

Colloque

Santé & Travail – de la connaissance à l’action

Mardi 16 octobre 2007 - Salle Pierre Laroque

Résumé des Interventions

Table des résumés :

OUVERTURE	3
1) Les dispositifs d'observation épidémiologique de la santé au travail en France - L'existant et les besoins - Marcel GOLDBERG & Ellen IMBERNON - Inserm Unité 687 & Département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire	3
SESSION 1 : Organisation du travail et santé	5
1) Cadrage général sur les liens entre organisation du travail et santé – Anne-Françoise MOLINIE (Créapt-CEE)	5
2) Approche quantitative des risques psychosociaux – Isabelle NIEDHAMMER (Inserm U687) Nicole GUIGNON (Dares) et le Dr Nicolas SANDRET (Mirtmo).....	5
3) « Le travail intenable » : retour sur une enquête – Laurence THERY (CFDT).....	6
4) Introduction de la discussion avec la salle – Véronique ARNAUDO (Médecin de prévention professionnelle – La Poste)	8
SESSION 2 : Conséquences sanitaires des expositions dans le travail.	10
1) La résistible reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle : jeu d'acteurs ou déni construit ?- Jean-Claude DEVINCK (EHESS) et Paul-André ROSENTAL (EHESS et INED)	10
2) La part des risques de cancers imputables aux conditions de travail – Ellen IMBERNON (InVS).....	11
3) Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis : parcours professionnels et histoires d'exposition. Quel appui pour la prévention ? – Annie THEBAUD-MONY (Inserm) et Valérie GRASSULLO (Conseil Général 93)	12
SESSION 3 : Risques industriels, risques professionnels et santé publique.	13
1) Conséquences sanitaires d'une catastrophe : que nous a appris l'explosion de l'usine AZF à Toulouse – Thierry LANG (Faculté de médecine de Toulouse).....	13
2) Comment une catastrophe (Feyzin 1966) a pu favoriser des réformes opposées en France et en Grande-Bretagne – Jean-Pierre GALLAND (LATTS – Ecole nationale des Ponts et Chaussées).....	13
3) Dénoncer mais pas trop : la trajectoire politique des éthers de glycol en France – Jean-Noël JOUZEL (Université Pierre Mendès France – Grenoble).....	15
SESSION 4 : Initiatives nationales et actions locales.	16
Déclinaison du plan régional :.....	16
PACA : Mme MARQUIS et Mme GAUTIER	16
Rhône-Alpes : M. STADLER et Jérôme CHARDEYRON (CRAM).....	16

OUVERTURE

1) Les dispositifs d'observation épidémiologique de la santé au travail en France - L'existant et les besoins - Marcel GOLDBERG & Ellen IMBERNON - Inserm Unité 687 & Département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire

Résumé

L'observation de la santé au travail : la nécessité de la surveillance épidémiologique

Les facteurs professionnels pèsent d'un poids important sur la santé des populations. Ils sont à l'origine d'une partie des pathologies, variable selon les maladies mais qui peut être majeure, et ils contribuent aux inégalités sociales de santé, particulièrement importantes dans notre pays. Il est donc nécessaire de disposer d'indicateurs à l'échelle populationnelle qui permettent de décrire la situation de la santé au travail selon divers aspects. C'est le rôle de la surveillance épidémiologique, qu'on peut définir comme le suivi et l'analyse épidémiologique systématiques et permanents d'un problème de santé et de ses déterminants à l'échelle d'une population, afin de les contrôler par des interventions au niveau individuel ou collectif, et éventuellement d'identifier des phénomènes inconnus en termes d'effets ou de déterminants. Plus précisément, les objectifs de la surveillance épidémiologique des risques professionnels sont de : (i) quantifier le poids des facteurs professionnels sur l'état de santé de la population ; (ii) identifier les secteurs et les professions à risque élevé ; (iii) alerter sur d'éventuels problèmes en relation avec le travail, qu'ils soient déjà connus ou émergents.

Les pathologies d'origine professionnelle présentent certaines caractéristiques qui en rendent la surveillance complexe : la plupart ne sont pas d'origine mono-factorielle, mais peuvent être occasionnées par le cumul de divers facteurs professionnels et extraprofessionnels, et il est donc difficile d'isoler la contribution spécifique des facteurs professionnels ; les caractéristiques cliniques et bio-pathologiques de la plupart des maladies induites par des facteurs professionnels ne sont habituellement pas différentes de celles d'autre origine ; les effets des conditions de travail peuvent être largement différés dans le temps. C'est pourquoi la surveillance épidémiologique des risques professionnels ne peut consister à simplement enregistrer la survenue de certaines pathologies spécifiques, mais doit simultanément identifier les facteurs professionnels potentiellement associés à ces pathologies. Elle doit aussi être systématique et permanente, et concerner l'ensemble de la population, quel que soit son statut professionnel, y compris ceux qui ne travaillent plus.

Quels indicateurs de santé au travail ?

