

Louis-Marie Barnier
Chercheur associé au LEST-CNRS-AMU
lmbarrier@wanadoo.fr

La santé publique, un paradigme commun pour le travail et l'environnement

Communication, journées RJCTS 29 juin 2016 EHESS :

Santé au travail, santé environnementale : quelles inclusions, quelles exclusions ?

La santé au travail s'est construite en France ces dernières années autour de la responsabilité de l'employeur (Verkindt 2014), sous l'impulsion notamment de la directive-cadre européenne de 1989. Dans la continuité de la faute inexcusable de l'employeur, déjà évoquée lors de la loi de 1898 sur les accidents du travail, les juges ont estimé que cette responsabilité devait se traduire par une obligation de sécurité de résultat en matière de santé au travail. L'approche de la responsabilité patronale en matière de risque sanitaire a évolué dans le même sens, comme l'indique la procédure REACH qui impose à l'industriel producteur ou importateur d'une substance chimique de mesurer la nocivité de son emploi. Le risque professionnel a ainsi rejoint le risque environnemental plaçant l'employeur dans une position centrale, capable d'envisager les conséquences de ses décisions sur ses salariés, sur les autres salariés dépendant de ses décisions comme sur la population alentour ou l'environnement. Dans les deux cas, les entreprises sont incitées, voire obligées de prendre en considération les conséquences sociales et environnementales de leurs décisions.

Nous voulons ici articuler cette première mise en responsabilité de cet employeur / industriel, cette figure au centre de notre propos, avec une seconde, celle de l'État, envisageant ces deux interventions dans une logique commune intitulée santé publique.

Les approches envisagées considèrent deux objets séparés, le travail et l'environnement, construits ainsi au cours de deux démarches parallèles. L'approche environnementale, bien que permettant de prendre en compte l'exposition aux substances toxiques, l'importance du travail et de l'histoire professionnelle, « ne traite pas les relations de pouvoir de race, de classe et de genre qui domine notre vie quotidienne » (Turshen 1989 p 23). La santé au travail se résume trop souvent au seul rapport entre une activité et un salarié. Notre tâche apparaît ainsi double. Dans un premier temps, poser un cadre d'analyse commun qui permette de saisir simultanément les relations que la société capitalistes entretient avec les salariés producteurs de richesse ainsi qu'avec la nature, envisagée comme ressource. James O'Connor (2003) définit ces « conditions de production » comme « tout ce qui peut être considéré comme marchandise sans être produit comme tel », englobant ainsi dans une catégorie commune la force de travail, la terre, la nature ou l'espace urbain. Ce cadre permet d'analyser santé au travail et santé environnementale dans le contexte commun de la société capitaliste.

Mais dans une perspective plus normative, nous proposons ici d'ouvrir aussi un débat sur les outils politiques pour aborder la santé au travail. Meredith Turshen (1989) nous propose de placer cette approche sous le signe de la santé publique, envisageant la santé et la maladie

comme une production sociale, située dans des rapports entre des producteurs de richesse et des possesseurs des moyens de production.

Les analyses multifactorielles mettent en évidence les liens entre santé et logement, nourriture, accès aux soins de santé, organisation du temps libre et du temps de travail, capacité à se saisir de son travail collectivement et individuellement, exposition à l'environnement de travail et de vie. Ces éléments entremêlés constituent le cadre de vie dans lequel doit s'envisager la bonne santé physique, mentale et sociale évoquée par l'OMS en 1946. La santé publique, ou « santé sociale »¹, permet d'envisager dans un paradigme commun ces multiples éléments que constituent les conditions sociales de la production et de la reproduction du salariat dans la société capitaliste. Les rapports sociaux de production doivent ainsi intégrer la place laissée à la reproduction de la main d'œuvre, car « la distribution de ressources vitale pour la santé – telle le logement, la nourriture, ou les loisirs – est fonction du pouvoir relatif des différents groupes » (p 24).

Penser une alternative doit s'inscrire dans ce cadre : « Une réorganisation sociale fondamentales est impérative pour la prévention et les soins » (p 25). Car notre approche par la santé publique assemble dans un même paradigme l'analyse des mécanismes actuels d'atteinte à la santé, environnementale, au travail, sociale, et les catégories visant à dépasser les conditions actuelles par la disparition de ces facteurs, ici le pouvoir pris par l'économie sur la société, de même que l'approche du *Commun* comme pratique sociale (Dardot et Laval 2014) a pu relier analyse de mécanismes sociaux et propositions démocratiques.

