



HAL
open science

Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)

Anne Marchand

► **To cite this version:**

Anne Marchand. Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis). Sociologie. Université Evry-Val d'Essonne/Université Paris Saclay, 2018. Français. NNT : . tel-02105285

HAL Id: tel-02105285

<https://shs.hal.science/tel-02105285v1>

Submitted on 20 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
préparée à l'Université d'Évry-Val-d'Essonne

École doctorale n°578
Sciences de l'homme et de la société (SHS)
Spécialité de doctorat: Histoire, histoire de l'art et archéologie
Mention : Histoire et sociologie

Thèse présentée et soutenue à Évry, le jeudi 22 mars 2018, par

Anne Marchand

Composition du Jury :

Sylvie Célérier,
Professeure de sociologie, Université Lille 1 (UMR 8019) – rapporteure

Pierre Fournier,
Professeur de sociologie, Université Aix-Marseille (UMR 7305) – co-directeur

Nicolas Hatzfeld,
Professeur d'histoire contemporaine, UEVE (UMR 8533) – co-directeur

Emmanuel Henry,
Professeur de sociologie, Université Paris-Dauphine (UMR 7170) – rapporteur

Judith Rainhorn,
Professeure d'histoire contemporaine, Université Paris 1 (UMR 8058) – examinatrice

Annie Thébaud-Mony,
Directrice de recherche honoraire en sociologie, INSERM (UMR 8156) – examinatrice

Laurent Willemez,
Professeur de sociologie, UVSQ (UMR 8085) – président

« Il y a parfois cette impression que tout est dérisoire, éphémère, au point d'être improbable. Les choses et les gens disparaissent, les décors changent et, si l'on n'y prend pas garde, ils pourraient bien n'avoir jamais existé¹. »

*En mémoire de Jean-Jacques Muin, de Lazhar Rezgui,
de Arlette Pelletier et de Saïd el Maachi*

¹ Michèle Lesbre, *Victor Dojlida, une vie dans l'ombre*, Paris, Gallimard, « Folio », 2014, p. 100.

Remerciements

Cette recherche n'aurait pu naître ni même aboutir sans un éventail de personnes et d'institutions que je voudrais ici remercier.

Je remercie très sincèrement Pierre Fournier et Nicolas Hatzfeld qui, de concert, ont dirigé cette thèse et m'ont permis, par leurs retours exigeants, leurs encouragements et leur bienveillance, de mener à bien cette recherche. Ma gratitude va également à tou-te-s les chercheur-e-s qui ont accepté de discuter ce travail dans le cadre du jury de thèse : Sylvie Célérier, Emmanuel Henry, Judith Rainhorn, Annie Thébaud-Mony et Laurent Willemez.

Annie Thébaud-Mony a joué un rôle essentiel dans la mise en route de cette recherche et tout au long de son déroulement. Le point final étant posé, je peux maintenant la remercier pour cette invitation à plonger dans cette aventure au long cours et pour avoir cru, bien avant moi, que je serais en mesure d'accomplir ce voyage. Elle m'a notamment ouvert les portes du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (GISCO93) et tant d'autres encore, généreuse en transmission, ardente et volontaire en disputes fécondes.

Je suis très reconnaissante à toute l'équipe du GISCO93, au sein de laquelle j'ai travaillé durant plusieurs années et pu construire ainsi une grande part de mon matériau de recherche. J'ai une pensée particulière pour les collègues avec lequel-le-s j'ai participé à la construction et à la collecte des données utiles à ce dispositif d'enquête permanente pour leur implication et leur niveau d'exigence : merci à Mélanie Bertin, Joseph Boudebessé, Christophe Coutanceau, Valérie Grassulo, Flaviene Lanna, Arzheleenn Le Digerher, Benjamin Lysaniuk, Maxime Quijoux, Magali Turquis, pour le travail en commun et les satisfactions, les émotions, les épreuves et la bonne humeur partagées. Je suis également redevable à Virginie Guiral et Isabelle Damamme pour leur disponibilité et leurs attentions. J'ai eu du plaisir à participer avec Nathalie Ferré, Cécile Durand et Annie Thébaud-Mony à un projet de recherche financé par l'Institut national du cancer (INCA), visant à réduire les inégalités sociales face à la reconnaissance des cancers professionnels. Je remercie aussi le collectif d'experts du GISCO 93, représenté durant la période de ma recherche par Michel Héry, Jean-Michel Sterdyniak, Marie-Ange André Lesage, Michel Goudal, Isabelle Badinier, auquel-le-s ma recherche doit beaucoup. Il en est de même pour les membres de son Comité directeur et de son Conseil scientifique qui ont suivi, questionné et encouragé cette recherche depuis ses balbutiements.