Les indicateurs de santé au travail pertinents se groupent en trois catégories : (1) indicateurs d'exposition à des facteurs de risque professionnels ; (2) indicateurs du poids des facteurs

professionnels sur la santé de la population (fractions de risque et nombre de cas attribuables); (3) indicateurs de prise en charge des maladies d'origine professionnelle (déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles).

Les dispositifs existants

Les dispositifs de recueil de données existant en France à l'échelle populationnelle ne permettent pas actuellement d'établir les indicateurs nécessaires à la connaissance des problèmes de santé en lien avec le travail. Les statistiques produites par les organismes de protection sociale qui indemnisent les maladies professionnelles et les accidents du travail ont des limites bien connues, notamment une couverture partielle de la population au travail et des procédures restrictives pour la déclaration et l'indemnisation, qui font qu'elles ne reflètent que de façon très infidèle la réalité. On dispose de systèmes d'information qui produisent des données sur la fréquence de certaines pathologies à l'échelle nationale (mortalité, cancer notamment), mais c'est loin d'être le cas pour l'ensemble des maladies ayant une composante professionnelle. Il faut par-dessus tout noter que ces données ne renseignent jamais sur les caractéristiques professionnelles des personnes. On dispose aussi de données permettant de connaître la distribution des principales conditions de travail et expositions professionnelles, mais là aussi de façon incomplète (absence d'historisation à l'échelle individuelle et de données de santé associées).

La mise en place d'un dispositif spécifique de surveillance épidémiologique des risques professionnels

La création en 1998 du Département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire avait pour objectif de pallier les insuffisances du dispositif national d'observation épidémiologique de la santé au travail en France, par le développement progressif de différents programmes de surveillance visant au recueil des données nécessaires pour l'établissement des indicateurs concernant les principales pathologies à composante professionnelle.

Du fait de la grande variété des situations selon les pathologies concernées, il n'existe pas une méthode unique de surveillance. On illustrera les dispositifs d'observation mis en place avec quelques exemples concernant des problèmes aussi différents que la mortalité, les troubles musculo-squelettiques, la santé mentale ou les expositions professionnelles.

SESSION 1 : Organisation du travail et santé

1) Cadrage général sur les liens entre organisation du travail et santé – Anne-Françoise MOLINIE (Créapt- CEE)

2) Approche quantitative des risques psychosociaux – Isabelle NIEDHAMMER (Inserm U687) Nicole GUIGNON (Dares) et le Dr Nicolas SANDRET (Mirtmo)

Résumé

La communication présente une approche quantitative des facteurs psychosociaux au travail à partir de l'étude du questionnaire de Karasek, posé à près de 25 000 salariés dans le cadre de l'enquête SUMER 2003.

La validation psychométrique du questionnaire a été réalisée par l'Inserm et a conclu à une cohérence interne satisfaisante. Les réponses des salariés confirment la pertinence des trois dimensions du modèle de Karasek, la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Les résultats obtenus sur un échantillon représentatif au plan national fournissent des repères utiles pour d'autres études sur des populations plus spécifiques.

Les femmes déclarent en moyenne une plus forte demande psychologique et une plus faible latitude décisionnelle. Les cadres déclarent une charge mentale élevée, avec un travail intense et haché, mais disposent aussi d'une grande latitude, alors que les ouvriers déclarent une charge mentale moins élevée mais aussi une latitude décisionnelle beaucoup plus faible. Les ouvrières surtout, subissent une charge importante, avec un travail répétitif, associé à une très faible latitude décisionnelle. Les salariés du secteur bancaire sont exposés à la demande psychologique la plus élevée, et les salariés des transports disposent de la latitude décisionnelle la plus faible.

Une forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle, définit la situation dite de 'job strain', dont de nombreux travaux scientifiques ont montré l'effet délétère pour la santé. Les femmes sont plus souvent concernées par cette situation. Parmi les familles professionnelles les plus affectées se trouvent les caissières et employés de libre-service, les ouvriers non qualifiés des industries de process, les aides soignantes etc.

Les salariés en situation de 'job strain' sont beaucoup plus enclins que les autres à juger que leur travail est mauvais pour leur santé. Cependant les salariés dits « actifs » selon Karasek, c'est-à-dire qui subissent une forte demande psychologique et disposent d'une importante latitude décisionnelle, sont eux aussi, bien qu'à un moindre degré, préoccupés par les effets du travail sur leur santé. En revanche, ils sont beaucoup plus satisfaits de leur travail que les salariés soumis au 'job strain'.

3) « *Le travail intenable* » : retour sur une enquête – Laurence **THERY** (CFDT)

Résumé et power point

Le constat d'une intensification du travail en France et au-delà de ses frontières est aujourd'hui partagé par de nombreux travaux issus de disciplines en sciences sociales, en sciences de la gestion, voire en économie. Si, dans une première approche, on en voit les traces dans le renforcement des contraintes temporelles en tout genre, elle s'immisce également à d'autres niveaux de l'organisation du travail, dans les formes d'évaluation du travail et dans des formes de mobilisation et d'hyper sollicitation des travailleurs. Cette ramification de l'intensification complexifie la compréhension de sa nature et de ses conséquences sur la santé, surtout quand elle s'en prend au rapport subjectif au travail. Que dire alors des outils à mettre en place pour agir sur celle-ci et sur ses conséquences sur la santé ?