Nous proposons d'analyser les approches de cette théorie de la santé publique dans les domaines de la santé au travail et dans la santé environnementale, de considérer la transformation nécessaire des acteurs dans une telle perspective, pour enfin entamer une réflexion sur la place de la négociation *versus* la loi dans notre société, question ouverte par la promotion de l'unique mot d'ordre de la négociation.

1/ La santé publique, une approche paradigmatique de la santé au travail et environnementale

Il n'est plus nécessaire d'apporter la preuve que « Travailler peut nuire gravement à la santé » (Thébaud-Mony 2007). De nombreuses études ont montré le lien entre l'utilisation de certains produits et différents cancers, à commencer par l'amiante. L'organisation du travail n'est pas en reste (Struillou 2003) montrant la réduction de l'espérance de vie en bonne santé par exemple par le travail de nuit (ANSES 2016). Les juges eux-mêmes ont confirmé ce lien causal entre les atteintes à la santé et les choix de production présidant à ces atteintes, rejoignant le mouvement historique de « dénaturalisation » des atteintes à la santé.

De même et parallèlement, mais plus récemment, la santé environnementale met en lien l'environnement et la maladie, ciblant « les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement »² et opérant la même démarche de

1 Margareth Turshen parle de « Community health » pour préciser ce concept (Turshen 1989 p 9).

2 Bureau européen de l'OMS, Conférence d'Helsinki, 1994.

« dénaturalisation ». L'OMS propose d'y intégrer simultanément les politiques et pratiques de prévention des facteurs environnementaux concernés. Le débat public s'est souvent emparé de cette question, à la suite de groupes militants jouant le rôle de « lanceurs d'alerte ». Les produits phytosanitaires peuvent ainsi être interrogés dans leur double effet sur la santé des agriculteurs (Décosse 2013) et sur l'environnement ou les produits de l'agriculture. De même tout récemment, l'usage intensif du diesel, déjà ciblé dans des intoxications professionnelles au plomb, a pu être désigné comme un facteur de pollution atmosphérique à l'origine de cancers³.

Cette construction de la santé comme objet social trouve sa légitimité dans l'affirmation de droits fondamentaux de la personne. C'est en se référant à ces droits qu'Annie Thébaud-Mony aborde la santé au travail. Elle met en avant le principe ontologique du « Tu ne tueras point », fondant un droit humain imprescriptible à la santé repris par la Déclaration des droits de l'Homme en 1789, puis par la suite par exemple dans les prescriptions du Code pénal. Ce droit simultanément individuel et collectif trouve continuité dans le salarié « sujet de droit » (Supiot 2004), affirmant le droit à la santé des salarié auquel la liberté d'entreprendre des employeurs doit se soumettre.

Ce droit à la santé devient principe supérieur relevant de la responsabilité de l'État, qui inscrit son intervention dans un cadre plus large, la santé publique. La santé au travail s'est trouvée dès sa conceptualisation portée par l'intervention de l'État. Des lois successives ont permis dans un premier temps de protéger des catégories particulières (les enfants, puis les femmes enceintes, puis l'ensemble des ouvrières), pour s'ouvrir à la défense de l'ensemble des salariés par les lois et décrets précurseurs de la politique de prévention des risques. La Loi de 1893, dont l'article 1 affirme : « Les établissements visés à l'article 1er doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel », instaure les fondations d'une politique de prévention des risques en entreprise concernant tous les salariés.

Les questions de santé au travail ont pu alors s'affirmer comme relevant d'un ordre public : « La matière relève de l'ordre public » (Blatman 2008). L'État s'est appuyé sur sa dimension d'ordre public, voire d'ordre public absolu⁴ pour construire une intervention constante dans ce domaine par le biais de réglementations multiples qui se présentent comme techniques. La nature même d'une norme technique ne souffre pas d'ambiguïté, appuyée sur une approche scientifique qui la rend imperméable à l'approche interprétative. Elle ramène ainsi la décision finale, par exemple concernant une valeur limite d'exposition professionnelle, à un simple accord autour d'une valeur, masquant le travail d'élaboration de la norme, la conception épidémiologique qui y préside (le respect du seuil d'exposition garantit-il la préservation de la santé ?), les débats autour de l'organisation du travail – et de la production - qui sous-tendent le type d'exposition envisagé. La décision politique se masque derrière des choix techniques, la direction des choses se substitue à la direction des hommes (Supiot 2015).

3 « L'OMS estime que les gaz d'échappement des moteurs diesel sont cancérigènes », le Monde du 12 juin 2012.

