

# La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

## EN RÉSUMÉ

### AUTEUR:

V. Viet, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3)

Cet article se propose de revenir sur la construction historique de trois configurations juridico-institutionnelles : santé publique (risques sanitaires), santé au travail (risques professionnels) et régime des installations classées (risques industriels). Il s'agit, tout d'abord, de comprendre pourquoi ces configurations sont devenues quasiment étanches en France, au point d'empêcher l'affirmation d'une politique de santé publique globale et transversale, capable de réguler des risques souvent liés. Puis il importe d'interroger, au regard des systèmes de protection sociale assurantiels que la France a connus depuis la fin des années 1920, la manière dont la prévention et la réparation des risques visés par chacune de ces trois configurations se sont articulées.

### MOTS CLÉS

Santé au travail /  
Santé publique /  
Réglementation

**D**epuis les grandes enquêtes de la monarchie de Juillet, notamment celle de L.R. Villermé [1, 2], les conditions de travail sont reconnues comme des déterminants majeurs de la santé individuelle et collective. Pourtant, l'action publique ne s'est pas donné, en France, les moyens d'aménager un continuum sanitaire entre la sphère du travail et celle de la vie privée ou publique. Cette situation constamment reconduite renvoie, en toute hypothèse, à la difficulté structurelle de déployer une action publique transversale, c'est-à-dire de dépasser les frontières qui séparent depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle des configurations juridico-institutionnelles impliquées à des titres divers dans la santé des populations. Pour en prendre la mesure historique, cet article revient sur

la construction des plus significatives d'entre elles, apparues au XIX<sup>e</sup> siècle : l'hygiène publique (risques sanitaires), la santé au travail (risques professionnels) et le régime des installations classées (risques industriels). Il s'agit, dans un premier temps, de comprendre comment et pourquoi ces configurations, liées par des affinités de type prudentiel, ont pu diverger et devenir quasiment étanches en France, au point d'empêcher l'émergence d'une politique de santé publique globale. Et, en second lieu, d'explorer la manière dont la prévention et la réparation des risques, propres à ces ensembles institutionnels, se sont articulées en interne ou dans les systèmes de protection sociale assurantiels que la France a connus depuis la fin des années 1920.

## La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

### LA SANTÉ PUBLIQUE À L'HEURE DE LA RÉVOLUTION PASTEURIENNE : UNE «UTOPIE CONTRARIÉE»

Fait originel, ces configurations sont issues d'une même matrice, le ministère du Commerce fondé en 1812, dont la vocation continue, en dépit de ses nombreuses recompositions et dénominations [3], était d'encourager la liberté d'entreprendre dans un pays n'ayant pas connu, à la différence de la Grande-Bretagne ou l'Allemagne, de décollage économique mais une lente industrialisation. Les premières lois sur le travail des enfants (1841), des filles mineures (1874) et des femmes adultes (1892), qui furent au fondement de la santé au travail, avaient certes pour objet de protéger les travailleurs les plus « faibles » de l'industrie (c'est-à-dire les moins résistants, les moins productifs mais dont la force de travail, généralement complémentaire de celle des hommes, était meilleur marché), de regarnir les effectifs militaires, mais aussi d'éviter des distorsions dans la concurrence entre manufacturiers [4]. Le décret du 15 octobre 1810, qui fonde le régime exceptionnel des installations classées, réputées dangereuses ou incommodes pour le voisinage [5, 6], avait pour principal objet de protéger les intérêts des industries visées contre les décisions jugées arbitraires des tribunaux civils qui jusque-là pouvaient, sur la base des plaintes des riverains, prononcer la fermeture ou le déplacement de ces établissements. Quant à l'hygiène publique, son souci constant était, comme a pu le rappeler le président du Comité consultatif d'hygiène publique de France (CCHPF) Paul Brouardel en 1885, de « n'imposer au commerce que le minimum des me-

sures de précaution indispensables à l'hygiène » [7]. En d'autres termes, la protection sanitaire des populations, qui constitue le dénominateur commun des trois configurations en cause, n'était recevable que si elle réduisait à leur plus simple expression les désordres sanitaires susceptibles d'entraver le commerce ou le progrès économique : les épidémies, l'insalubrité, les nuisances industrielles et le « *dépérissement physique et moral* » de la classe ouvrière [8, 9]. De là son caractère conditionnel ou secondaire qui contraste avec sa nécessité continûment proclamée et martelée.

Une réforme administrative s'est néanmoins opérée à la fin des années 1880, qui a confirmé l'éclatement du ministère du Commerce – en 1881, l'Agriculture se détache de ce ministère pour devenir un ministère à part entière – et rompu de ce fait l'unité matricielle de l'hygiène publique. En 1889, les principaux services de l'Hygiène, jusque-là concentrés au ministère du Commerce, sont en effet transférés au ministère de l'Intérieur qui disposait du levier préfectoral et de l'Inspection des services sanitaires (faiblement dotée), ce qui rendait *a priori* superflue l'institution de services extérieurs *ad hoc*. Ils sont ainsi regroupés avec l'Assistance publique dans une Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques (DAHP). Si le Comité consultatif des arts et des manufactures (créé en 1791), qui conseillait le Conseil d'État sur l'opportunité des installations classées, reste auprès du ministère du Commerce, le CCHPF (1848) s'en détache alors et devient l'organe consultatif de la DAHP [10]. Cette réforme administrative apparaît comme la résultante de deux évolutions dont la conjonction a sapé la prétention de l'hygiène publique

à ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la « santé unique », legs aujourd'hui oublié de la « révolution pasteurienne ».

La première est la transformation de l'hygiène en protection de la santé publique, dont les recueils annuels du CCHPF – institution alors animée par des pasteurs convaincus (Pasteur en a fait lui-même partie) – portent la trace historique [11]. Grâce aux acquis de la microbiologie et des techniques d'assainissement ou de prophylaxie mobilisant ingénieurs et médecins hygiénistes, mais aussi sous l'effet des progrès spectaculaires de la vaccination, une conception défensive de l'hygiène, essentiellement fondée depuis 1822 sur l'isolement et la quarantaine aux frontières, cède le pas à une logique de protection de la santé publique, entérinée par la loi éponyme du 15 février 1902. D'où un recentrage de l'hygiène publique sur l'espace métropolitain qui s'est traduit par un transfert de compétences du ministère du Commerce à celui de l'Intérieur. Il semble désormais possible, au nom d'une présomée équivalence prophylactique entre les maladies infectieuses et contagieuses alors connues, de lutter avec les mêmes armes contre les pathologies dites « exotiques » (peste, choléra, typhus) et les maladies « autochtones », c'est-à-dire endémiques sur le territoire métropolitain (variole, infections d'origine hydrique...).

« Grâce aux progrès de la science, le point de vue de l'hygiène publique s'est modifié depuis quelques années. On ne concevait autrefois la police sanitaire que comme la défense du territoire contre les maladies exotiques, et ce sont sans doute les intérêts commerciaux engagés dans cette défense qui l'avaient fait confier au ministre du Commerce. On sait aujourd'hui que l'on peut défendre la popula-

tion contre des maladies qui font bien plus de victimes que le choléra : ce sont les maladies transmissibles. L'on sait aussi que, même contre les maladies pestilentielles, la meilleure sauvegarde est l'assainissement des villes et des habitations. Or les mesures d'assainissement rentrent par leur nature même dans la police municipale, sur laquelle le ministère de l'Intérieur peut agir plus efficacement que le ministère du Commerce» [12]. Dans l'espace maritime, l'affectation de médecins sanitaires et la généralisation d'étuves désinfectantes à bord des navires ont, par exemple, permis, dans l'intérêt bien compris du commerce international, de faire l'économie de coûteuses quarantaines dans les ports français et de réduire du même coup les primes d'assurances qui pesaient sur les armateurs. Sur le territoire métropolitain, des étuves ont également été installées à l'effet d'enrayer les maladies infectieuses, tandis qu'étaient créés des laboratoires bactériologiques destinés notamment à contrôler la qualité de l'eau. Les progrès de l'hygiène ont cependant été moindres en France qu'en Grande-Bretagne ou en Allemagne [13], constat qui n'est pas sans concentrer deux paradoxes. D'une part, la France, qui « a contribué à créer le mouvement moderne d'hygiène publique et à établir la santé publique comme discipline scientifique, a été [lente] à mettre en œuvre des mesures de santé publique à grande échelle ». D'autre part, alors que le nom de ce pays « est pratiquement synonyme de centralisation et d'un État fort, le gouvernement central a pendant longtemps joué un rôle étonnamment limité en matière de santé publique » [14]. Reste que la patrie de Pasteur a réussi le tour de force d'éclipser l'infériorité notoire de ses résultats sanitaires par l'exportation de son savoir-faire scientifique