C'est pour s'atteler à cet enjeu qu'une recherche-action sur l'intensification du travail a été initiée par la CFDT, en partenariat avec des chercheurs en santé et travail. Elle a donné lieu à un ouvrage (*Le travail intenable*, La Découverte 2006) et à un film (Baratta, 2006). Des militants syndicaux, guidés par des chercheurs, ont recueilli des histoires de travail et de salariés rendant compte des évolutions des organisations et des atteintes à la santé. La construction des problèmes entre des militants et des salariés eux-mêmes a été vue dans ce dispositif comme la pierre angulaire pour agir sur les conditions de travail. D'emblée, cette recherche a été tournée vers l'action, avec pour objectif central de transformer les pratiques syndicales en dotant les militants de nouvelles compétences pour comprendre le travail avec les salariés, et les sortir du cadre habituel dans lequel ils sont trop souvent enfermés pour saisir les questions de santé au travail. Nous rapporterons les connaissances ainsi amassées par ces acteurs sur l'intensification et les transformations que ce dispositif a générées. Après avoir détaillé les spécificités de trois secteurs professionnels (secteur industriel, plateformes

téléphonique, et secteur de l'aide à la personne), nous développerons une des conséquences constantes de l'intensification : la mise à mal de l'attention portée aux objets du travail et au travail bien fait. Nous verrons pour finir en quoi ce dispositif a renouvelé les pratiques syndicales.

4) Introduction de la discussion avec la salle – Véronique ARNAUDO (Médecin de prévention professionnelle – La Poste)

Résumé

On n’imagine pas d’agir sans connaître. La production de connaissances sur la santé au travail est donc une étape essentielle à la définition, la mise en œuvre, et l’évaluation des politiques de prévention, aussi bien au plan national ou régional qu’au niveau des entreprises. Cette production de connaissances constitue d’ailleurs une des missions fondamentales des médecins du travail.

Pour les acteurs de terrain de la santé au travail (préventeurs professionnels et partenaires sociaux) les travaux scientifiques, les grandes enquêtes, ont pour intérêt de forger (et de faire évoluer) des représentations sur les déterminants de la santé au travail, les risques professionnels par secteur d’activité, et les liens entre santé et risques ou contraintes professionnels. Ces connaissances permettent de mobiliser ces acteurs, de nourrir la concertation, et de prioriser les actions de prévention. Produire des connaissances scientifiques en santé au travail est donc en soi une action, et un préalable indispensable à la prévention.

Toutefois, les connaissances requises pour transformer les situations de travail en pratique font appel à d’autres approches que celles des grandes enquêtes. Il s’agit en effet de comprendre le réel du travail de telle entreprise, de tel atelier, de tel service... pour pouvoir le transformer.

Pour un médecin du travail, cette connaissance, en particulier pour ce qui a trait à l’organisation du travail, s’appuie sur la clinique médicale du travail, qui se donne pour projet d’instruire la question des liens entre évolutions de la santé des sujets et évolutions de leur travail. Cette connaissance se nourrit de la parole individuelle et collective des travailleurs sur leur travail, des actions de terrain (visites d’entreprise, études de poste ... pour analyser l’activité réelle et évaluer les contraintes et les risques professionnels), du travail en pluridisciplinarité, du recueil et du suivi d’indicateurs en santé au travail.

Mais le médecin du travail, comme la plupart des préventeurs, est un conseiller, et non un décideur.

Les actions transformatrices du travail passent donc enfin par un partage des connaissances entre les préventeurs professionnels que sont les médecins du travail, les IPRP, les ergonomes, les intervenants spécialisés ... et ceux qui doivent s’emparer de ces connaissances, se les approprier, pour nourrir la négociation sociale et aboutir à des transformations des situations de travail.

Cette phase de partage des connaissances peut se révéler une véritable co-construction de connaissances entre experts de la santé au travail, et en quelque sorte experts des situations de travail : ceux qui les conçoivent, et ceux qui les vivent.

Cette démarche constitue en soi également une action, et probablement la plus décisive, en ce qu'elle donne prise aux travailleurs sur leurs propres conditions de travail, et les rend acteurs de l'organisation de leur travail et de leur santé au travail.

SESSION 2 : Conséquences sanitaires des expositions dans le travail.

1) La résistible reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle : jeu d'acteurs ou déni construit ?- Jean-Claude DEVINCK (EHESS) et Paul-André ROSENTAL (EHESS et INED)

Résumé

L'histoire du traitement officiel de la silicose commence en France par une reconnaissance médicale et légale péniblement négociée, de la fin des années 1920 à la Libération. Sa nosologie et son étiologie complexes, son apparition dans les contextes professionnels les plus variés, contribuent certes à expliquer ces difficultés. Il reste que la France est l'un des grands pays européens qui a admis le plus tardivement, en 1945, l'existence et l'origine professionnelle de la silicose, dix à quinze ans après la plupart des autres pays industrialisés.