4 Les prescription d'ordre public peuvent être améliorées (par la négociation par exemple), celles relevant de l'ordre public absolu s'appliquent directement.

L'État se porte aussi garant de l'intervention démocratique des salariés, à travers le bon fonctionnement des institutions représentatives du personnel. Cette immixtion indirecte dans le champ de la prévention des risques met en valeur l'intervention collective des salariés, notamment le droit syndical, à travers lesquels les salariés se construisent comme collectif de travail reconnu et deviennent sujets collectifs transcendant la dimension collective du travail (Barnier 2008).

Cette intervention de l'État peut prendre la forme d'une intervention plus directe pour la santé au travail en l'inscrivant dans son agenda politique, la forme d'un Plan Santé-Travail quinquennal venant ainsi prendre place dans les politiques publiques à côté par exemple d'un plan Santé Environnementale, relevant de cette action étatique comprise comme « une action collective plus ou moins organisée engageant des acteurs publics et privés » (Gilbert et alii 2009).

L'État dans le cadre de son mandat de garant de la santé publique, opère un contrôle des activités des entreprises et de leur incidence sur l'environnement et la population. Sécurité industrielle et sécurité du travail sont intimement liées, depuis l'explosion des poudreries de Grenelle en 1794 (Le Roux 2011) jusqu'à l'explosion d'AZF en 2001 qui fit des victimes tant du côté des salariés (notamment sous-traitants) que de la population « civile » (Jean 2002, Chaskiel 2007). Elle oblige à considérer les actions des entreprises sous l'angle des effets induits dans l'ensemble de la société, trouvant ainsi par exemple un prolongement vers la santé environnementale.

Contrôle des produits mis en circulation dans l'entreprise et dans la société par le biais de dispositifs comme celui de REACH, contrôle des émanations au sein des ateliers et services et dans l'atmosphère, risques de déflagration, ces épisodes illustrent cette jonction entre santé environnementale et santé au travail. Dans les deux approches, la responsabilité de l'employeur devient prépondérante, concernant la santé au travail notamment depuis la directive-cadre européenne de 1989, mais aussi pour la responsabilité par exemple de la mise sur le marché de produits chimiques : la directive REACH fait basculer la charge de la preuve des États vers les entreprises productrices ou importatrices (Jouzel et Lascoumes 2011).

Aborder cette relation entre santé au travail et santé environnementale amène ainsi à se tourner vers l'axe central d'une politique de prévention des risques, risques professionnels en entreprise, risques environnementaux. Cette politique repose sur la responsabilité de l'industriel/employeur quant à ses décisions. Dépasant la naturalisation des risques professionnels et environnementaux, attribuant au droit à la santé un statut supérieur aux contraintes économiques, elle choisit d'interroger les mécanismes sociaux et économiques conduisant à de tels choix.

2/ Des acteurs en reconfiguration

Les mobilisations sociales ont depuis longtemps su se positionner dans une remise en cause globale des choix sociétaux, élargissant leur combat contre un système globalisé. Cette dynamique a obligé les mouvements sociaux à « politiser » leur action, la situant dans une critique systémique du capitalisme. Les mouvements environnementaux ont accompagné cette évolution, s'inscrivant dans cette critique globale, conduisant à une « porosité des

modes de prise de parole publique » et à un décloisonnement progressif des milieux militants (Sommier 2011). Les mouvements sur la santé au travail n'ont pas été en reste⁵, même si les mobilisations plus parcellaires, effet renforcé par la logique d'un CHSCT réunissant employeur et représentants de salariés dans un huis-clos, ont souvent conduit à un isolement de ces luttes locales.

Effets environnementaux et effets sur la santé des salariés doivent être considérés comme relevant d'une matrice commune, les choix économiques prétendant diriger la société. Les cloisonnements des actions qui séparent en deux champs distincts la santé au travail et la santé environnementale, ont eu pour effet de réduire la portée critique des engagements des différents acteurs. De même qu'une alliance entre médecins généralistes et médecins du travail a pu relever à une période donnée d'une démarche critique envers les institutions médicales et la société dans son ensemble (Marichalar et Pitti 2013), de même la fragmentation des spécialisations médicales, tout comme des mobilisations sociales concernant la santé, affaiblit la portée d'approches dispersées.