et technique – l'essaimage des instituts Pasteur en est une illustration – et de normes sanitaires, le tout étant habilement présenté comme un adjuvant indispensable au commerce international. Ce qui lui a permis de concentrer ses efforts sur son armement hygiénique national encore bien rudimentaire, en attendant que l'amélioration de la qualité de l'eau et l'assainissement urbain fassent significativement reculer les foyers d'infection. Ces progrès indéniables sont néanmoins loin d'avoir répondu aux vœux des hygiénistes dont l'ambition ou plutôt « l'utopie contrariée » [15], était, au prix d'un retard considérable sur leurs devanciers (utilitaristes) britanniques (témoin la politique sanitaire de vaste ampleur, déployée par Edwin Chadwick, à partir des années 1830) [16], de faire de l'hygiène publique la protection sanitaire des masses et de l'individu [17]. D'abord parce que les lois républicaines sur les communes attribuaient depuis 1884 d'importantes prérogatives sanitaires aux élus locaux, qui rechignaient, en dépit des aides financières de l'État (loi de 1902), à appliquer des mesures de police sanitaire, susceptibles de rencontrer, comme la désinfection tant redoutée, l'hostilité de leurs administrés. Ensuite, parce que des divergences de fond se sont creusées entre une médecine curative, infatuée de ses savoirs mais encore fort démunie face aux maladies infectieuses, et une hygiène publique souvent déconsidérée – la guérison n'étant pas sa finalité – mais bien plus efficace que sa rivale grâce aux vaccinations, aux techniques d'assainissement et à la prophylaxie. Défendus par leurs tout récents syndicats, les médecins libéraux s'en prendront désormais à leurs confrères hygiénistes, ces « renégats » sans patients ayant succombé aux sirènes de la

politique ou de l'État mais aussi et surtout de la prévention. Ils dénonceront notamment « l'imposture » des lois sur l'hygiène, élaborées et votées à leur insu sans l'ombre d'une consultation, comme celles du 30 novembre 1892 réorganisant la médecine et surtout celle du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, jugées attentatoires au sacro-saint secret médical (déclaration obligatoire ou facultative de certaines maladies infectieuses). Ils voueront également aux gémonies les premiers médecins du travail dans l'industrie, les médecins des compagnies d'assurances ou les médecins salariés des dispensaires mutualistes non raliés à leurs principes fétiches dont la charte de la médecine libérale se fera l'écho en 1927 : libre choix du médecin par le patient, liberté de prescription, secret médical, liberté tarifaire [18, 19]. Si la médecine du travail, officiellement créée sous le régime de Vichy mais réorganisée en 1946, a pu faire figure de « médecine émasculée », c'est-à-dire privée du pouvoir de prescrire et essentiellement préventive [20], c'est parce que la médecine libérale a réussi, dès avant la révolution des antibiotiques, à imposer ses vues à une santé publique qui ne pouvait en réalité s'en passer. Une santé schizophrène, écartelée entre, d'un côté, une approche hygiéniste, préventive et populationnelle et, de l'autre, une médecine curative fondée sur le colloque intime du médecin avec son patient, est donc bien née en France à la charnière des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles.

Or, pendant longtemps, aucune véritable synergie n'a pu se développer entre ces deux branches de la santé, *a priori* irréconciliables. Il s'est même produit entre elles un chassé-croisé lourd de conséquences, le point de bascule se situant dans l'entre-deux-guerres.

## La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

Sous l'effet indirect de l'amélioration du niveau de vie et des progrès de l'instruction et de l'hygiène, mais aussi en faisant directement reculer par les vaccinations et la prophylaxie le spectre de nombreuses maladies infectieuses, la protection de la santé publique a paradoxalement rétréci son champ d'intervention. Elle a, pour ainsi dire, troqué sa fonction préventive qui se cognait à la réalité concrète des problèmes d'insalubrité contre une régulation de type réglementaire et l'éducation à la santé (lutte contre les grands « fléaux sociaux » : alcoolisme, maladies vénériennes, tuberculose...) à l'efficacité plus qu'incertaine, alors qu'elle mobilisait jusque-là de manière extensive des techniques, des savoir-faire et des corps de métiers très divers sans parvenir toutefois à les fédérer au niveau national. À l'inverse, la médecine curative, en interaction croissante avec une institution hospitalière de plus en plus ouverte à des publics dont la solvabilité se renforçait avec les lois sociales puis l'assurance-maladie [21], a pu ou su tirer parti des avancées de la recherche médicale et pharmaceutique à partir des années 1950 pour améliorer son efficacité curative. La santé générale des populations y a assurément gagné mais la prévention sanitaire, souvent réduite dans l'entre-deux-guerres à une propagande incantatoire, en a pâti au profit d'une médecine de plus en plus réparatrice. La deuxième évolution qui rend compte de la réforme de 1889 est

la relégation de l'hygiène publique dans la lutte contre les épidémies, l'hygiène alimentaire, la surveillance des eaux minérales, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la prophylaxie de la tuberculose (dont la déclaration n'est devenue obligatoire qu'en 1964) ainsi que la salubrité des habitations. Cette limitation à l'hygiène dite « générale » (par opposition aux hygiènes appliquées : hygiène scolaire, hygiène du travail, hygiène militaire...) est en fait la conséquence indirecte de la spécialisation des grandes administrations au sein d'un appareil d'État alors en plein développement, comme le montre les différentes éditions du Dictionnaire de l'administration française de Maurice Block en 1856, 1862, 1877, 1891, 1898 et 1905 [22]. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il devient impossible de coordonner et encore moins de fédérer, par une politique de santé extensive, les prérogatives sanitaires que les ministères récents se sont arrogées à raison de leurs nouvelles attributions. Il faut toutefois noter l'exception de la Première Guerre mondiale, où, pour la première fois, une politique nationale de santé s'est substituée jusqu'en 1920 aux politiques sanitaires des collectivités locales (l'autorité préfectorale supplantant celle des maires par application de l'article 8 de la loi de 1902), sous l'autorité conjointe de la DAHP et surtout du sous-secrétariat d'État à la santé militaire qui, fait sans précédent, eurent alors pleine autorité sur le corps médi-

cal<sup>1</sup> [23]. De fait, ni le ministère de l'Intérieur ni les futurs ministères de la Santé à partir de 1930 ne sont parvenus, à supposer qu'ils en aient eu la volonté, à fédérer et articuler les fonctions sanitaires de l'Agriculture (compétente en matière d'épizooties), du Commerce et de l'Industrie, du Travail, de la Guerre, des Colonies et de l'Instruction publique, qui disposaient de pouvoirs de police sanitaire. Encore en 1932, les différents services de santé publique étaient répartis dans douze ministères existants, non compris le ministère de la Santé publique [24] ! Voilà qui rendait caduque toute approche holistique de la santé publique<sup>2</sup> et laissait même augurer, dans l'hypothèse où elle deviendrait non plus l'affaire épineuse des collectivités locales mais celle principale de l'État, la reconduction des cloisonnements administratifs. D'autant que les statistiques sanitaires dont la collecte et le traitement laissaient à désirer, ne permettaient pas de définir des priorités. Mal renseignées par les médecins qui rechignaient à transmettre les déclarations de maladies contagieuses<sup>3</sup> au maire, préfet ou sous-préfet pour être centralisées à la DHAP, elles étaient produites pour répondre aux besoins spécifiques des principales administrations ministérielles ou de la Ville de Paris, ce qui donnait lieu à des interprétations discordantes [25]. Rattachée au Travail en 1906 puis à la Présidence du conseil en 1930, la Statistique générale de France (SGF), qui n'était géné-

1. Il faudra attendre la création, sous le régime de Vichy, d'une Direction de la santé au sein d'un secrétariat d'État à la Santé et à la Famille pour qu'à nouveau s'exerce la tutelle des pouvoirs publics sur l'exercice des professions médicales et paramédicales.