La première cause en est la vigueur et l'efficacité de la résistance patronale à la reconnaissance d'une maladie qui, en frappant par légions les salariés de l'une des plus grandes industries de main-d'œuvre du XX^e siècle, revêtait des enjeux financiers évidents. Une résistance si vive qu'elle impose de déconstruire le mythe, construit à la Libération, d'une grande conquête du droit du travail. Cette vision occulte à la fois le combat solitaire d'une poignée de médecins français dans les années 1930, le rôle des organismes internationaux (BIT), et la place importante jouée par le régime de Vichy. En héroïsant l'ordonnance d'août 1945, le nouveau gouvernement républicain masquait un fait majeur. L'officialisation de la silicose comme maladie professionnelle s'est faite par défaut, ouvrant la porte à toute une série de stratégies de la part des houillères pour en minimiser l'application et le coût.

La définition de la silicose soulève par excellence la question du caractère hybride, à la fois médical et légal, des maladies professionnelles. Il ne suffit pas d'avoir contracté la silicose pour rentrer dans le cadre de la loi de 1919, il faut que la pathologie soit apparue après avoir occupé tel ou tel poste de travail, dans tel ou tel secteur industriel, pendant une durée minimale qui se compte en années. Ces critères limitatifs – il y en a bien d'autres – permettent aux employeurs de relativiser voire de réfuter les données statistiques et épidémiologiques, de proposer des contre-diagnostics ou de pointer des maladies alternatives, de basculer la charge de l'indemnisation vers les systèmes sociaux d'assurance-maladie. Autant de procédés s'appuyant, dans leurs argumentaires, sur une rhétorique dont il est difficile d'imaginer combien elle reste d'actualité. Le fait que la partie la plus importante de l'histoire de la silicose se joue, à partir de 1945, dans des entreprises nationalisées, ajoute une dimension supplémentaire au dossier.

Sont également en cause les modes de « publicisation » de la maladie, la capacité à sensibiliser les salariés concernés, et le cas échéant l'opinion publique, sur son caractère de dangerosité. La silicose est ici un cas d'école. Par contraste avec l'amiante, cette maladie de masse a échoué en France à atteindre le statut de problème de société voire de problème politique. Son histoire fait ainsi écho aux

polémiques actuelles sur les risques liés à l'exposition à des produits nouveaux, dont les retombées médicales sont mal connues mais souvent redoutées. Il existe un lien entre la relative discrétion de la silicose et l'extraordinaire effort de dissimulation statistique dont elle fit l'objet ; un cercle vicieux entre la qualité exécrable des données quantitatives – qui empêchera à jamais de connaître le nombre de malades décédés de la silicose, ne serait-ce que pour en proposer un simple ordre de grandeur – et la relative passivité, dénoncée à l'époque, des mineurs et de leurs syndicats à l'encontre de ce fléau. Nous soulignons à ce propos l'importance du recours à l'immigration étrangère pour minimiser, par le jeu des emplois temporaires et des rapatriements, la morbidité et la mortalité observables, un procédé qui, loin d'être accessoire, est récurrent dans les pays industrialisés.

Références

Paul-André Rosental et Jean-Claude Devinck « Statistique et mort industrielle : la fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième siècle*, 95, 3, 2007, p. 75-91.

Jean-Claude Devinck, « Tableau silicose : un combat de longue haleine », *Santé et travail*, 59, juillet 2007.

Paul-André Rosental, « Avant l'amiante, la silicose : mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle », *Population et Sociétés*, 437, septembre 2007.

2) La part des risques de cancers imputables aux conditions de travail – Ellen IMBERNON (InVS)

3) Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis : parcours professionnels et histoires d'exposition. Quel appui pour la prévention ? – Annie THEBAUD-MONY (Inserm) et Valérie GRASSULLO (Conseil Général 93)

Power-point

Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis

*Parcours professionnels et
histoires d'exposition :
Quel appui pour la
prévention?*



Annie THEBAUD-MONY *, Valérie
GRASSULLO** (GISCOP93)

* sociologue, directrice de recherche Inserm,
Université Paris-13, Bobigny,

** Médecin de santé publique, SPAS, Conseil
Général 93, Bobigny

GROUPE LA POSTE



Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis

*Parcours professionnels et histoires d'exposition :
Quel appui pour la prévention?*

Annie Thébaud-Mony, Valérie Grassullo***

GISCOP93

* sociologue, directrice de recherche Inserm, Université Paris-13, Bobigny,

** Médecin de santé publique, SPAS, Conseil Général 93, Bobigny

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Plan de la présentation

1. **Connaître et reconnaître les cancers professionnels : à partir de quelle production de connaissances?**
2. **L'enquête permanente du GISCOP93**
3. **Prévention des cancers professionnels : de la connaissance à l'action**