Ces mutations des acteurs se nourrissent d'une approche commune à la santé au travail et à la santé environnementale. Prolongeant une première rencontre dans le cadre des grandes conférences mondiales sur l'environnement (Descolonnes 2011), c'est autour de la perception de l'environnement comme une donnée fondamentale de la santé au travail que le syndicalisme s'ouvre à l'écologie. Ceci exige du syndicalisme une transformation profonde de sa relation avec la société, quand il accepte le regard social sur les conditions et objectifs de production, lorsqu'il considère le mouvement associatif comme des partenaires dans sa confrontation avec les employeurs, ou en envisageant la santé au travail comme composante de la santé publique. Le syndicalisme doit se penser comme mouvement social.

De même, réfléchir au risque industriel et environnemental ne peut s'opérer de l'extérieur de l'entreprise, tant le risque industriel ne peut être combattu qu'en interrogeant l'organisation du travail à partir de l'intervention essentielle des salariés. « Le salarié est la première sentinelle de l'environnement », disait la CGT qui défend l'extension du champ de compétence des CHSCT à l'environnement, proposition reprise dans le Grenelle de l'environnement en 2007 (Barnier 2014). Les Comités Locaux d'Information et de Consultation (CLIC), créés en 2003 à la suite de la catastrophe d'AZF, pourraient être une bonne évocation de cette rencontre entre syndicalistes et militants environnementalistes.⁶

Mais ceci exige du syndicalisme qu'il accepte une certaine « politisation du travail », pour reprendre dans un sens plus large une idée évoquée par Bruno Trentin (2013). Pour saisir le travail dans toute sa complexité, il importe de ne pas rester à l'analyse de l'activité de travail, nous propose Jean-Marie Vincent pour qui le travail doit être envisagé comme « un support de rapports sociaux » (Vincent 1995). L'engagement des salariés dans une telle activité, développée dans le cadre d'un contrat de travail la marquant du sceau de la subordination, trouve son prolongement dans la dimension collective de ce statut de salarié. La classe sociale des travailleurs se constitue autour de ce rapport social de production. Cette approche permet de considérer le procès de travail comme un « rapport dynamique

5 On pourrait ici évoquer les récents « États généraux de la santé des travailleurs » (mars 2016), organisés par les auteurs de l'Appel Ne plus perdre sa vie à la gagner.

6 Un inventaire de leur fonctionnement plus de dix ans après leur instauration serait nécessaire.

entre un ensemble de forces de travail conditionnées et un ensemble multiforme de capitaux » (Vincent 1995) et d'envisager la santé au travail comme une des composantes de la santé de la classe ouvrière, prise dans une contrainte de reproduction sociale de la force de travail, et simultanément comme expression du rapport d'exploitation cristallisé dans des actes et des situations de travail.

La santé publique devient ainsi un paradigme englobant le travail dans les réseaux de relations sociales qui se tissent dans et hors le travail. Elle amène à considérer la santé au travail dans ses multiples composantes, santé physiques, santé psychique, santé sociale (OMS 1946, Gollac 2010), comme élément du rapport que tisse une classe sociale avec le travail. S'y intègrent les dimensions de genre, qui instituent la division du travail et les valeurs différentes attribuées aux activités de travail (Kergoat 2012), considérant les femmes avant tout dans leur rôle de reproductrices (y compris lorsqu'il faut protéger la maternité). De même, victimes surexploitées d'une division du travail qui leur attribue les tâches les plus dangereuses tout en leur retirant la légitimité pour assumer ce risque individuellement et collectivement, les travailleurs immigrés trouvent leur place dans l'affirmation d'un droit collectif à la santé et la sécurité du travail.

Cette approche du travail comme support de rapports sociaux permet d'envisager dans un même mouvement la santé de tous les salariés, qu'ils soient salariés stables, précaires, chômeurs. Elle engage à dépasser ainsi les cadres institutionnels de relations professionnelles qui trop souvent consacrent la division inégalitaire du travail et la renforcent, ces mêmes salariés précaires ou sous-traitants ne pouvant prétendre à aucun accès à la sphère de la négociation de contrôle ni à toute négociation formelle voire informelle du travail (Barnier 2015). Elle incite à interroger les mécanismes de production des dispositifs de prévention des risques, conçus dans une société salariale stables et homogènes (au moins dans ses dynamiques), oblitérant la précarité intrinsèque au salariat dont les sources « font partie intégrante de celui-ci » (Béroud et Bouffartigue 2009 p 336).

L'approche politique du travail permet alors une nouvelle jonction entre syndicalisme et mouvements pour la santé environnementale, autour de l'exigence fondamentale du droit à la santé et dans la remise en cause des choix sociétaux actuels.

3/ Négocier la santé ?