2. Laquelle n'est en réalité envisageable que dans un contexte épidémique, non biaisé comme au lendemain de la Première Guerre mondiale par un impératif de reconstruction économique.

3. La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine fut la première à rendre obligatoire la déclaration de certaines maladies mais c'est véritablement la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique qui en organisa le principe. Les décrets d'application de cette loi fixaient la liste (révisable) des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection étaient obligatoires et la liste (révisable) des maladies pour lesquelles la déclaration était facultative (dont notamment la tuberculose pulmonaire, la grippe...).

rale que par son nom et dont les moyens étaient fort limités, n'a pu, jusqu'à son remplacement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 1945, coordonner ni harmoniser les données souvent disparates et hétérogènes qui émanaient de l'Intérieur, du Commerce, de l'Agriculture, du Travail, de la Guerre, et des Colonies [26].

## LA RIGIDIFICATION DES FRONTIÈRES ENTRE SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ AU TRAVAIL ET SANTÉ-INDUSTRIE

C'est à la faveur de ce redéploiement administratif que s'est opérée une double rigidification des frontières entre santé publique et santé au travail, ainsi qu'entre cette dernière et la configuration des installations classées. La première ne tire guère à ambiguïté puisque la loi de 1902 sur la protection de la santé publique, constamment reconduite sous la Troisième République (y compris au lendemain de l'épidémie de grippe espagnole de 1918), n'était pas applicable aux ateliers et manufactures (article 32). Elle n'est cependant devenue effective que quelques années après la création en octobre 1906 du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, lorsque la Commission d'hygiène industrielle, créée par le ministre du Commerce Alexandre Millerand en décembre 1900, lui fut rattachée. C'est pourquoi le CCHPF a pu conserver pendant quelque temps des attributions résiduelles en matière d'hygiène industrielle.

La seconde rigidification mérite, en revanche, qu'on s'y attarde, dans la mesure où elle est à l'origine d'une séparation lourde de conséquences (l'exemple d'AZF,

en septembre 2001, en est une illustration récente) – aujourd'hui déplorée par les écologistes, chercheurs et associations prônant un décloisonnement de la santé au travail et de la santé environnementale – entre la gestion des risques professionnels et celle des risques industriels à fort impact environnemental. Jusqu'en 1893, la France a pris le parti, à la différence de pays comme la Grande-Bretagne, la Suisse, l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, le Portugal, la Suède et le Danemark [27], et contre l'avis du polytechnicien Charles de Freycinet [28], auteur d'un traité d'assainissement industriel, ou du médecin hygiéniste Henri Napias (membre du CCHPF), de protéger son industrie insalubre ou dangereuse sans y réglementer les conditions d'hygiène et de sécurité intérieures. Il est vrai que la réglementation purement administrative de 1810 revêtait un caractère d'exception puisqu'elle dérogeait au droit de la propriété et à la liberté du commerce et de l'industrie, en leur opposant l'impératif de salubrité publique. Or, même si la jurisprudence administrative et judiciaire a pu ici et là se montrer favorable à la santé des ouvriers (non sans une incertitude majeure, car les arrêtés préfectoraux prescrivant des mesures d'hygiène intérieure pouvaient être annulés à tout moment par le Conseil d'État si leur fondement n'était pas le décret de 1810) et même si les critères de classement ont pu se diversifier, une clôture juridique s'est formée entre cette législation d'exception et un droit du travail qui, de fait, s'est développé plus tardivement, en dehors des établissements réputés les plus insalubres quand tous l'étaient plus ou moins [29].

En effet, ce dernier s'est d'abord construit autour de la protection

des travailleurs de l'industrie considérés comme les plus fragiles (enfants, filles mineures et femmes adultes), avec, à chaque fois, des prescriptions en matière de santé d'hygiène et de sécurité applicables à cette population circonscrite et une (ré)organisation de l'Inspection du travail (IT) par la loi, qui, de corps endogène en 1841, est devenu hétérogène en 1874 (les inspecteurs départementaux étant nommés et rétribués par les conseils généraux), puis totalement homogène en 1892, lorsque tous les inspecteurs, désormais recrutés sur concours, nommés et rémunérés par l'État, sont devenus indépendants des pouvoirs locaux [4]. Si bien que, avant même la création du ministère du Travail en octobre 1906, ces fonctionnaires ont relevé d'une organisation nationale conçue pour quadriller l'ensemble du territoire (inspecter, c'est notamment comparer), chose que l'inspection des installations classées, restée composite et soumise au jeu fluctuant des pouvoirs locaux, était bien incapable de faire [30, 31]. Certes, les industriels pouvaient toujours renvoyer les enfants, les filles mineures et les femmes adultes pour se soustraire à leurs obligations, mais cette faculté fut sérieusement mise à mal lorsque la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs a reconnu aux inspecteurs du travail un droit d'entrée, de mise en demeure et de répression dans tous les établissements, y compris classés, sauf familiaux (cette restriction disparaissant dès lors que le travail s'opérait à l'aide de chaudière à vapeur ou de moteur mécanique). C'est donc sous l'égide de l'IT, en vertu d'une loi universelle sur l'hygiène et la sécurité, que la législation sur les installations classées a comblé, quatre-vingt années après son acte fondateur,

## La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

une lacune que la plupart des pays industrialisés avaient déjà remplie en réunissant les dispositions sur l'hygiène et la sécurité et celles concernant la salubrité extérieure. Toujours est-il qu'un décalage de plus en plus manifeste s'est creusé entre un droit de l'hygiène et de la sécurité, qui affirmait sa prétention à protéger tous les salariés au travail dans toutes les industries, et une législation d'exception qui avait surtout en vue de protéger les intérêts des industries les plus dangereuses ou insalubres. Certes, le député-médecin Émile Chautemps a bien tenté, en 1903, d'y remédier en proposant d'harmoniser la loi de 1893 avec la réglementation de 1810. À ses yeux, la première était une loi répressive qui aurait obligé l'industriel, une fois installé, à modifier son outillage et l'aménagement des locaux au risque de compromettre son activité; en outre, les décrets réglementaires pris en application des lois de 1892 et de 1893 ne pouvaient pas tout prévoir compte tenu des spécificités de ces industries, alors que le décret de 1810 permettait au contraire de conditionner les autorisations à des prescriptions ciblées définies localement. Il fallait, autrement dit, intervenir en amont pour que ces deux législations s'appliquent et que les deux jurisprudences correspondantes se complètent. Mais, très vite, Émile Chautemps, devenu sénateur, s'est heurté à l'opposition conjointe des ministères du Travail et du Commerce qui craignaient des heurts entre juridictions et entre les deux catégories d'inspection: «*En dépit des précautions que vous prenez pour éviter le heurt des deux lois, ce heurt se produira. Il se produira d'abord entre les deux catégories d'inspecteurs, ceux chargés de surveiller l'exécution de la loi sur les établissements classés et les ins-*