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Connaître et reconnaître les cancers professionnels

***A partir de quelle production de
connaissances?***

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Cancer professionnel : une triple invisibilité

- Ignorance toxique
- Invisibilité physique
- Invisibilité sociale

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Les difficultés méthodologiques

- Pas de recensement systématique des expositions professionnelles aux cancérogènes
- Délai de plusieurs décennies entre le temps de l'exposition et le moment de survenue du cancer
- Le cancer : un processus complexe et relevant d'une logique probabiliste

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



L'enquête GISCOP93

Parcours professionnels et histoires d'exposition professionnelle aux cancérogènes

*A la croisée d'une histoire individuelle et des
logiques structurelles d'organisation du travail*

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Méthodologie

Enquête permanente dans 3 hôpitaux du département.

- Cas inclus: nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez des patients résidant en Seine-Saint-Denis.
- Pour des localisations ou des pathologies susceptibles d'être en rapport avec une ou des expositions professionnelles (cancers respiratoires, urinaires, hématologiques)
- Reconstitution du parcours professionnel par entretien
- Expertise pour identification des expositions par un groupe pluridisciplinaire d'experts.
- Suivi des procédures de reconnaissance.

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Quatre types de parcours professionnels

- **I** - Parcours présentant une continuité de l'activité de travail pour des personnes ayant travaillé presque exclusivement dans la même entreprise
 - 32% des hommes / -40% des femmes
- **II** - Parcours présentant une continuité de l'activité de travail pour des personnes ayant changé d'entreprises
 - 38% des hommes / -16% des femmes
- **III** – Parcours marqués par des changements d'emploi et d'activité mais connaissant une mobilité plutôt qualifiante
 - 12% des hommes / -13% des femmes
- **IV** - Parcours discontinus ayant pour caractéristique l'adaptation immédiate au marché du travail et/ou à mobilité descendante
 - 16% des hommes / -31% des femmes

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Un parcours : Mourad (53 ans) atteint de cancer des sinus

- **1973 – 1985 : usines Citroën**
 - Usine assemblage : Ouvrier métallurgiste polyvalent (soudure, nettoyage de pièces, balayage, nettoyage atelier peinture) Fumées de soudage, Benzène, Poussières métalliques, Fumées d'essence et diesel
 - Fonderie : ouvrier fondeur (entrer et sortir les pièces métalliques des fours) Silice, amiante, HAP
 - Usine de montage : ouvrier soudeur (soudage sur chaîne de montage de véhicules déjà montés) Fumées de soudage
- **1986 – 1990 : sous-traitance gardiennage EDF/GDF, intérim BTP** Fumées essence et diesel
??????
- **1990 – 2003 : Sous-traitance nettoyage Air France**
 - Nettoyage/décapage des avions (peinture, trains d'atterrissage) sous hangar Chlorure de méthylène, Chromates, ????

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Les résultats globaux de l'enquête permanente mars 2002 – aout 2007

➤ patients signalés	944
➤ consentements	786
➤ parcours professionnels reconstitués	684

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Description de la population enquêtée

- 82% des patients sont des hommes
- L'âge moyen est 62,4 ans et 46% des patients sont âgés de moins de 60 ans
- Le nombre moyen de postes par patient est 5.8
- 65% des postes occupés sont des postes d'ouvriers

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

L'exposition professionnelle aux cancérogènes

	Effectifs	%
Non exposés	112	16%
Exposés à 1 ou 2 substances	200	29%
Exposés à 3 substances ou +	372	55%
Total	684	100%

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

Secteurs d'activité exposés

Les dix secteurs d'activités les plus concernés	Nombre emplois exposés	Taux emplois exposés %
Construction	693	87
Fabrication autres matériels de transport	84	84
Métallurgie et travail des métaux	266	79
Commerce réparation industrie auto	166	78
Edition, imprimerie, reproduction	78	74
Fabrication produit minéraux non métalliques	17	74
Services personnels	18	69
Fabrication de meubles	35	63
Education	56	44
Services fournis aux entreprises	52	42

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



La reconnaissance en maladie professionnelle

Patients ayant eu une reconstitution du parcours professionnel	684
% de patients exposés	84% (n=572)
% de CMI chez les exposés	54% (n=311)
déclaration	n=166
reconnaissance	n=112
refus	n=26
en attente	n=28

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



La prévention des cancers professionnels

**De la connaissance à l'action :
L'engagement d'une collectivité territoriale**

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



De la connaissance

- Analyse de la situation épidémiologique des cancers en Seine Saint Denis
 - Inégalités sociales face au cancer
 - Histoire économique du département
- ➔ Convergence des constats pour favoriser la recherche sur connaissances et reconnaissance des cancers d'origine professionnelle.

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



.....à l'action

- Favoriser les échanges entre tous les acteurs, professionnels et institutions concernés
 - Un parti pris : la mobilisation des salariés = étape incontournable
- ➔ Mettre les résultats à la disposition de tous pour mobiliser

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

SESSION 3 : Risques industriels, risques professionnels et santé publique.