Repositionner la santé au travail dans un contexte sociétal amène à s'interroger sur les mécanismes actuels de privatisation de la santé. Un paradigme étend peu à peu son ombre sur le monde social, celui de la négociation. Promu à travers les différentes réformes du Code du travail, il envahit progressivement le champ de l'environnement. C'est le statut de la loi qui est ainsi posé face aux relations professionnelles, respect d'exigences fondamentales supérieures au droit contractuel et formalisation d'un intérêt général dépassant les intérêts particuliers des employeurs / industriels. La santé se négocie-t-elle ?

La santé au travail a longtemps été abordée sous l'angle de la réparation, marquant l'ensemble du champ de recherche par la prédominance d'une approche par les relations professionnelles. La création de la médecine du travail, des Comités hygiène et sécurité, puis des CHSCT en a fait un objet interne aux entreprises, riche des capacités

d'intervention ouvrière mais s'insérant dans un compromis global autour du travail (Adam et Barnier 2013). La négociation devient alors un passage obligé pour construire un consensus sur les mesures à prendre. Le cœur de la négociation est constitué par la négociation salariale, enjeu économique et modèle d'intégration du salariat – et du syndicalisme – dans une relation salariale autour de ses trois éléments constitutifs : salaire, emploi, conditions de travail. Créant un « intérêt commun » des acteurs de l'entreprise autour de la défense de l'intérêt industriel, elle s'oppose à un contrôle, voire à une gestion des effets environnementaux ou des risques industriels par les acteurs extérieurs à l'entreprise, les mouvements sociaux ou d'habitants, mais aussi de l'État.

La santé au travail devient-elle objet de négociation ? L'arrêt SNECMA de 2008 a marqué le point d'orgue d'une responsabilisation de l'employeur en matière de santé au travail, donnant toute sa force à l'obligation de résultat, lorsqu'il affirme « *qu'il est interdit (à l'employeur), dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés.*⁷ » L'affirmation de ce pouvoir non négocié de direction entraîne sa contrepartie, la responsabilité pleine et entière de l'employeur devant la société en matière de santé et sécurité du travail. « *Puisqu'il est responsable de la sécurité de son personnel, l'employeur est forcément seul décisionnaire dans ce domaine. La sécurité est une obligation d'ordre public, elle ne se négocie pas !* » Ainsi concluait Marie Rochefort son commentaire de l'arrêt SNECMA. L'employeur ne pouvait donc « *subordonner l'exercice de son pouvoir de direction à l'accord des institutions représentatives du personnel* »⁸. Et ce principe s'impose partout, même en cas de négociation collective, comme l'avait affirmé le Conseil constitutionnel interrogé sur la constitutionnalité des accords dérogatoires en matière à l'occasion des lois Aubry : « *En aucun cas, les accords collectifs ne pourront déroger, par des stipulations moins protectrices, aux règles impératives en matière de santé et de sécurité au travail résultant des règlements communautaires et des prescriptions législatives et réglementaires du droit du travail* »⁹.

Cette affirmation émanant des juges garants de la constitution base de la Nation, s'est avérée bien précaire. Depuis des dizaines d'années, des pans entiers du Code du travail concernant la santé des salariés ont été ouverts à la négociation collective, y compris dans un sens dérogatoire, notamment sur le temps de travail et son organisation. Les « partenaires sociaux » peuvent à loisir aujourd'hui débattre des heures supplémentaires, des conventions de forfait, de la répartition des heures travaillées sur le mois ou l'année, etc. Cette construction dérogatoire a été encore facilitée lorsque les députés créent en 2008, à l'occasion de la recodification du Code du travail, une partie « Temps de travail » disjointe de celle intitulée « Santé et sécurité des salariés », mais intégrée dans un ensemble « Durée du travail, salaire, intéressement, participation et épargne salariale », rapprochement très significatif en lui-même. L'organisation du travail est pourtant partie prenante de la santé au travail, comme l'avait montré la jonction opérée entre santé, sécurité et conditions de travail dans le cadre du nouveau CHSCT en 1982 (Adam et Barnier 2013). La loi actuellement en débat en 2016 étend encore les possibilités de négocier par exemple l'allongement du temps

7 Cass. soc. 5 mars 2008, n° 06-45888, SNECMA.

8 M. Hautefort, JSL 2008-231- commentaire de l'arrêt SNECMA.

9 Conseil constitutionnel, décision 2004-494 du 29 avril 2004.

maximum quotidien ou hebdomadaire de travail, la durée de repos de 11h entre deux vacations, la détermination des délais de prévenance... La loi a donc ouvert un champ de dérogations qui portent largement atteinte à la santé, confié à la négociation collective qui deviendrait garante du respect de la santé des salariés. Le respect du droit fondamental à la santé ne peut relever d'une obligation contractuelle, incluse dans le droit d'organisation du travail que possède l'employeur, et contrepartie de la subordination du salarié. Le contrat de travail, contrat de mise à disposition de l'employeur d'une capacité d'action, d'une force de travail, mais non d'un corps, ne peut concevoir les atteintes au corps.