Le travail que j'ai pu réaliser repose aussi sur l'implication des nombreux partenaires du GISCOP93 que je remercie chaleureusement :

- Les médecins hospitaliers, avec une pensée particulière pour le docteur Marc Mathieu, malheureusement décédé durant l'enquête, pour les docteur-e-s Virally, Nakad et Andriambololona, leur engagement de tous les instants pour rendre visible la part du travail dans la survenue des cancers et leur disponibilité à répondre à mes nombreuses interrogations.

- La Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis (CPAM93) et, en particulier, le secteur Risques professionnels. Un grand merci à Jacqueline Giry pour sa confiance et son ouverture, son attachement à la Sécurité sociale, mille mercis à Sédami Zinsou pour sa disponibilité, sa rigueur et son empathie, sa ténacité aussi, merci à tous les autres salariés de la Caisse, managers, gestionnaires ou enquêteurs accidents du travail et maladie professionnelles dont je ne peux citer ici le nom par respect pour leur anonymat, celles et ceux qui ont accepté de m'accorder un entretien ou de répondre aux nombreuses questions qui se posaient sur les dossiers d'instruction en maladie professionnelle. Merci aux « anciennes » de la Caisse qui ont accepté de témoigner : Marie-France Oreste et Chantal Tapin. C'est grâce à toutes ces personnes que j'ai pu découvrir et comprendre l'univers très spécifique du travail à l'Assurance maladie.

- Les avocats et les juristes qui ont accepté de prendre en charge la défense des dossiers des enquêtés devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) ou devant la cour d'appel et qui m'ont initié chemin faisant aux arcanes du droit de la réparation des maladies professionnelles : Capucine Darcq, Marie Fleury, François Lafforgue, Jean-Louis Macouillard, Nadine Mélin et Elise Brancourt, que je remercie pour leur profonde humanité à l'égard des requérants et leur grande qualité d'écoute. Merci aussi à Sophie Aboulke et Sally Tafifit pour leur qualité d'accueil et leur formidable gentillesse.

- Le service social de l'Assurance maladie en Seine-Saint-Denis (CRAMIF93) et notamment sa directrice au moment de la recherche, Béatrice Dufresne, pour tout ce qu'elle m'a transmis et les portes qu'elle m'a ouvertes et aussi pour la disponibilité à soutenir des salariés et anciens salariés atteints de cancer dans leur parcours d'accès aux droits.

- Le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis et surtout les docteurs Michèle Vincenti et Valérie Grassulo, du Service de prévention et d'action sanitaire, pour le travail et les questionnements partagés, pour leurs engagements pour la réduction des inégalités sociales de santé et pour le service public dont elles font la promotion ; je leur dois également de m'avoir fait connaître le dispositif et l'équipe du GISCOP93.

J'éprouve une immense reconnaissance pour tous les salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire qui ont accepté de participer à cette enquête et m'ont

fait partager leur histoire, leurs démarches, leurs interrogations, leurs difficultés, leur sensibilité... J'ai une pensée émue pour toutes celles et ceux qui sont décédé-e-s au cours de cette recherche et pour leurs proches. Cette thèse fait écho et trace d'une partie de leur vie, amputée par le cancer. Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien et/ou pour certain-e-s de me prêter leurs archives et dont les noms sont cités en fin de mémoire, sans omettre celles et tous ceux qui ont souhaité conserver leur anonymat.