1) Conséquences sanitaires d'une catastrophe : que nous a appris l'explosion de l'usine AZF à Toulouse – Thierry LANG (Faculté de médecine de Toulouse)

2) Comment une catastrophe (Feyzin 1966) a pu favoriser des réformes opposées en France et en Grande-Bretagne – Jean-Pierre GALLAND (LATTS – Ecole nationale des Ponts et Chaussées)

Résumé et power-point

Notre recherche (Galland JP, Campagnac E, Montel N, LATTS-MiRe, 2006), a consisté à comparer la genèse et l'évolution des systèmes de prise en compte des risques professionnels et des risques technologiques, en France et en Grande-Bretagne.

Côté risque technologique, on ne trouve pas trace en Grande Bretagne au XIXème siècle, ni même pendant les trois quarts du vingtième, d'un équivalent de notre « inspection des installations classées » (créée en France en 1810), la prise en compte de ces questions y étant été longtemps du seul ressort des collectivités locales. En revanche et vis-à-vis des risques professionnels, sont nommés par l'Etat central dès 1833 les premiers inspecteurs du travail britanniques, leurs équivalents français n'étant « incorporés à l'Etat » que dans les années 1890. Pendant un siècle et demi, les « corps » d'inspection du travail britannique vont se multiplier par secteur d'activité (chimie, bâtiment, transport ferroviaire, nucléaire,...) et mettre en œuvre les multiples réglementations concernant la sécurité des travailleurs, avec une « philosophie » selon laquelle « si la sécurité des travailleurs est assurée, alors celle du public susceptible d'être concerné l'est aussi ». Côté français, entre les années 1920 et les années 1960, l'inspection des installations classées se trouve de fait assurée, sans que cela ne résulte d'une volonté délibérée des pouvoirs publics, majoritairement par les inspecteurs du travail.

La catastrophe de Feyzin (incendie meurtrier d'une raffinerie pétrolière proche d'habitations et de l'autoroute au sud de Lyon, 1966) a servi d'argument des deux côtés de la Manche, pour des réformes divergentes. Côté français, elle a été mobilisée pour justifier la prise en main de l'inspection des installations classées par le service des Mines dans les années 1970, et par les DRIRE ensuite rattachés au tout récent Ministère de l'Environnement. Depuis lors, deux grands corps de contrôle se partagent donc en France la responsabilité principale de la prévention des risques professionnels d'un côté, technologiques de l'autre. Côté britannique, la même catastrophe est citée dans l'important rapport « Robens » (1972) pour appuyer l'idée que les inspecteurs du travail, lesquels devront désormais être réunis au sein d'une Agence à créer, s'occuperont désormais tant de la sécurité des travailleurs que de celle du « public ». De fait et depuis la création du *Health and Safety Executive* (1974), l'approche britannique des risques professionnels et technologiques peut être qualifiée « d'intégrée », l'approche française se révélant davantage « polycentrique ».

Dans les années 1980 et 1990, les institutions européennes ont introduit une innovation qui a été diversement intégrée par les deux « systèmes », celle de l'évaluation *a priori* des risques, tant technologiques (directive « SEVESO », 1982), que professionnels (directive de 1989), ces diverses évaluations obligatoires étant à la charge des employeurs, et destinés à fonder une meilleure prévention des divers risques ainsi identifiés. Le principe de l'évaluation *a priori* des risques a sensiblement contribué à modifier les tâches d'inspection.

De nos jours, les pouvoirs publics français tentent de rassembler les divers acteurs de la prévention des risques technologiques et professionnels en incitant à des contacts croisés (loi « Bachelot », 2003) et à des partenariats locaux. Côté britannique, le *HSE*, à l'instar de toutes les Agences publiques britanniques d'ailleurs, est de plus en plus sommé par les gouvernements de rendre compte de l'efficacité de ses actions et de garantir son propre équilibre budgétaire. C'est dans ce contexte que le *HSE* a obtenu du Parlement britannique l'autorisation (1999) de facturer aux industriels concernés les principales prestations de conseil/contrôle fournies par ses inspecteurs dans le cadre de leurs missions de prévention des risques technologiques. Certains voient là une manière astucieuse, finalement, de financer des activités « régaliennes », d'autres dénoncent un début de privatisation, *de facto*, de l'Agence.

Comment une même catastrophe (Feyzin, 1966) a pu favoriser des réformes opposées, en France et en Grande Bretagne.



Jean-Pierre GALLAND
LATTS - Ecole Nationale des
Ponts et chaussées

GRUPE LA POSTE



Comment une même catastrophe (Feyzin, 1966) a pu favoriser des réformes opposées, en France et en Grande Bretagne.