La démarche de négociation s'étend pourtant jusque dans les sphères de l'État. Le Plan santé-travail, exemple paradigmatique d'une intervention dirigée de l'État dans le domaine de la santé au travail, pourrait utilement générer des politiques publiques, symboles des volontés politiques d'imposer les droits fondamentaux et de soutenir les populations les plus faibles. Le troisième Plan Santé Travail 2016 – 2020 (PST 3) prend un chemin inverse, quand il affirme s'appuyer d'abord sur le dialogue social, « levier efficace au service d'une méthode d'élaboration innovante ». Le Ministre a ainsi confié aux « partenaires sociaux », au sein du COCT, « l'élaboration des orientations du PST 3 », COCT auquel ce PST 3 prévoit d'attribuer la « mission d'orientation de la politique publique de santé au travail » (PST 3 2016 p 69), confirmant ainsi les « routines de gestion » structurées par la force du compromis de 1898 (Henry et Jouzel 2008). Ce plan d'action gouvernementale est largement croisé avec le Plan Santé Environnement, ciblant des expositions professionnelles (amiante) et sociétales.

C'est sous le vocable de « concertation » que la négociation prend une place de plus en plus importante dans le champ de la santé environnementale. L'adoption puis les évolutions de REACH sont ainsi marquées de temps très longs de discussions européennes (Jouzel et Lascoumes 2011), intégrant les industriels, les États, les mouvements sociaux et relevant de cette démarche d'élaboration d'une « norme participative » (Saurugger 2010) qui favoriserait son adoption puis son application.

Le néolibéralisme tend à imposer la même approche au niveau européen à la santé environnementale, l'invitant à devenir enjeu d'entreprise et objet de négociation. Le thème de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) a ainsi conquis une place de plus en plus importante, redonnant la primauté aux exigences économiques liées à l'activité industrielle, à travers l'initiative des entreprises cherchant à prouver la prise en compte de ces dimensions dans leur choix économiques, voire à intégrer les syndicats dans un tel projet par ces négociations (Chaskiel et Suraud 2009). La responsabilité sociale des entreprises est définie comme « l'intégration volontaire des préoccupations sociales et écologiques des entreprises à leurs activités commerciales et à leur relations avec les parties prenantes.¹⁰ » « Mêlant *soft law* et politique incitative, la RSE s'insère dans un contexte plus large de la régulation, voire de l'autorégulation » (Neau-Leduc 2006 p 153). Elle conduit à une production floue de chartes éthiques, de codes de conduite. Cette impression de « halo » est d'autant plus forte lorsque la production normative devient « indicative » : la notion de

10 Commission européenne, Livre vert Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises, Com / 2001/0366.

norme est ainsi définie par la Commission européenne comme « un ensemble de procédures, pratiques ou spécifications bénéficiant d'une large reconnaissance. » Ces engagements unilatéraux créent un cadre normatif non juridique, où les règles techniques supplantent peu à peu les normes juridiques (Meyer 2005). Émerge l'idée que des « normes volontaires » seraient mieux adaptées et mieux assumées par les employeurs que des normes légales et même conventionnelles.

Ce même cadre contractuel montre l'aspiration capitaliste à « monétariser » les risques, comme a pu le faire la loi de 1898 sur les accidents du travail (Ewald 1987). L'internalisation des externalités négatives, suivant les termes des économistes, revient à intégrer dans les coûts de l'entreprise les effets extérieurs des choix industriels. La loi assurantielle de 1898 sur les accidents du travail a pu ainsi être lue comme l'avènement du calcul financier de l'atteinte à la personne, couverte par une prime assurantielle, proportionnelle au taux d'accidents du travail mais restant faiblement incitative et relevant d'un « mythe utile » (Masse 2001 p 19). De même, les effets environnementaux des politiques industrielles posséderaient la vertu de pouvoir être « réinternalisés » dans les coûts des entreprises par le biais de taxes carbone et autres mécanismes financiers.