Je remercie infiniment toutes les personnes pour lesquelles la prévention des atteintes à la santé par le travail, et leur reconnaissance, est un combat et qui m'ont fait partager leurs réflexions, leurs questionnements, voire leurs archives : je pense – et j'en oublie sans doute – à Marc Andéol, Gérard Barrat, Bernard Bouché, Alain Carré, Marlène et Mercedes Cervantès, Yves Colombat, François Dosso, Serge Doussin (+), Laurent Gonon, Bernard Massera, Joëlle Ratinier, Franck Refouvet, Josette Roudaire, Nicole et Gérard Voide, Jean-Claude Zerbib et, plus largement, à l'Association des verriers de Givors, à l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME), à l'association Henri-Pézerat et à son antenne des irradiés de Brest, au syndicat CFDT des mineurs lorrains, à l'Association pour la protection de la santé au travail dans les métiers portuaires de Loire-Atlantique (APPSTMP44)... Je remercie également Émeric Tellier qui m'a ouvert les archives de Jean Hodebourg, à l'Institut d'histoire sociale de la Fédération des métaux CGT.

Au-delà du GISCOP93, cette recherche s'est déroulée au croisement de plusieurs laboratoires et plusieurs équipes que je remercie ici, du plus éloigné géographiquement, le LAMES à l'Université d'Aix-Marseille, au plus proche, l'IRIS sur le site de l'Université Paris 13, à Bobigny, en passant par le LEST, à l'Université d'Évry Val d'Essonne. Merci à Nathalie Ferré, Hélène Bretin, Karima Guenfoud et Anne-Claire Baratault, à Bobigny, pour leur bonne humeur et leur disponibilité : vous m'avez offert, chacune à votre façon, de vraies respirations à des moments cruciaux de mon parcours de recherche. Je remercie vivement Marc Bessin pour avoir permis la continuité de mon travail quand les obstacles administratifs se dressaient devant mes contrats, liés à une relecture très restrictive de la loi Sauvadet. Toute ma gratitude va, pour les mêmes raisons, à Alain Pichon et à Nicolas Hatzfeld, à l'Université d'Évry, à leur attention sans faille. Je n'oublie pas le soutien constant apporté par Hélène Maréchal tout au long de mon parcours de recherche et d'inscription universitaire.

La réalisation de cette thèse couronne une démarche de reprise d'études près de vingt ans avoir quitté les bancs de la faculté d'histoire de Nancy. Je souhaite ici remercier les personnes qui ont représenté des jalons et des soutiens favorables dans cet itinéraire.

J'ai ainsi une pensée toute particulière et très émue pour Gilbert Meynier, professeur d'histoire contemporaine à l'Université Nancy 2, décédé en décembre 2017, qui avait

encadré ma maîtrise en histoire contemporaine à la fin des années 1980 : je me suis largement nourrie de la confiance qu'il plaçait en moi, de sa vivacité d'esprit et de sa bienveillance à toute épreuve pour clore cette première étape de formation sur le chemin de la recherche. Merci à Alain Ruscio pour m'avoir associée à ses communications m'invitant ainsi à son valoriser ces premiers résultats de recherche.

Je suis reconnaissante à Michel Offerlé, alors responsable du master de sciences sociales « Enquêtes terrains, théories » (ETT, aujourd'hui PDI), d'avoir accepté mon inscription d'étudiante « plus âgée » et me permettre ainsi de reprendre mon chemin de formation. Cette reprise d'étude en 2008, après de longues années d'interruption, dans une autre ville et un tout un autre environnement académique, n'a pas été sans forte déstabilisation. Je dois à de nombreuses personnes d'avoir tenu le cap. Pour leur camaraderie et l'amitié qui s'est construite à cet endroit, leur proximité attentive, je remercie chaleureusement Claire Guérin, Piotr Malewski et Souheila Benslim. J'ai une pensée émue pour Jean-Claude Combessie, malheureusement disparu, pour son extrême sensibilité et son attention à veiller au bien-être de toutes et de tous. Je n'aurais sans doute pas poursuivi plus avant mon itinéraire de formation sans les encouragements et la bienveillance d'Isabelle Coutant et d'Alexis Spire qui ont respectivement encadré et discuté mon mémoire de M1, De la même façon, Annie Thébaud-Mony et Nicolas Hatzfeld ont favorisé et valorisé le chemin du M2 vers la thèse et fait preuve, tout au long de ce parcours, d'une extrême attention, d'un suivi minutieux et d'une patience et d'une disponibilité à toute épreuve : je leur dois infiniment à tous deux dans l'ouverture et la construction intellectuelle et dans la réalisation de cette thèse. Pour leur disponibilité et leurs conseils au moment où j'hésitais encore à m'engager dans ce travail, je remercie aussi Laure Pitti, Cédric Lomba, Pierre Fournier et Véronique Daubas-Letourneux.