- Prise en compte des risques professionnels et des risques technologiques. Comparaison France/Grande-Bretagne.
- Jean-Pierre Galland, Elisabeth Campagnac, Nathalie Montel, Laboratoire Techniques Territoires Sociétés (LATTS-ENPC)

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Plan

- Genèse des systèmes, évolutions jusqu'aux années 1970
- Les réformes des années 1970
- Les années 1980-1990; le rôle de l'Europe
- Tendances actuelles

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Genèses et évolutions 1800-1960 (1)

France

- Le principe du classement des installations dangereuses (1810), à l'origine de l'inspection des « risques technologiques ».
- Premiers inspecteurs du travail (locaux) à partir de 1841. « Incorporation » à l'Etat central en 1892.

Grande-Bretagne

- Réglementations et pouvoirs d'inspection locaux (XIXème-3/4 du XXème) en matière de pollution industrielle et de risques technologiques.
- Les premiers « factory inspectors » (1833), agents de l'Etat central.

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

Genèses et évolutions 1800-1970 (2)

France

- A partir de 1917, les Préfets de département sont obligés de nommer des inspecteurs des installations classées: ils les choisissent majoritairement parmi les inspecteurs du travail.

Grande Bretagne

- Multiplication des « corps » d'inspection: Mines and Quarries , Agriculture safety, Explosives, Railways, Nuclear Inspectorates, ...
- Philosophie: « Si la sécurité des travailleurs est assurée; alors celle des publics (riverains en particulier) l'est aussi »

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

Deux catastrophes en 1966: Feyzin



Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

Deux catastrophes en 1966: Aberfan (Pays de Galles)



Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

Les réformes des années 1970


France

- Le service des Mines prend en charge la question des installations classées. Création des DRIRE dans les années 1980 (la question des installations classées est attachée aux ministères de l'Industrie et de l'Environnement).
- Dualité IT/ICPE

Grande-Bretagne

- Le rapport « Robens » (1972).
- Le Health and Safety at Work Act (1974)
- Regroupement des services d'inspection au sein du Health and Safety Executive. Prise en compte de la sécurité des travailleurs et du « public ».

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Prise en compte des risques technologiques et professionnels: deux systèmes différents

France

Un système « polycentrique »:

- ICPE
- IT
- CRAM
- INRS, INERIS
- ...

Grande- Bretagne

Un système « intégré » HSE + HSC
(Health and Safety Commission)

HSE= 4000 personnes

- 1500 inspecteurs (de base, de branche, ou spécialistes)
- Un laboratoire de recherche propre
- Suivi des statistiques d'accidents (du travail et technologiques)
- ...

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Les années 1980-1990. Rôle de l'Europe

- Pas de changements majeurs dans les organisations
- Séparation « évaluation des risques » et « gestion des risques »
- Directive « SEVESO » (1982): les « études de dangers »
- Directive cadre de 1989 : évaluation a priori des risques professionnels (« document unique » en France)

- La systématisation de l'évaluation a priori des risques affecte les pratiques des services d'inspection.

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Tendances actuelles

France

- Les gouvernements expriment la volonté de décloisonner la prise en compte des risques professionnels et technologiques (loi « Bachelot », 2003). Appels à des partenariats multiples.
- Rapprochements locaux entre divers « pôles » de la prévention.

Grande-Bretagne

- Les gouvernements demandent des comptes au HSE et l'incitent à remplir ses missions tout en équilibrant son budget propre.
- Le HSE facture aux industriels concernés une bonne part des prestations de conseil/contrôle réalisées par ses inspecteurs en matière de risques technologiques (depuis 1999).

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.

3) Dénoncer mais pas trop : la trajectoire politique des éthers de glycol en France – Jean-Noël JOUZEL (Université Pierre Mendès France – Grenoble)

Résumé

L'institutionnalisation progressive de l'espace de la santé au travail depuis la fin du 19^{ème} siècle en France a dessiné les contours de modes de gestion du risque très spécifiques, qui font la part belle à des instances de négociation paritaire et limitent le degré de technicisation de l'action publique. Cependant, depuis une dizaine d'années et la survenue du scandale de l'amiante, ces routines de fonctionnement semblent de plus en plus fragilisées. L'analyse des conflits autour des règles de la prévention du risque sur les lieux de travail, comme celui que génère depuis dix ans l'usage professionnel des éthers de glycol, permet toutefois de souligner la résistance de ces routines et la difficulté que rencontrent les porte-parole des salariés (syndicalistes, mutualistes, associations de victimes) pour les remettre en question.

SESSION 4 : Initiatives nationales et actions locales.

Déclinaison du plan régional :

PACA : Mme MARQUIS et Mme GAUTIER

Rhône-Alpes : M. STADLER et Jérôme CHARDEYRON (CRAM)

Résumé et power-point

Le cadre de l'action des services en santé sécurité au travail :

La mise en place des cellules pluridisciplinaires sur la santé au travail : Composées d'ingénieurs de prévention, de médecins inspecteurs régionaux du travail, d'inspecteurs du travail, animé par un directeur adjoint, ces cellules se mettent en place dans chaque Direction Régionale du Travail

Objectifs principaux : venir en appui aux agents de contrôle ; participer à l'animation de la politique régionale ; développer le partenariat institutionnel

Le Plan Régional Santé Travail (PRST) :

Déclinaison du Plan Santé Travail (PST) de 2005, le PRST Rhône-Alpes est le fruit d'un travail partenarial animé par la DRTEFP, qui a permis d'associer d'autres administrations (DRIRE, DRASS, SRITEPSA, DRTT), les principaux préventeurs (CRAM, OPPBTP), les caisses de MSA, l'ARACT (ARAVIS en Rhône-Alpes) et l'ORST ; il a été adopté dans ses grandes lignes (12 thématiques ont été retenues) lors de la réunion du comité de pilotage du 26 janvier 2007. Une quarantaine d'actions, avec objectifs à atteindre et indicateurs, sont en cours de finalisation.