Mais les atteintes à la santé partagent avec les dégradations environnementales une particularité : leur incommensurabilité intrinsèque : « L'incommensurabilité des éléments naturels et des marchandises ordinaires interdit donc l'application de la théorie de la valeur-travail aux premiers. » (Harribey 2001). La négociation collective, marquée par l'échange, ne peut pourtant se référer qu'à la seule valeur partagée, l'argent.

L'adoption de cette loi de 1898 a contribué « à l'instauration d'un régime dérogatoire aux droits de la personne en ce qui concerne la vie, la santé, la dignité » (Thébaud-Mony 2007 p 16). De même les lois sur l'environnement ont permis dès l'origine de soustraire l'entreprise à des recours contentieux lors de dommages extérieurs : « On pourrait lire la construction du droit de l'environnement et du droit social comme un ensemble de lois permettant de soustraire l'industriel à leurs responsabilités » (Tessonnière 2015).

Conclusion

C'est finalement une approche étendue de la santé à laquelle nous invite cette réflexion croisée sur le travail et l'environnement. Depuis la définition de la santé de l'OMS de 1946 jusqu'à l'approche de Canguilhem reposant sur la capacité des salariés à prendre en charge les risques afférant au travail, on n'a eu de cesse de dégager la médecine d'une approche purement épidémiologique, pour faire de la santé un enjeu social : « La santé est la traduction de la qualité de la relation de la personne humaine à son écosystème. L'écosystème, ce peut être le logement, le travail, le quartier ou la ville » (Cicollella 2010).

Notre approche se situant dans le paradigme de la santé publique permet d'englober les questions environnementales et de santé au travail dans une perspective commune. Elle place la santé au travail et la santé environnementale comme relevant de l'ordre public, imposant le respect du droit constitutionnel à la santé comme supérieur à toute décision économique, voire au principe de propriété privé également garanti par la constitution. La santé publique institue l'intervention déterminante de l'État dans les univers privés des choix économiques, à travers les mesures d'ordre public absolu. Elle impose à l'employeur

de considérer son droit de propriété comme un droit exorbitant qui doit se plier à l'intérêt général – et non l'inverse, comme y inviteraient les récentes évolutions néolibérales fixant l'entreprise comme garante du marché et de l'intérêt commun. Enfin, elle permet de considérer les salariés, à travers leurs institutions de représentation (syndicats, CE, CHSCT), porteurs cet intérêt général dans leur interventions, lorsqu'ils sont consultés sur les dossiers d'Installations classées protection environnement (ICPE) auxquels sont soumis les entreprises, ou dépositaires du droit d'alerte environnemental récemment institué, au même titre que les citoyens investis du rôle de sentinelles environnementales.

La démarche générale de cet article repose sur l'intégration progressive de tous les éléments constituant les atteintes à la santé. Elle amène à envisager la santé sous une forme globale, nécessitant une intervention et des propositions tout aussi globale. La jonction entre champs différents de la recherche, l'environnement et la santé au travail, permet d'envisager le travail dans toute sa dimension sociale de support de rapports sociaux de domination et d'exploitation, invitant le syndicalisme à se construire comme mouvement social (Barnier 2014). Le débat sur la frontière construite entre travail et environnement devient interrogation sur l'absence de construction du principe de santé publique. Notre proposition vise donc à intégrer les deux dimensions de la santé, au travail et environnementale, dans une même approche qui porte son dépassement par l'exigence d'une autre conception de la société. La santé publique, comme nouveau paradigme, vise ainsi à dépasser une vision fragmentée de la santé et à « décloisonner » ces deux champs d'intervention dans la conception heuristique d'une médecine reposant sur « la prévention sociale complexe à la place d'une médecine préventive, l'intégration des sciences sociales dans la médecine » et l'équité d'accès aux soins (Turshen 1988 p 267).

Bibliographie

Adam H., Barnier L.-M. , *La santé n'a pas de prix, voyage au cœur des CHSCT*, Syllepse 2013.

ANSES, *Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit*, juin 2016.

Barnier L.-M., « Le collectif résistant. Analyse d'une pratique syndicale dans un atelier » in S. Bouquin (coord.), *Résistances au travail*, Syllepse, 2008. p, 139-156.

Barnier L.-M., « Le CHSCT-environnemental au croisement du droit à la santé et des mobilisations environnementales », Dossier : Le travail contre nature ? Syndicats et environnements, *Mouvements*, 2014/4 n° 80, p. 78-86

Bérout S., Bouffartigue P., *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives*, la Dispute, 2009 p 336

Blatman M., « Regards sur l'état de santé au travail et la prévention des risques », *Droit social* N°11, 2005, p 960 – 970.

