparaissent ainsi aux salariés, lorsqu'ils en ont connaissance, comme des règles abstraites qui ne prennent pas forcément sens dans l'exercice du travail. Pour ce membre du CHSCT d'une raffinerie, la rédaction de procédures ne peut se suffire à elle-même dans l'optique d'une véritable démarche de prévention : « *Nos procédures sont très bien faites, ça oui, et si on pouvait se permettre de les appliquer, et on en a une tripotée, ça oui... Il y a un service spécialisé pour cela, avec des gens qui sont au courant des impératifs de la législation et qui font cela très, très bien mais c'est vrai qu'après, au niveau de la hiérarchie intermédiaire les procédures sont moins connues ou... [...] Ce sont principalement les chefs de service des différents CAP, du service Hygiène Sécurité Santé Environnement Qualité Inspection (HSSEQI) qui les échafaudent... Alors ce sont des gens qui passent leur temps à faire des procédures et c'est vrai qu'elles sont très, très bien faites... Mais après, elles sont rangées et elles ne sont pas portées forcément à la connaissance du personnel... Elles sont mises à disposition mais pas forcément commentées, expliquées etc. Par exemple prendre le temps de dire : " Voilà, cette procédure, voilà comment on la décline en pratique... " ... Brièvement, simplement mais en pratique... À mon avis, on devrait beaucoup progresser là-dessus... »*

Il y a donc un paradoxe sur lequel il convient de s'arrêter. Dans le cadre de la mesure du risque CMR et des logiques de prévention qui y répondent, l'expérience des salariés est sollicitée, soit par les représentants syndicaux pour mettre sur l'agenda du CHSCT tel problème particulier, soit par le service HSE pour remonter des informations « du terrain ». Cependant, la monopolisation du savoir par les services HSE dépossède les salariés de la mise en œuvre des démarches de prévention permettant de répondre aux situations problématiques qu'ils auront participé à dévoiler. Tout se passe comme si le recours au système de management par la qualité adapté au domaine de la sécurité et des risques professionnels délégitimait les opérateurs de terrain et niait « leur expertise quotidienne », cette forme d'« *expertise technique spéciale en vertu d'une expérience qui n'est pas reconnue par des diplômes ou d'autres certifications* ». <sup>14</sup> (Collins & Evans, 2002)

À un niveau plus général, ce constat renvoie aux conditions nécessaires pour développer et supporter une véritable « expertise interactionnelle » <sup>15</sup> dans la mesure des risques CMR et dans l'élaboration des démarches de prévention attenantes. Autrement dit, le CHSCT peut-il constituer une interface entre savoirs experts (médicaux, chimiques...), expertise quotidienne et prévention effective sur le terrain ? Peut-il être perçu comme médiateur entre savoirs sur les risques et transformation du travail ? Effectivement, les enjeux autour de la mesure des risques CMR renvoient surtout à la question du partage du savoir et de l'expertise, élément clé de sa mobilisation dans les espaces de travail.

## **Bibliographie**

- Amossé T., Célérier S., Freitel A. (2011), *Pratiques de prévention des risques professionnels*, Rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi, n°61, 144 p.
- 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*, 2, p. 71-96.
- Calvez M. (2010), « Expertise interactionnelle, expérience et connaissance tacite. Le cas des signalements de clusters de cancers », in Y. Bérard & R. Crespin (dir.), *Aux frontières de*

---

<sup>14</sup> Collins et Evans proposent d'envisager les opérateurs de terrain comme « des experts sur la base d'une expérience » (*experience-based-experts*) (2002, p. 238).

<sup>15</sup> Entendue au sens de Marcel Calvez (2010) comme « une capacité à parler aisément le langage d'un domaine spécialisé et à hiérarchiser les connaissances disponibles, sans nécessairement avoir une pratique scientifique de ce domaine. »

- l'expertise. Dialogues entre savoirs et pouvoirs*, Rennes Presses universitaires de Rennes, 2010, p. 115-129.
- Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres ».
- Collins H., Evans R. (2002), « The third wave of sciences studies; studies of expertise and experience », *Social studies of science*, vol. 32, n°2, p. 235-296.
- Coutrot T. (2009), « Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en France : une analyse empirique », *Travail et Emploi*, n° 117, janvier-mars.
- Dares (2001), « Où sont les CHSCT ? », *Premières informations, Premières synthèses*, n° 16-2.
- Deplaude M-O. (2003), « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, vol. 53, n°5, p. 707-735.
- Duclos D. (1987), « La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie », *Revue française de sociologie*, XXVIII, p. 17-42.
- Filoche G. (2001), *Vingt ans de CHSCT*, Conseil Économique et Social, La documentation française.
- Hatzfeld N. (2006), « 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° 4, p. 92-105.
- Lallement M., Marry C., Loriol M. et alii. (2010), « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, 1, p. 3-36.
- Machu L., Omnès C. & Pitti L. (2009), « Introduction », in *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXIe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, p. 7-15.
- Mias A., 2010, *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Paris, Ellipses.
- Omnès C. & Pitti L. (dir.), 2009, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXIe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR.
- Peretti-Watel P. & Moatti J.-P. (2009), *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil (coll. La République des Idées).
- Thébaud-Mony A. (2008), « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 237-252.