De la connaissance à l'action :

Face à la complexification des situations de travail, au développement d'une réglementation par grands objectifs génériques (substituant une logique de résultats à une logique de moyens), à l'émergence incessante de nouvelles molécules chimiques, à l'arrivée de nouvelles technologies (nanotechnologies) aux risques méconnus, l'action des services d'inspection du travail, dont le rôle essentiel est d'assurer une réelle effectivité du droit du travail et une diffusion de la culture de prévention sur les lieux de travail, nécessite plus que par le passé un travail préalable sur la connaissance disponible sur un sujet donné.

L'émergence des risques à effets différés (risques pour la santé sans effets immédiat) nécessite de plus en plus souvent une réflexion croisée entre les ingénieurs de prévention, les médecins et les juristes, préalablement à toute action.

Par ailleurs, la connaissance disponible, bien souvent à profusion sur un sujet donné, nécessite un travail de recherche, d'appropriation, de synthèse, pour être rendu utilisable par les agents en vue de l'action.

Le partenariat :

Dans le champ de la santé au travail, la connaissance livresque n'est qu'un volet, certes important, de ce qu'il nous faut savoir pour agir.

Parce que notre terrain d'action a pour objet des situations de travail concrètes, toujours différentes quoique avec des similitudes, la connaissance issue de la pratique est un complément indispensable, voire essentiel pour guider l'action des services.

La CRAM, qui dispose à la fois d'agents de prévention et de laboratoires, est un partenaire naturel et indispensable dans ce travail de partage des connaissances et d'élaboration de réponses communes.

En Rhône-Alpes, ce partenariat s'est développé sur :

L'Evaluation et la Prévention des Risques Professionnels (EvPRP) : animation d'un réseau de consultants intervenant sur le sujet avec organisation de séminaires de réflexion ; mise en place d'un site Internet commun aux deux institutions (et ARAVIS) visant à faire connaître la démarche de prévention des risques (www.risques-pme.fr)

Les TMS : une charte de partenariat a été signée en 2007 et des actions communes ont été entreprises en direction des abattoirs de volailles ; d'autres sont envisagées.

Les CMR : un cycle de conférences communes DRTEFP / CRAM, à destination des agents de contrôle, des techniciens de prévention et des médecins du travail, a été organisé sur l'amiante, les poussières de bois et le trichloréthylène ; un nouveau cycle est prévu (fin 2007 / début 2008) sur le formaldéhyde, le béryllium, le cobalt (associé au carbure de tungstène) et les risques présents dans les garages automobiles.

Tous ces sujets nécessitent au préalable un important travail d'échanges sur les connaissances disponibles, de recherches et de synthèse pour permettre une appropriation par les agents en vue de l'action.

Une charte fixe au préalable et à chaque fois le cadre et les objectifs de ce partenariat.

La dynamique partenariale en Région Rhône- Alpes



Bernard STADLER
DRTEFP Rhône-Alpes

GRUPE LA POSTE



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA PARITÉ SOCIALE
ET DE LA SÉCURITÉ
MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA FAMILLE
ET DES SOLIDARITÉS

Le cadre de l'action des services

- Le PST
- Les cellules pluridisciplinaires sur la santé au travail
- Le Plan Régional Santé Travail

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



La cellule pluridisciplinaire

- Composée d 'Ingénieurs de Prévention, de Médecins Inspecteurs du Travail, d 'Inspecteurs du Travail
- Appui individuel et collectif aux agents de contrôle
- Animation de la politique régionale sur la santé au travail
- Animation du partenariat régional de l 'ensemble des acteurs concernés

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



Le Plan Régional Santé Travail en R.A.

- Une démarche partenariale engagée fin 2006
- 11 axes identifiés et validés début 2007
- Plus de 50 actions mises en place courant 2007 et validées par le COPIL fin septembre 2007

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



La place de la connaissance

- Améliorer les conditions de vie au travail
- Prendre en compte la complexification des situations de travail
- S'adapter à l'évolution réglementaire
- S'approprier et synthétiser la connaissance disponible

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.



La place du partenariat

- Avec les acteurs de la santé publique
- Avec les acteurs de la santé environnementale
- Avec les partenaires sociaux
- Avec les préventeurs et en tout premier lieu la CRAM

Santé & Travail – de la connaissance à l'action
16 octobre 2007 – Salle Pierre Laroque, Paris.