*pecteurs du travail à qui incombe la mission de faire respecter les conditions imposées aux industriels en vertu de la loi de 1893. Il se produira, en outre, entre les juridictions, qui seront différentes, ainsi que les pénalités, suivant que l'infraction commise aura été constatée par l'inspecteur des établissements classés ou par l'inspecteur du travail*» (Déclaration des ministres du Commerce et du Travail au rapporteur É. Chautemps, citée par [32]). De là une solution transactionnelle adoptée en 1917, ainsi synthétisée: «*Les inspecteurs des établissements classés et les inspecteurs du travail auront des domaines très distincts et toute rencontre sera impossible; aux premiers appartiendront la surveillance et l'exécution des clauses concernant les intérêts du voisinage et ceux de la santé publique, aux seconds celles de l'application des conditions protectrices du personnel*» (Premier rapport supplémentaire du Comité de législation industrielle, 9 décembre 1909, p. 1 017, cité par [32]). Tant et si bien que deux ordres juridiques, administratifs et jurisprudentiels se sont désormais imposés, séparés jusqu'à aujourd'hui par des barrières étanches: d'un côté, les prescriptions préfectorales inspirées des recommandations des conseils d'hygiène, qui s'apparentaient, en amont des installations, à une évaluation *a priori* des risques internes et externes; de l'autre, les prescriptions préfectorales et la législation du travail sur l'hygiène et la sécurité, dont les inspecteurs du travail allaient assurer, dans une optique non plus préventive mais répressive, la surveillance exclusive. Si donc la dichotomie française entre le traitement administratif des nuisances industrielles et la réglementation sur l'hygiène et la sécurité était en germe depuis 1810, sa validation légale depuis 1917 par

la rencontre sans fusion de deux ordres juridiques hétérogènes et décalés, le droit administratif et le droit du travail, a façonné et pérennisé, non sans conséquence sur la nécessaire coordination et gestion des risques, le strabisme divergent dont souffre encore aujourd'hui l'inspection des quelque 500 000 installations classées.

### LES TRIBULATIONS ASSURANTIELLES DU COUPLE PRÉVENTION/RÉPARATION

Si le cloisonnement des configurations juridico-administratives en cause ne fait ainsi plus de doute, l'articulation des approches préventive et réparatrice mérite d'être questionnée. De celle-ci dépend en effet, dans une large mesure, la régulation interne de la gestion des risques: tandis que la prévention suppose l'acceptation de risques qu'elle contribue à apprivoiser, la réparation atténue le coût humain, social et économique de leur réalisation. On conçoit dès lors que ces deux formes d'intervention puissent être complémentaires: la prévention est susceptible de soulager la réparation en faisant baisser la fréquence et le coût des sinistres. Elle est, de ce point de vue, parfaitement compatible avec la logique assurantielle dont l'intérêt financier – public ou privé – est de réduire les coûts d'indemnisation au titre des dommages constatés. Encore faut-il, s'agissant de risques sociaux (pris en charge par la société), que l'assurance ne soit ni parasitée ni biaisée par la question de l'imputation: qui est responsable du dommage subi? Il importe, autrement dit, qu'elle soit dissociée du principe de responsabilité individuelle ou que la part

de l'aléa soit suffisamment avérée pour écarter l'idée de faute et garantir son fonctionnement quasi automatique face à des risques socialement acceptés. Cette condition évite notamment le mélange pernicieux des genres en garantissant une certaine étanchéité entre l'assurance et l'activité policière et/ou judiciaire<sup>4</sup>. Or, s'il est difficile d'incriminer des responsabilités en matière de maladie individuelle ou d'épidémie, la question de l'imputation reste, en revanche, ouverte en cas d'accident du travail (AT), de maladie professionnelle (MP) reconnue ou de catastrophe industrielle, dans l'hypothèse où des responsabilités individuelles (faute, négligence, inobservation des règles...) seraient établies. C'est pourquoi la régulation interne des configurations en cause n'a jamais pu être vraiment homogène : à chacune d'elles correspondent des formes particulières de prévention et réparation, des responsabilités éventuelles et un régime particulier d'assurance. Il est néanmoins possible d'envisager des systèmes assurantiels couvrant de manière transversale et unitaire des risques hétérogènes, selon des modalités appropriées à chacun d'eux, comme cela s'est fait à deux reprises en France, en 1928-1930 (Assurances sociales) et en 1946 (Sécurité sociale). L'approche assurantielle – pourvu qu'elle concerne la couverture de risques socialisés<sup>5</sup> – a donc une valeur heuristique en tant qu'elle permet d'examiner la manière dont le couple prévention/réparation a pu s'articuler au sein de chaque configuration institutionnelle, de comprendre comment des risques sociaux distincts donnant lieu à des modalités de couverture différentes ont pu être regroupés dans des systèmes de protection sociale, et de concevoir des extensions

*4. Pour prendre un exemple contemporain, personne ne souhaiterait que ses infractions au Code de la route, sanctionnées par la police, soient communiquées à son assurance-automobile qui en ferait certainement usage.*

*5. Les risques sont socialisés quand ils font l'objet d'une acceptation sociale et quand leur couverture est assurée par l'impôt ou des cotisations sociales.*

possibles à d'autres risques (technologique, environnemental...) jusque-là assurés par des compagnies privées. On s'en convaincra en examinant les deux charnières principales de la protection sociale actuelle.

### **PRÉVENTION MÉDICALE ET MÉDECINE « RÉPARATRICE » : UN COUPLE DYSFONCTIONNEL**

Si évidente soit-elle d'un point de vue sanitaire mais pas forcément économique (les bilans de santé, dépistages et examens radiologiques ont un coût non négligeable), cette articulation ne fut jamais simple à organiser institutionnellement et financièrement, bien que le premier système d'assurances sociales, créé par les lois de 1928 et 1930 à l'intention des « économiquement faibles » (c'est-à-dire les salariés les plus modestes, ouvriers, employés..., dans les limites d'un plafond d'immatriculation modulable en fonction du nombre d'enfants), ait, à cet égard, suscité de grands espoirs. Ses caractéristiques intrinsèques semblaient de nature à remédier aux maux dont souffrait l'organisation sanitaire du pays, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Structuré autour de caisses gérées en grande partie par la Mutualité, il était en effet soustrait à l'emprise politique des collectivités locales (et donc des élus) dont les capacités financières très variables et les arbitrages politiques induisaient de grandes inégalités de traitement. Il était également en mesure d'apaiser les conflits entre les hygiénistes et les médecins libéraux, puisque ces derniers voyaient désormais leurs revenus garantis par la solvabilité organisée (à travers le remboursement des consultations sur la base de tarifs négociés) d'une clientèle considérablement élargie : 16 millions de personnes, en

comptant les conjoints et enfants à charge des assurés. Son organisation en système et ses moyens financiers bien plus importants que ceux des sociétés de secours mutuels, en raison de la double cotisation ouvrière et patronale, laissaient en outre augurer une rationalisation des politiques sanitaires et une meilleure coordination des multiples œuvres publiques et privées impliquées dans l'effort sanitaire général (jusque-là, la coordination était assurée par l'Office national d'hygiène sociale, créé par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, Justin Godart, en janvier 1925 et financée par la fondation Rockefeller). Surtout, la prévention, qu'il était difficile de mettre en œuvre dans le cadre de l'assistance (celle-ci intervenant le plus souvent *a posteriori*), faisait miroiter de possibles économies dans le cadre d'un système assurantiel, dont on escomptait déjà une diminution sensible des dépenses afférentes à l'assistance publique. Témoin la circulaire du ministère du Travail (autorité tutélaire des Assurances sociales) datée du 28 juillet 1931, c'est-à-dire en pleine crise économique, qui jette pour la première fois les bases d'une collaboration entre les institutions d'assurances sociales et le réseau préexistant des œuvres sanitaires, tout en replaçant la prévention sanitaire au cœur du tout nouveau système de protection sociale : « *L'histoire des Assurances sociales dans la plupart des pays montre que les institutions d'assurance-maladie et invalidité ont tout d'abord borné leurs actions à la compensation du risque et à des prestations en espèces ; elles entreprirent ensuite la cure de la maladie, cause de l'incapacité du travail, la restauration de la santé. Aujourd'hui, là où les Assurances sociales sont solidement organisées,*

## La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

elles tendent à la prévention de la maladie, à la suppression, dans la mesure du possible, du risque le plus fréquent d'interruption du travail. Il n'y a pas de doute que, rationnellement organisée, la prévention doit 'payer' : elle 'paie' les institutions d'assurance-maladie et invalidité, c'est-à-dire qu'elle leur permet des économies de prestations en espèces et en nature ; elle 'paie' aussi, du point de vue individuel, par la diminution de la souffrance humaine qu'elle détermine ; elle 'paie' enfin, du point de vue national, c'est-à-dire qu'elle se traduit pour le pays par un accroissement du capital-santé d'une partie considérable de la population» [33, 34].