Chaskiel P., « Syndicalisme et risques industriels. Avant et après la catastrophe de l'usine AZF de Toulouse-septembre 2011 », *Sociologie du travail*, 49, 2007, p. 180-194.

Chaskiel P., Suraud M.-G., « La responsabilité sociale environnementale des entreprises : une réponse économique à la politisation de la production », *Revue Française de Socio-Économie*, 2009/2 - n° 4, pages 99 à 116.

Cicolella A., « Santé et Environnement : la 2^{ème} révolution de la Santé Publique » *Santé publique* 2010, volume 22, n° 3, pp. 343-351.

- Dardot, P. et Laval, C., *Commun, essai sur la révolution au XXI^{ème} siècle*, la Découverte, 2014.
- Décosse F., Entre « usage contrôlé », invisibilisation et externalisation. Le précaire étranger face au risque chimique en agriculture intensive, *Sociologie du travail* N°55, 2013, p 322–340.
- Descolonges M., *Les démarches de la CGT en matière d'environnement, Droits nouveaux et enjeux d'apprentissage*, CGT-IRES 2011.
- Ewald F., *L'Etat- providence*, Grasset, 1987.
- Gilbert C. et al., « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », in Claude Gilbert et al., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, 2009, p. 7-33.
- Gollac M., « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », Rapport, 2010.
- Harribey J.-M., « Marxisme écologique ou écologie politique marxienne », in Bidet J., Kouvélakis E. (dir.), *Dictionnaire Marx contemporain*, Paris, PUF, Actuel Marx Confrontation, 2001, p. 183-200.
- Henry M., Jouzel J.-N., « Les politiques de santé au travail au prisme de l'action publique », *Santé publique*, vol. 20/3, 2008.
- Jean R., « La sécurité au travail écartelée entre prescription procédurale et déréglementation sociale », Communication aux XVII^e congrès du SELF, 2002.
- Jouzel J.-N., Lascoumes P., « Le règlement REACH : une politique européenne de l'incertain. Un détour de régulation pour la gestion des risques chimiques », *Politique européenne*, 33(1), 2011, p. 185-214.
- Le Roux T., Accidents industriels et régulation des risques : l'explosion de la poudrerie de Grenelle en 1794, *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2011/3.
- Marichalar P., Pitti L., « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2013/1 - n° 196-197, pages 114 à 131.
- Masse R., « Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles », Rapport au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, 2001.
- Meyer F., « La responsabilité sociale de l'entreprise : un concept juridique ? », *Droit ouvrier* mai 2005, p 185 – 194.
- Neau-Leduc C., « La responsabilité sociale des entreprises : quels enjeux juridiques ? » *Droit social* N°11, 2006.
- O'Connor J., « La seconde contradiction du capitalisme, causes et conséquences », in J.-M. Harribey et M. Lowy, *Capital contre nature, Actuel Marx Confrontation*, PUF, 2003, p 57 – 66.
- Saurugger S., « The social construction of the participatory turn : The emergence of a norm in the European Union », *European Journal of Political Research* N°49, 2010 p 471–495.
- Sommier I., « Vers une approche unifiée de la conflictualité sociale », in O. Join-Lambert (Coord.), « Au-delà du conflit et de la négociation, Dossier débat », *Sociologie du travail*, 53, 2011, p. 176-180.
- Struillou Y., *Pénibilité et retraite*, rapport remis au Conseil d'orientation des retraites, www.cor-retraites.fr, 2003.
- Supiot A., *Critique du droit du travail*, PUF 2004.
- Supiot A., *La gouvernance par les nombres*, Fayard 2015.
- Teissonnière J.-P., « La judiciarisation des risques du travail. Le nécessaire retour du pénal » in A. Thébaud-Mony et alii, *Les risques du travail*, la Découverte, 2015 p 471 – 474.

Thébaud-Mony A., *Travailler peut nuire gravement à la santé*, la Découverte 2007.

Trentin B., *La cité du travail, le fordisme et la gauche*, Fayard 2013.

Turshen M., *The Politics of Public Health*, Ed Books Londn, 2008.

Verkindt P.-Y. , *Les CHSCT au milieu du gué*, Rapport, 2014.

Vincent J.-M. , « La légende du travail » in P.-Cours-Salies (Coord.), *La liberté du travail*, Syllepse 1995 p 71 – 82.