Cette recherche a bénéficié de plusieurs contextes de stimulation et d'émulation intellectuelles. Je souhaite remercier les organisateurs des nombreux séminaires qui ont provoqué et nourri ma réflexion et leurs participant-e-s. Je pense notamment au séminaire « Maladies industrielles mobilisations collectives » animé par Pascal Marichalar et Laure Pitti, au séminaire « Enquêter sur le cancer », animé par Marc Bessin, Benjamin Derbez et Zoé Rollin, au séminaire « Pratiques, travail et organisation » (PRATO) animé par Nicolas Hatzfeld, Yves Cohen, Anne Bory et Cédric Lomba, Fanny Girin et Vincent Gay et au séminaire « Histoire du travail, histoire ouvrière au XXe siècle », animé par Nicolas Hatzfeld et Xavier Vigna.

Le Réseau des jeunes chercheurs Santé et société a joué un rôle considérable dans la construction d'échanges et de liens particulièrement féconds avec d'autres chercheur-se-s. Ma gratitude va tout particulièrement à Benjamin Derbez et Zoé Rollin qui ont mis en place et fait vivre le groupe « cancer et SHS » et à Camille Gasnier et Rémy Ponge qui

ont fait de même avec le groupe « Santé et travail » et à tous les participant-e-s aux événements qu'ils et elles ont initié. Je remercie également Lilia Belkacem et Irène Pochetti pour leur inestimable travail de coordination de ce réseau.

J'ai une pensée chaleureuse pour tou-te-s les collègues avec lequel-le-s j'ai réalisé des travaux collectifs, pour la stimulation partagée et parfois l'amitié : la construction du projet éditorial sur « Santé au travail, santé environnementale, quelles inclusions, quelles exclusions ? » avec Marie Ghis Malfilatre, Muriel Prévot-Carpentier et Renaud Bécot, l'organisation et l'animation du séminaire de l'EHESS « Citoyennetés académiques : slow science et recherche action » avec Véronique Bayer, Marc Bessin, Isabelle Bourgeois, Pascale Haag et Zoé Rollin. J'ai également eu grand plaisir à écrire à plusieurs mains avec Marc Bessin, Isabelle Bourgeois, Flaviene Lanna, Julie Primerano, Léa Restivo, Zoé Rollin et Annie Thébaud-Mony et les remercie pour la construction de ces espaces collectifs toujours stimulants.

Je souhaite également remercier tous les collègues qui ont contribué, tout au long de ces années et de multiples façons à questionner, renforcer, enrichir, infléchir ou élargir ma réflexion sur mon objet de recherche. Je pense – et j'en oublie sans doute – à Renaud Bécot, Joseph Boudebese, Anne-Sophie Bruno, Laura Centemeri, Hélène Cléau, Christophe Coutanceau, Frédéric Décosse, Marc-Olivier Déplaudé, Jean-Claude Devinck, Mustapha El Miri, Dalia Gesualdi-Fecteau, Marie Ghis Malfilatre, Emmanuel Henry, Flaviene Lanna, Arzhelenn Le Diguierher, Katherine Lippel, Hélène Marche, Pascal Marichalar, Pierre Mazet, Jorge Muñoz, Anaïk Pian, Laure Pitti, Morgan Poggioli, Julie Primerano, Zoé Rollin et Louise Tassin.