Placés sous la houlette de Jacques Ferdinand-Dreyfus [35], les services statistiques du ministère du Travail partageaient *a fortiori* ce credo, comme en témoigne leur étude sur la « morbidité des assurés sociaux » [36 à 38], première grande enquête épidémiologique réalisée en France dans le cadre d'un système d'assurances sociales. Si elle ne semble pas avoir débouché sur des mesures pratiques, la définition d'un indicateur de morbidité était en soi révélatrice du souci d'agir en amont pour diminuer la prévalence de certaines maladies [39].

Mais cette volonté étatique d'articuler étroitement prévention et réparation s'est rapidement heurtée au mode de gestion d'un système qui assurait en priorité le remboursement (partiel) des soins aux institutions hospitalières et surtout aux médecins libéraux, jaloux de leur position arbitrale de prescripteurs ou d'ordonnateurs<sup>6</sup> et encore peu enclins à faire de la prévention. Sa logique de fonctionnement était en fait essentiellement réparatrice, ce qui n'a pas empêché les caisses régionales de faire indirectement de la prévention en créant des dis-

pensaires ou en subventionnant des œuvres, associations ou institutions sanitaires locales. Sans doute touche-t-on là aux limites d'un système, certes conçu pour couvrir les risques sociaux d'une population aux revenus limités mais selon des modalités qui dépendaient de chaque individu et de sa situation familiale : il était difficile d'en tirer une politique de santé publique globale à l'échelle de toute une société. La Sécurité sociale qui en a pris le relais en 1945, en reconduisant les assurances sociales dans un système étendu aux allocations familiales et à la réparation des risques professionnels [41], n'a pas, en dépit de ce nouvel agencement et de l'extension considérable de sa couverture protectrice, remis en cause ce mode de fonctionnement qui marginalise de fait la prévention par rapport à la réparation, même si les médecins traitants font aujourd'hui de plus en plus de prévention en appliquant les recommandations de la Caisse nationale de l'assurance maladie (campagnes et tests de dépistage, bilans sanguins...) concernant notamment le dépistage des cancers du col de l'utérus, du colon, du sein et, sans doute bientôt, du poumon.

### PRÉVENTION ET RÉPARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : UN COUPLE DÉSUNI QUI SAUVE LES APPARENCES

S'il couvrait la plupart des risques sociaux alors identifiés (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès), le premier système d'assurances sociales laissait de côté la réparation des AT/MP, dévolue depuis les lois du 9 avril 1898 (AT) et du 25 octobre 1919 (MP) aux compagnies d'assurances privées sous la garantie de l'État. C'est un fait que la socialisation du risque professionnel par la loi du 9 avril 1898 a

précédé l'institution d'un système de protection sociale, destiné surtout à entretenir la force de travail et de reproduction des salariés. Mais elle n'a pas entraîné, comme a pu l'affirmer François Ewald, l'avènement immédiat d'une société assurantielle, rupture que cet auteur juge décisive dans la manière de penser, face aux risques, le rapport de l'homme avec autrui [42, 43] : « Il ne faudrait pas entendre seulement par là des sociétés où se sont multipliées les institutions d'assurances, encore que cela ne soit pas sans importance ni signification, mais surtout des sociétés qui réfléchissent leurs problèmes et imaginent leur régulation à travers la technique et les catégories de l'assurance » [42]. Reposant sur le principe libéral de l'assurance volontaire, la loi de 1898 a bien été une étape décisive dans l'édification de l'État-providence français, mais elle n'a pas disqualifié l'assistance (alors plus « providentielle » que l'assurance contributive) ni entériné l'une des caractéristiques majeures des États-providence : l'obligation légale. Il serait donc historiquement plus pertinent de transposer l'analyse de François Ewald à l'Allemagne bismarckienne, où l'assurance des AT fut d'emblée obligatoire.

Reste qu'un pas décisif a bien été franchi, en 1946, lorsque la loi du 30 octobre sur la prévention et la réparation des AT/MP a nationalisé la réparation des risques professionnels. Cette dernière a alors rejoint l'organisation de la Sécurité sociale au sein d'une branche autonome censée articuler, selon des techniques assurantielles, prévention et réparation, les cotisations des employeurs étant partiellement individualisées en fonction des risques. La branche dite des AT/MP était autonome dans la mesure où l'assurance maladie-invalidité ne

6. « Ce qui distingue l'assurance maladie appliquée en France de celle en vigueur en Allemagne et dans la plupart des pays d'Europe centrale, c'est que toute l'organisation du service médical pharmaceutique ou hospitalier a été dominée par le souci de laisser : 1°) à l'assuré, la liberté de choisir son praticien ; 2°) au praticien, la liberté de prescrire les médicaments qu'il juge les mieux adaptées à l'état du malade. Il en résulte nécessairement que l'assurance maladie est actuellement organisée en France sur la base d'une assurance de remboursement. Le malade se fait soigner et reçoit ensuite de la caisse un remboursement partiel des dépenses engagées par lui » [40].

couvrait pas, sauf de manière indue, les dépenses afférentes à l'indemnisation et aux soins des accidentés du travail ou des victimes de MP. Au plus ancien ordre de prévention, de fait extérieur à l'entreprise, l'IT, s'est juxtaposé du même coup un second ordre externe, indépendant de la réglementation protectrice, avec ses propres leviers institutionnels (services de prévention des caisses régionales, Institut national de Sécurité, Fonds de prévention, Comités techniques nationaux et régionaux), mais aussi ses agents de contrôle (ingénieurs-conseils et contrôleurs sécurité) et ses procédures (les dispositions générales et les injonctions). Il existe donc depuis 1946 une dualité des législations, Code du travail et Code de la Sécurité sociale, mais aussi une dualité des services externes chargés de la prévention, IT et services de prévention des Caisses régionales. Un troisième ordre de prévention, cette fois-ci interne, c'est-à-dire organisé dans l'établissement où se concentrent les risques professionnels, est venu au même moment compléter ce dispositif, avec cette idée, forgée dans les années 1920, qu'il est essentiel d'associer les salariés ou leurs instances de représentation à l'effort de sécurité, sur les lieux de travail (Services médicaux du travail créés en 1942, Délégués du personnel institués en 1946, Comités d'hygiène et de sécurité fondés en 1947). On est donc, dès ce moment reformatrice, en présence d'une « nébuleuse baroque » où trois ordres de prévention différents poursuivent des objectifs convergents, avec des légitimités, des cultures professionnelles, des compétences et des moyens propres, dans le cadre d'une politique générale de prévention des risques professionnels dont la responsabilité incombe au ministère du Travail. En réalité, cette conver-

gence d'objectifs entre des techniques assurantielle, réglementaire, médicale et représentative, ne s'est pas traduite par une complémentarité des actions en raison même de l'autonomie fonctionnelle des acteurs et de leurs prérogatives différentes. Si leur coexistence favorise à coup sûr une nécessaire diversification des techniques de prévention (des équipements de protection individuelle à l'évaluation des risques *a priori*, en passant par l'homologation des machines, la sécurité intégrée, les mécanismes assurantiels incitatifs, le suivi médical des salariés...), leurs compétences, formation, culture et pratiques professionnelles opposent une grande rétivité à une politique pluridisciplinaire de prévention dont le ministère du Travail, lui-même pétri de culture réglementaire, détient officiellement la charge [20].