Je dis toute ma gratitude à celles et ceux qui ont relu des morceaux plus ou moins longs de cette thèse, pour leurs yeux de lynx et leurs commentaires voire leurs encouragements : Joseph Boudebese, Sylvie Catala, Christophe Coutanceau, Nadine Daragan, Philippe Davezies, Fanny Doumayrou, Béatrice Dufresne, Elisabeth Gillet, Vincent Gay, Claire Guérin, Ratiba Hachani, Raoul Harf, Michel Héry, Latifa Imane, Francis Judas, Flaviene Lanna, Gérald Le Corre, Eliane Le Port, Thomas Le Roux, Katherine Lippel, Piotr Malewski, Bernard Massera, Pascal Marichalar, Marie-France Oreste, Joelle Palmieri, Jean-Michel Sterdyniak, Louise Tassin, Annie Touranchet, Marie-Anne Vinot, Michèle Vincenti, Gérard Voide, Jean-Claude Zerbib.

Je remercie infiniment les irremplaçables soutiens de la toute dernière ligne droite, sans lesquels je n'aurais sans doute pu tenir l'échéance : Renaud Bécot, Christophe Coutanceau, Fanny Doumayrou, Arzhelenn Le Diguierher, Eliane Le Port, Flaviene Lanna, Pascal Marichalar, Joelle Palmieri et Zoé Rollin, merci à vous pour cette présence et ces coups de pouce inestimables. Un spécial dédicace à Claire Guérin pour la majeure partie des graphiques et l'attention rigoureuse et concentrée portée à la bibliographie.

Merci à Ratiba pour les exercices de respiration, à Fernanda pour les Tiramisu, à Mayliss pour Andreï Makine à un moment où il le fallait, à Claire pour les encouragements réguliers et pour le partage des prédictions enthousiastes ou loufoques de Rob, à Fred pour nos échanges stimulants sur l'écriture et ses freins, à Louise pour notre période Tandem, à Myleine pour les femmes qui courent avec les loups et en hommage à toutes les « sorcières », à David et Annick pour leur patience ironique, à Sophie et Laurent pour toutes leur attentions lors de mon exil d'écriture, à Éliane qui me précède et m'accompagne et me soutient, à Zoé pour tant de choses et plus encore, à Stephen pour avoir supporté mes questions courbes et histogrammes, à tou-te-s mes ami-e-s lassé-e-s par mon indisponibilité, merci pour vos présences et pour vos douceurs.

Aux « miens », les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et la pudeur m'empêche de tout dire. Merci à vous pour votre soutien indéfectible, à mes parents pour le goût de l'histoire et le refus des « évidences », à Lina pour sa joie de vivre et ses questionnements nourrissants, à Ismael pour tant de choses qu'il ne souhaite pas ici voir préciser. Merci pour votre patience, votre sollicitude et désolée pour ces longs mois volés à nos moments communs. Avec affection.

Avertissement aux lectrices et lecteurs

Tous les noms des salariés, des anciens salariés et de leurs proches ont été modifiés, pour respecter leur anonymat. Il en est de même pour les noms des salariés de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis et ceux des inspecteurs et inspectrices du travail qui ont accepté de m'accorder un entretien, à l'exception des personnes citées parmi les sources orales.

Sommaire général

Remerciements	3
Introduction générale	11
PREMIERE PARTIE	
RECOURIR AU DROIT OU PAS : UNE EXPERIENCE COMPLEXE	35
Chapitre 1	
Dispositif d'enquête et production de connaissance : forces et contraintes	39
1. Le GISCOP93 comme acteur de santé publique.....	40
2. Une recherche ethnographique en « terrain sensible ».....	66
Conclusion	95
Chapitre 2	
Se savoir exposé aux cancérogènes : un processus complexe	97
1. Le « cancer professionnel » comme impensé.....	99
2. Les ambivalences du travail, écran à la connaissance des risques	117
Conclusion	159
Chapitre 3	
Se reconnaître éligible	161
1. Une dépendance vis-à-vis du corps médical.....	162
2. La maladie grave en toile de fond	187
3. Le rôle déterminant des tiers.....	199
4. Donner sens à l'exercice du droit : une nécessité.....	223
Conclusion	241
DEUXIEME PARTIE	
LES ARCANES DU DROIT DE LA REPARATION DES CANCERS PROFESSIONNELS : ECLAIRAGE D'UNE GENEALOGIE	243
Chapitre 4	
Le cancer comme « maladie professionnelle » : une catégorie politico-juridique	247
1. Le « tableau », cet obscur objet du droit à réparation	252
2. Le cancer du travail : identification précoce, définition restrictive	293
Conclusion	333
Chapitre 5	
Le cancer broncho-pulmonaire, une maladie professionnelle ? Mouvements d'expertise et rapports de force	335
1. La longue concurrence des « maladies des poussières »	336
2. À partir du milieu des années 1960 : éclairages nouveaux sur les maladies professionnelles	349
3. Milieu des années 1980 : le cancer broncho-pulmonaire, point de crispation	396
Conclusion	440