La prévention des risques professionnels a connu, depuis lors, de nombreuses avancées conceptuelles qui concernent pour l'essentiel les AT, comme la sécurité intégrée (loi du 6 décembre 1976 sur le développement de la prévention des AT qui implique une approche globale des risques), l'obligation générale de sécurité depuis la loi du 31 décembre 1991<sup>7</sup> ou l'évaluation des risques *a priori* appliquée non plus seulement aux seules installations classées depuis 1917 mais à toutes les entreprises depuis la transposition de la directive européenne du 14 juin 1989. Fait significatif, ces avancées se sont agrégées sans se succéder. C'est ainsi que la prévention assurantielle est loin d'avoir disqualifié la prévention réglementaire dont le respect scrupuleux ne peut éviter tous les accidents ; la sécurité intégrée n'a pas non plus invalidé celle-ci ou celle-là. De même l'évaluation des risques *a priori* ou encore la prévention globale des

risques professionnels n'a pas détrôné les formes de prévention qui préexistaient. En réalité, toutes les formes connues de prévention se combinent aujourd'hui, mais leur coordination s'est complexifiée en raison du cloisonnement des compétences des acteurs concernés, de la stratification des procédures existantes, des pesanteurs et transformations incessantes de l'organisation du travail. La remarque vaut au premier chef pour l'IT, dont les compétences se sont au fil des avancées conceptuelles et légales, stratifiées au point de confronter ses agents au choix toujours embarrassant des armes à utiliser pour faire appliquer les règles de sécurité [44].

Cependant, cette dynamique conceptuelle, qui n'a pas sa pareille sur le versant des MP – angle mort historique des politiques sanitaires [45] –, ne doit pas éclipser les limites de l'articulation entre la prévention et la réparation des risques professionnels, qui résultent de choix antérieurs à 1946. Si importante soit-elle d'un point de vue assurantiel, la réforme de 1946 n'a pas levé, en effet, l'ancienne dichotomie entre la réparation forfaitaire des AT et la prévention réglementaire, qui date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. À cela rien d'étonnant : la loi du 9 avril 1898 était aussi muette sur la prévention que l'était, sur la réparation, la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité. Elle fondait la responsabilité de l'employeur sur la notion de risque professionnel en contrepartie d'une réparation forfaitaire, au financement de laquelle le patronat contribuait *exclusivement*. Elle instituait donc un *régime de responsabilité sans faute de l'employeur*, qui bénéficiait d'une immunité civile : aucune action fondée sur le droit commun de la responsabilité civile ne pouvait être exercée par le travailleur accidenté contre son employeur ou

*7. Il s'agit là d'une évolution importante mais très tardive, car le pli aurait pu être pris dès la promulgation des lois de 1874, 1892 et 1893 qui comportaient des dispositions générales en matière d'hygiène et de sécurité. C'est en fait le principe de sécurité intégrée qui a catalysé cette évolution en revenant sur une jurisprudence qui freinait depuis un siècle le développement de la prévention : depuis la loi de 1976, la reconnaissance de la valeur juridique complète des textes de portée générale permet, en fondant une obligation générale de sécurité, de couvrir toutes les situations et partant de là, de donner libre cours à l'interprétation juridique.*

## La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

son préposé. Si une majoration de l'indemnité était bien prévue en cas de faute inexcusable de l'employeur, l'automatisme de la réparation forfaitaire tendait même à exonérer l'absence de mesures préventives. La prévention réglementaire était certes parfaitement compatible avec la théorie du risque professionnel, qui tendait à faire du patron propriétaire des moyens de production le responsable de la sécurité et de la santé de ses ouvriers; mais elle n'en était pas moins dissociée d'une réparation, dont le patron cessait d'être pénalement responsable du fait de l'indemnisation forfaitaire ou de la rente pour les ayants-droits. Or ce régime de responsabilité sans faute n'incitait guère l'employeur à prendre des mesures de prévention au-delà de la simple conformité à la réglementation; de même qu'il avait tendance à évincer les salariés des décisions en matière de prévention, au motif que les employeurs finançaient exclusivement la réparation des risques professionnels. En clair, la logique assurantielle mise en œuvre en 1946 n'a pas renforcé l'articulation entre prévention et réparation, parce qu'elle s'est contentée d'augmenter les cotisations patronales en cas de fréquence anormale d'AT ou de MP, sans vraiment les proportionner à leur gravité, surtout s'agissant de pathologies dont la survenance intervient après un temps de latence plus ou moins long. Il aurait fallu aller sans doute plus loin en intéressant financièrement les employeurs non seulement à la prévention mais aussi à la réparation des risques professionnels, alors qu'on a préféré sauvegarder le principe de la réparation forfaitaire et les acquis répressifs d'une prévention réglementaire, très éloignée de la portée incitative du bonus/malus. En bref, la prévention assu-

rantielle, que des «préventeurs» comme Pierre Caloni appelaient de leurs vœux depuis les années 1920, n'a pas pu jouer pleinement.

### DES ALTERNATIVES ÉTAIENT-ELLES POSSIBLES?

On peut se demander si la loi de 1898, dont les principes directeurs restent applicables malgré son abrogation par la loi du 30 octobre 1946, n'a pas confisqué une négociation collective qui aurait pu engendrer, par la procédure des arrêtés d'extension du ministère du Travail en vigueur depuis la Grande Guerre, des accords d'indemnisation plus favorables aux victimes des AT (et, par assimilation, des MP, laissées longtemps pour compte des politiques sanitaires [46]). Dans certains conflits sociaux survenus à la charnière des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles et même au-delà, les syndicats ouvriers ont ainsi pu obtenir, au terme d'âpres négociations, des conditions d'indemnisation dérogatoires, nettement plus favorables à celles qu'ils auraient obtenus si la loi de 1898 avait seulement été appliquée (par exemple conflits sociaux de Mazamet dans le Tarn et les accords conclus en 1910 après des années de luttes et de négociations) [47]. Une autre solution, sans doute moins aléatoire que la négociation collective, aurait consisté à financer la réparation sur le modèle des Retraites ouvrières et paysannes (1910) puis des Assurances sociales (1928-1930), ou comme en Autriche [48], non pas exclusivement par les employeurs, mais par la double cotisation patronale et ouvrière sous la garantie de l'État. Il est alors vraisemblable qu'un paritarisme de négociation et même de gestion équilibré aurait pu s'affirmer et émerger, fût-ce avec la participation de l'État [49],

avec deux corollaires: d'une part, la transformation du salarié possiblement victime en assuré-citoyen défenseur de ses droits (alors que dans le système en cause les assurés ne sont pas les employés mais les employeurs), et, d'autre part, une expertise ouvrière ou syndicale de poids et de légitimité sensiblement équivalents à ceux de l'expertise patronale. Une telle construction eût sans doute été plus favorable à l'extension négociée ou jurisprudentielle du nombre des MP reconnues et des cas indemnissables. Elle aurait vraisemblablement amené l'État, présumé garant impartial du système, à compenser, *via* l'Inspection du travail qui le faisait déjà officieusement depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le déséquilibre des moyens d'expertise au profit des groupements ouvriers. Et elle n'aurait pas abouti, comme dans le cadre de la Sécurité sociale, à la concentration du pouvoir décisionnel aux mains d'une partie patronale assumant seule la charge financière de la réparation. Mais elle eût été et reste politiquement contraire au sacro-saint principe de responsabilité patronale, auquel les organisations patronales et syndicales étaient et sont en France, mais pour des raisons très différentes<sup>8</sup>, farouchement attachées. Elle aurait enfin sapé les fondements pénaux de la répression des manquements à la sécurité et à la santé des salariés, que le mouvement ouvrier et les organisations ouvrières en particulier voulaient à tout prix préserver, au nom d'un idéal de justice quelque peu illusoire, comme en témoignent les débats autour de « l'inspection ouvrière du travail » [50] ou encore les plaintes ouvrières adressées dès avant 1914 à l'Inspection du travail. On voit ainsi que la prévention réglementaire ou tout ce qui rele-