TROISIEME PARTIE

FAIRE VALOIR SES DROITS : DE SA CONSTRUCTION A SON INSTRUCTION,

LE PARCOURS D'UNE DECLARATION EN MALADIE PROFESSIONNELLE 441

Chapitre 6

Constituer son dossier de déclaration : l'épreuve de la quête des preuves.....443

1. Prouver sa maladie..... 446

2. Prouver son travail..... 456

3. Prouver ses expositions 463

Conclusion..... 496

Chapitre 7

Les dossiers de demande de reconnaissance : dans les coulisses de l'instruction.....499

1. Les maladies professionnelles : une gestion intégrée à l'Assurance maladie 502

2. La CPAM 93 et les maladies professionnelles : une histoire singulière 519

3. Entre « modernisation » et enquête sous pressions :
l'instruction des dossiers sous tension..... 526

Conclusion..... 569

Conclusion générale.....571

Sources579

1. Archives et sources orales 579

2. Sources imprimées..... 583

Bibliographie.....602

Table des figures et tableaux.....637

Glossaire des principaux sigles utilisés638

Table des matières643

Annexes (volume séparé).....649

Introduction générale

D'abord, un poème. Fier de n'avoir presque jamais été arrêté pour maladie durant toute sa vie professionnelle, Jean Groud est âgé de 59 ans lorsqu'un cancer de la vessie lui est diagnostiqué, en 1981. C'est au cours d'un stage syndical sur le rôle des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qu'il prend conscience des liens pouvant exister entre son activité professionnelle et la survenue de son cancer : « dans la peinture » durant vingt-neuf ans puis « dans la métallurgie » pendant douze ans, il a notamment été exposé à l'aniline et au trichloréthylène, deux cancérigènes pour la vessie. De cette découverte et de sa difficulté à faire reconnaître la responsabilité du travail dans son état de santé, il rédige un poème, intitulé *Ras le bol*, publié après son décès par la Fédération CGT des métaux, dont voici un extrait :

*Ah ! Si j'étais un écrivain
J'écrirais un de ces bouquins
Pour faire pleurer dans les chaumières
En romançant sur les cancers*

*J'me suis payé ma p'tite tumeur
Sur le cancer pourrais en dire
Hélas ne suis qu'un travailleur
Me faire entendre, vous voulez rire !*

*D'autant que je serais gênant
Car je poserais des questions
Qu'à mon avis il serait temps
Qu'enfin ensemble nous nous posions¹.*

Ensuite, quelques données. En France, le cancer aurait, toutes localisations confondues, atteint 400 000 nouvelles personnes en 2017 ; un nombre qui ne cesse d'augmenter année après année, ayant plus que doublé depuis 1980². Première cause de mortalité – avec 150 000 décès en 2017 – la pathologie cancéreuse est socialement très inégalitaire. Les ouvriers, avec les employés, courent ainsi dix fois plus de risque de mourir du cancer que les cadres supérieurs et les professions libérales³. Ils sont également les plus exposés aux cancérigènes professionnels puisqu'« ils représentent [aujourd'hui] plus

¹ Cité dans Jean Hodebourg, *Le travail, c'est la santé ? Perspectives d'un syndicaliste*, Paris, VO éditions, 1994, p. 162 et suivantes. Le poème dans son entier est reproduit en annexe.