8. Les organisations patronales parce qu'elles veulent conserver le contrôle de la réparation des risques professionnels et, en particulier, le périmètre des maladies professionnelles indemnissables; et les organisations ouvrières parce qu'elles veulent préserver les fondements pénaux de la prévention réglementaire.

vait de l'hygiène et de la sécurité en amont comme en aval des risques réalisés ne pouvait être dissociée du principe de responsabilité patronale, certes justifié par la subordination juridique du salarié à son employeur mais très éloigné des principes de l'assurance. Alors que le tandem prévention-réparation aurait, lui, fort bien pu, faire l'objet d'un traitement conjointement assurantiel dès 1898, c'est-à-dire bien avant 1946, si l'on s'était résolu, comme dans le système bismarckien où les corporations d'industries – supprimées en France par le décret d'Allarde en 1791 – jouaient un rôle essentiel, à proportionner les primes des entreprises à la fréquence des AT/MP constatés dans des établissements comparables relevant de classes homogènes. C'est là tout le paradoxe du couple historique prévention/réparation, soumis à des logiques divergentes, dont l'articulation en France est restée distendue, la prévention réglementaire fonctionnant selon une tout autre logique que l'assurance aujourd'hui présente dans la branche des AT/MP, et la réparation allant même jusqu'à exonérer l'absence de prévention.

## CONCLUSION

On mesure en définitive combien des choix fondamentaux opérés dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle ont cloisonné, dans la longue durée, trois configurations qui auraient pu entretenir des connexions étroites. Si elle a pu servir des intérêts économiques, leur division institutionnelle a joué au détriment d'une appréhension globale et transversale de la santé, mais aussi et, peut-être plus encore, d'une politique de santé publique volontariste dont l'inté-

rêt national fut longtemps contesté par des considérations corporatives et économiques ou contrarié par le jeu des pouvoirs locaux. Certes, les deux systèmes de protection sociale que la France a connus jusqu'à présent sont bien parvenus à couvrir, selon des proportions différentes et dans une dynamique extensive, des risques sociaux hétérogènes, mais sans véritablement intégrer (sauf de manière induite, c'est-à-dire sans leur reconnaître une place entière) les risques liés aux nuisances ou aux accidents industriels, ni entraîner, pour chacune des configurations en cause, une articulation assurantielle motrice entre prévention et réparation. La nationalisation en 1946 de la réparation des risques professionnels n'a pas, en particulier, résolu ce défaut de couplage. La conséquence générale en est que la protection sanitaire, dont la prévention constitue le dénominateur commun des trois configurations en cause, a connu historiquement un cheminement hétéronome, c'est-à-dire dicté par des règles spécifiques et des rapports de force sans réel lien avec son évidence reconnue et martelée de manière récurrente. N'est-il pas frappant de constater que le terme «prévention» fut absent pendant cent deux ans de l'intitulé du ministère chargé de la Santé, pour n'apparaître que le 20 mai 2022 (au lendemain d'un épisode de crise sanitaire majeure) et disparaître à nouveau le 11 janvier 2024?

POINTS À RETENIR  
ET BIBLIOGRAPHIE



### La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

#### POINTS À RETENIR

- Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la gestion des risques sanitaires, risques professionnels et risques industriels est respectivement le fait de trois configurations juridico-administratives issues d'une même matrice institutionnelle, le ministère du Commerce et de l'Industrie, fondé en 1812, dont la vocation était d'encourager le commerce et l'industrie.
- L'émancipation de ces configurations résulte d'un changement de perspectives dû à la révolution pasteurienne et à la spécialisation des administrations anciennes (comme l'Intérieur) ou nouvelles (Agriculture, Travail).
- L'utopie fédératrice des hygiénistes tendant à une santé publique globale, transversale et nationale s'est toutefois heurtée à l'organisation locale des pouvoirs sanitaires aux mains des élus, et à des oppositions corporatives entre les hygiénistes et les médecins libéraux.
- C'est à la faveur du redéploiement administratif de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que s'est opérée une double rigidification des frontières entre santé publique et santé au travail et entre cette dernière et la configuration des installations classées.
- La seconde est à l'origine d'une nette séparation, toujours en vigueur, entre la gestion des risques professionnels et celle des risques industriels à fort impact environnemental.
- La régulation interne des configurations étudiées apparaît tributaire de l'articulation des approches préventive et réparatrice en leur sein, ce qui la rapproche de la logique assurantielle.
- Il est donc pertinent d'examiner la manière dont cette articulation a pu fonctionner en interne, et si les systèmes de protection assurantielle ont pu l'organiser de manière transversale.
- Il apparaît alors, pour prendre deux cas de figure majeurs, que le couple prévention médicale et médecine «réparatrice» a longtemps dysfonctionné au sein de la protection sociale, la prévention restant jusqu'à aujourd'hui très en retrait.
- Le couple prévention et réparation des risques professionnels peine, quant à lui, à sauvegarder les apparences de son union, en dépit de la réforme de 1946 qui voulait le doter d'une synergie impliquant conjointement plusieurs ordres de prévention.
- Dans ce deuxième cas de figure, la cause en revient à des choix fondamentaux, arrêtés dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, qui ont instauré, en harmonie avec la théorie du risque professionnel ayant satisfait et satisfaisant encore les parties en présence, une dichotomie entre réparation de type assurantiel et prévention de type réglementaire.
- On mesure ainsi combien les choix opérés dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle ont cloisonné, dans la durée, trois configurations institutionnelles qui auraient pu entretenir des connexions étroites.

#### BIBLIOGRAPHIE

1 | **VILLERMÉ LR** - Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie: ouvrage entrepris par ordre et sous les auspices de l'académie des sciences morales et politiques. 2 volumes. Paris: Jules Renouard et Cie; 1840: 448 p., 451 p.

2 | **GEERKENS E, HATZFELD N, LESPINET-MORET I, VIGNA X**

(Eds) - Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine: entre pratiques scientifiques et passions politiques. Collection Recherches. Paris: La Découverte; 2019: 455 p.

3 | **DUMAS JP** - L'Etat, moteur du progrès: le ministère du Commerce et de l'Industrie 1870-1914. Paris: Comité pour l'histoire économique et financière de la France: Institut de la gestion

publique et du développement économique; 2016: 350 p.

4 | **VIET V** - Les Voltigeurs de la République: l'Inspection du Travail en France jusqu'en 1914. 2 volumes. Paris: CNRS éditions; 1994: 629 p.

5 | **MASSARD-GUILBAUD G** - Histoire de la pollution industrielle: France, 1789-1914. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences

sociales; 2010: 403 p.

6 | **LE ROUX T** - Le laboratoire des pollutions industrielles: Paris, 1770-1830. Collection L'évolution de l'humanité. Paris: Albin Michel; 2011: 552 p.

7 | Recueils des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire de 1872 à 1921. Ministère chargé du Travail, 2017

(<https://travail-emploi.gouv.fr/recueils-des-travaux-du-comite-consultatif-dhygiene-publique-de-france-et-des-actes-officiels-de-ladministration-sanitaire-de-1872-1921>).

**8 | FRESSOZ JB** - L'Apocalypse joyeuse : une histoire du risque technologique. Collection L'Univers historique. Paris : Éditions du Seuil ; 2012 : 312 p.

**9 | PESTRE D** - Science, argent et politique. un essai d'interprétation. Collection Sciences en questions (Paris). Paris : Institut national de la recherche agronomique (INRA) ; 2003 : 201 p.

**10 | BARGETON M, ZIEGLER A** - Historique des ministères sociaux. *Rev Fr Aff Soc.* 1971 ; 1 : 59-176.

**11 | VIET V** - L'hygiène en l'État : la collection numérique des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France (1872-1910). *Rev Fr Aff Soc.* 2014 ; 1-2 : 257-78.

**12 |** Rapport au Président de la République française. *J Off Répub Fr.* 1889 ; 5, 6 janvier 1889 : 57-58.

**13 | PORTER D (Ed)** - The history of public health and the modern State. Collection The Wellcome Institute series in the history of medicine. Amsterdam : Editions Rodopi ; 1994 : 439 p.