² Ces données sont produites par l'Institut national du cancer (INCA) et accessibles en ligne sur <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidences-mortalite-nationale> [consulté le 5 janvier 2017]. Entre 1980 et 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer a été multiplié par 2,36, passant de 169 820 cas à 400 000 en 37 ans, soit 136 % d'augmentation.

³ Cour des comptes, *La mise en œuvre du Plan cancer, rapport public thématique*, Paris, La Documentation française, 2008, p. 71, en ligne sur www.ccomptes.fr/fr/documents/691 [consulté le 27 décembre 2016].

des deux tiers des salariés exposés à au moins un cancérigène chimique alors qu'ils ne constituent que 29 % de l'ensemble des salariés⁴ ».

Selon les chiffres officiels, se basant sur des études épidémiologiques réalisées près de quarante ans auparavant, le nombre de cancers dus à des expositions professionnelles s'échelonne aujourd'hui entre 14 000 à 30 000 des nouveaux cas incidents par an⁵. Pourtant, moins de 2 000 salariés ou anciens salariés obtiennent, chaque année, la reconnaissance de leur cancer en « maladie professionnelle », une catégorie médico-administrative qui ouvre droit à réparation.

Alors, une question. Comment expliquer cet écart entre le nombre de cas de cancer attribués à l'activité de travail et le nombre de salariés ou anciens salariés dont la maladie est effectivement reconnue et indemnisée comme telle ?

Selon un grand nombre de rapports administratifs et parlementaires, cet écart relève d'un important phénomène de « sous-déclaration⁶ » également identifié à l'échelle européenne⁷, à l'origine de maladies professionnelles « oubliées⁸ ». Il « résulterait du comportement des victimes et des praticiens de santé qui n'établissent pas le lien entre l'état de santé et les risques professionnels⁹ ». Le cas du mésothéliome, un cancer grave de la plèvre, représente un indice fort de ce phénomène de « sous-déclaration » : alors qu'il est identifié comme une maladie « signée » par l'amiante, un cancérigène très médiatisé, il ne donne pas lieu à une déclaration en maladie professionnelle dans près de 40 % des cas¹⁰.

⁴ Selon l'enquête Sumer de 2010 – Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels –, une enquête coordonnée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et l'inspection médicale du travail, plus de 10 % des salariés, soit près de 2,25 millions de personnes, seraient concernés par les expositions aux cancérigènes dans leur activité de travail. Marine Cavet et Martine Léonard, « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », *DARES Analyses*, n° 54, septembre 2013, p. 1.

⁵ « Estimation de la part de cancer attribuable à certains cancérigènes en France. Document produit pour la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale », INVS, avril 2014. Ces données sont reprises dans le dernier Plan cancer 2014-2019, *Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France*, Paris, Ministère des Affaires sociales de la santé et des femmes, février 2014, p. 99. En ligne sur www.e-cancer.fr [consulté le 27 février 2016].

⁶ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Rapport de la commission instituée par l'article L 176-2 du Code de la Sécurité sociale*, juin 2014. En ligne sur www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP?id_mot=65 [consulté le 16 septembre 2016].

⁷ EUROGIP, *Déclaration des maladies professionnelles : problématiques et bonnes pratiques dans cinq pays européens*, rapport d'enquête EUROGIP-102/F, Paris, janvier 2015, p. 26.

⁸ EUROGIP, *Enquête sur la sous déclaration des maladies professionnelles en Europe*, Paris, décembre 2002, p. 16.

⁹ Laurent Marcangeli, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014* (n° 1412), Tome V, accidents du travail-maladies professionnelles, 17 octobre 2013, en ligne sur [www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1470-tv/\(index\)/rapports](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1470-tv/(index)/rapports) [consulté le 5 février 2016].

¹⁰ Stephen Goldberg et al., « Les inégalités régionales de prise en charge des maladies professionnelles : l'exemple du mésothéliome », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45, 1999. Jean-Claude Pairon et Soisig Schamming's, *Volet médico-social du programme national de surveillance du mésothéliome. Bilan 1999-2003*, Saint-Maurice, INVS, 2005. Elsa Gisquet et al., « Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 59, décembre 2011.