**14 | RAMSEY M** - Public Health in France. In : PORTER D (Ed) - The history of public health and the modern State. Collection The Wellcome Institute series in the history of medicine. Amsterdam : Editions Rodopi ; 1994 : 45-118, 439 p.

**15 | MURARD L, ZYLBERMAN P** - L'hygiène dans la République : la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918). Paris : Fayard ; 1996 : 805 p.

**16 | CHARLES L** - Santé environnementale en France : la difficile inscription d'une notion et d'un champ d'action publique. *Bull Assoc Geogr Fr.* 2023 ; 99-4 : 607-24.

**17 | PROUST A, FAIVRE P** - Hygiène publique. In : BLOCK M - Dictionnaire de l'administration française. 5<sup>e</sup> édition refondue et augmentée. Volume 1. Paris : Berger-Levrault ; 1905 : 1 551-82, 1 388 p.

**18 | GUILLAUME P** - Le rôle social du médecin depuis deux siècles : 1800-1945. Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (AEHSS) ; 1996 : 319 p.

**19 | HASSENTEUFEL P** - Les médecins face à l'État : une comparaison européenne. Paris : Presses de Sciences Po ; 1997 : 367 p.

**20 | VIET V, RUFFAT M** - Le Choix de la prévention (1874-1997). Paris : Éditions Économica ; 1998 : 274 p.

**21 | DOMIN JP** - Une histoire économique de l'hôpital (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles) : une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome 1, (1803-1945). Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (AEHSS) ; 2008 : 310 p.

**22 | BLOCK M** - Dictionnaire de l'administration française. 5<sup>e</sup> édition revue et augmentée. Tome 2. Paris-Nancy : Berger-Levrault ; 1905 : 2 715 p.

**23 | VIET V** - La santé en guerre, 1914-1918 : une politique pionnière en univers incertain. Collection académique (Paris). Paris : Sciences po, les presses ; 2015 : 660 p.

**24 | GARNAL P** - Au service de la santé publique. Paris : Vigot ; 1933 : 297 p.

**25 | FAURE F** - Statistique. In : BLOCK M - Dictionnaire de l'administration française. 5<sup>e</sup> édition revue et augmentée. Tome 2. Paris-Nancy : Berger-Levrault ; 1905 : 2 354-69, 2 715 p

**26 | HUBER M** - Quarante années de la Statistique générale de la France 1896-1936. *J Soc Stat Paris.* 1937 ; 78 : 179-214.

**27 | NAPIAS H** - L'inspection hygiénique des fabriques et ateliers. *Ann Hyg Publique Méd Lég.* 1883 ; Série 3 (10) : 412-25.

**28 | DE FREYCINET C** - Commentaire de la loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, 21 juillet 1869. Archives à l'école Polytechnique AN F12/4706.

**29 | VIET V** - Hygiène intérieure et salubrité extérieure : un point aveugle de l'action publique ? Chronique de deux domaines séparés en France (1810-1917). *Trav Empl.* 2016 ; 148 : 81-101.

**30 | BONNAUD L** - Experts et contrôleurs d'État : les inspecteurs des installations classées de 1810 à nos jours. Thèse de doctorat. Lettres sciences sociales et humaines. Sociologie. Cachan : École normale supérieure ; 2002 : 448 p.

**31 | BONNAUD L** - Histoire des inspecteurs des installations classées (1810-2006). *Responsib Environ.* 2007 ; 46 : 89-94.

**32 | MAGISTRY L, MAGISTRY A** - Traité général sur l'application de la nouvelle législation des établissements classés : établissements dangereux, insalubres ou incommodes, réglementation, conditions d'autorisation, commentaires des articles de la loi, jurisprudence. Paris : Siège de l'association des établissements

classés de France ; 1923 : 710 p.

**33 |** Circulaire relative à l'organisation de la prévention (assurances spéciales). *J Off Répub Fr.* 1931 ; 207, 5 septembre 1931 : 9 875-76.

**34 |** Circulaire relative au rôle des caisses d'assurances dans l'organisation de la prévention. *J Off Répub Fr.* 1932 ; 10, 13 janvier 1932 : 380.

**35 | CAHEN F** - La raison statistique au service des travailleurs. Jacques Ferdinand-Dreyfus et les assurances sociales (1912-1940). *Hist Mes.* 2018 ; XXXIII : 139-62.

**36 | JACQUIER P** - Rapport 1932-33 sur l'application de la loi des assurances sociales (statistiques du 1<sup>er</sup> janvier 1932 au 31 décembre 1933). Ministère chargé du Travail, 1935 (<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/ressources-documentaires/article/rapports-sur-l-application-de-la-loi-des-assurances-sociales-et-sur-l>).

**37 | FROSSARD LO** - Rapport 1933-34 sur l'application de la loi des assurances sociales (statistiques du 1<sup>er</sup> janvier 1933 au 31 décembre 1934). Ministère chargé du Travail, 1936 (<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/ressources-documentaires/article/rapports-sur-l-application-de-la-loi-des-assurances-sociales-et-sur-l>).

**38 | LEBAS L** - Rapport 1934-35 sur l'application de la loi des assurances sociales (statistiques du 1<sup>er</sup> janvier 1934 au 31 décembre 1935). Ministère chargé du Travail, 1937 (<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/>)

**La gestion divergente des risques sanitaires, industriels et professionnels**  
ou l'impossible globalisation d'une politique de santé publique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle

**BIBLIOGRAPHIE (suite)**

ressources-documentaires/  
article/rapports-sur-l-application-  
de-la-loi-des-assurances-sociales-  
et-sur-l).

39 | VIET V - Une histoire à déchiffrer. La collection numérique des rapports sur l'application de la législation sur les assurances sociales (1930-1962). *Rev Hist Prot Soc.* 2024; 17: 131-63.

40 | Les assurances sociales en France, Comité général d'Entente de la Mutualité et des Unions nationales de caisses d'assurances sociales. Exposition internationale, Pavillon de la Solidarité, Exposition internationale de Paris en 1937. Paris: Centre de ressources

documentaire du ministère; 1937: 126 p.

41 | MAREC Y, VALAT B, VIET V - Regards croisés sur l'évolution de la protection sociale en France depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. La protection sociale est-elle historiquement providentielle? Avant-propos. *Rev Fr Aff Soc.* 2024; 244: 7-45.

42 | EWALD F - L'État providence. Paris: Bernard Grasset; 1986: 608 p.

43 | BECK U - Risk society: towards a new modernity. London: Sage Publications; 1992: 260 p.

44 | VIET V - Votre travail nous regarde! Enquête associative et institutionnelle sur l'Inspection

du travail (1980-2020). Collection Le corps social. Nancy: Arbre bleu éditions; 2022: 339 p

45 | ROSENAL PA, OMNÈS C - L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de santé au travail. Paris. *Rev Hist Mod Contemp.* 2009; 56-1: 5-11.

46 | CAVALIN C, HENRY E, JOUZEL JN, PÉLISSÉ J (Eds) - Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Collection Sciences sociales. Paris: Presse des Mines; 2020: 294 p.

47 | FAURY P - L'affaire du Mal Charbon: l'inspecteur du travail Jean Cavaillé mène l'enquête. Orthez: France Libris; 2022: 420 p.

48 | PIC P - Les assurances sociales en France et à l'étranger. Collection Bibliothèque générale des sciences sociales. Paris: Librairie Félix Alcan. 1913: 248 p.

49 | MACHU L, VIET V (Eds) - Pour une histoire plurielle du paritarisme. Fondements, formes et usages (XIX<sup>e</sup> -XXI<sup>e</sup> siècles). Paris: La Documentation française; 2021: 342 p.

50 | VIET V - La réforme de l'Inspection du travail au cœur des relations sociales. Collection Jaurès et l'État. *Cah Jaurès.* 1999; 150: 153-62.