« Déclarer » son cancer en maladie professionnelle ou exercer son droit « à réparation »

La loi du 25 octobre 1919 – intégrée au Code de la Sécurité sociale depuis 1946 – a élargi aux maladies professionnelles le système assurantiel en vigueur depuis la fin du XIX^e siècle pour les accidents du travail : « toute personne atteinte d'une pathologie qu'elle suppose être la conséquence directe de son exposition à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles elle exerce son activité professionnelle peut ainsi obtenir une indemnisation¹¹ ». Pour cela, elle doit « déclarer » elle-même sa maladie auprès de sa Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sur un formulaire, comme elle le ferait d'un dégât des eaux ou d'un accident de voiture, en appui sur un certificat médical spécifique délivré par un médecin.

Dans le cas où sa situation correspond en tout point aux critères médicaux, administratifs et techniques extrêmement stricts constituant les « tableaux de maladie professionnelle », cette personne bénéficie d'une présomption d'origine : sa maladie est présumée résulter de son travail. Il existe aujourd'hui vingt-deux tableaux mentionnant la pathologie cancéreuse, dont treize consacrés à la localisation broncho-pulmonaire en lien avec une dizaine de cancérrogènes : les chromates et acides chromiques, l'arsenic, les rayonnements ionisants, le nickel, le bis(chlorométhyle)éther, les produits dérivés de la houille, l'amiante, la silice, le cobalt, le travail au fond dans les mines de fer, le cadmium.

Dans le cas où sa situation ne correspond pas exactement aux critères de ces tableaux ou ne fait l'objet d'aucun tableau, la personne doit alors prouver que sa maladie résulte bien de son travail et de ses expositions et son dossier est instruit par un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), constitué de trois médecins, dont l'avis s'impose à la CPAM.

L'initiative de la déclaration en maladie professionnelle revient aux malades eux-mêmes, contrairement à la déclaration en accidents du travail qui repose principalement sur l'employeur. C'est à eux qu'il revient de recourir au droit à réparation ou, dit autrement, de solliciter une réparation pour maladie professionnelle suivant une procédure encadrée par le droit. Cette possibilité est toutefois conditionnée à l'obtention d'un certificat médical initial (CMI) en maladie professionnelle de la part d'un médecin.

Il existe ainsi un pourcentage, « dont l'ampleur exacte et même l'ordre de grandeur demeurent inconnus¹² », de personnes atteintes de cancer qui n'exercent aucune démarche visant à faire reconnaître leur pathologie en « maladie professionnelle » quand bien même elles ont été exposées à des cancérrogènes dans leur parcours de travail. Depuis 1996, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSs) confère d'ailleurs à ce phénomène de « sous déclaration » un caractère institutionnel. Elle confie à une commission *ad hoc* le soin d'évaluer le montant du coût des soins et des traitements des pathologies prises en charge par l'Assurance maladie, alors qu'elles devraient l'être par l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) financée par les seuls employeurs : dans un dernier rapport, ce montant correspondait à une

¹¹ INRS, *Guide des tableaux des maladies professionnelles*, en ligne sur www.inrs.fr/publications/bdd/mp [consulté le 3 juin 2014]. Plus précisément, selon l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale, toute personne atteinte d'une pathologie « désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau » (al.2) ; ou bien lorsque l'ensemble des critères ne sont pas rempli s'il peut être établi que « la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles (...) est directement causée par le travail habituel de la victime » (al.3) ou encore en l'absence de tableau « lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux (...) au moins égal à un pourcentage déterminé [25%] ».

¹² Cour des comptes, *La gestion du risque accidents du travail et maladie professionnelle*, Paris, La Documentation française, 2002.

fourchette « très approximative¹³ » allant de 695 millions d'euros à 1,3 milliards d'euros, la pathologie cancéreuse représentant près de la moitié de cette estimation – de 279 à 728 millions d'euros¹⁴.

Évoquer la sous-déclaration des cancers professionnels oblige à préciser les enjeux principaux de leur déclaration en maladie professionnelle. Les mobilisations de victimes rendent surtout visibles les compensations obtenues par les requérants. Un salarié ou ancien salarié dont le cancer est reconnu « professionnel » obtient effectivement « réparation », c'est-à-dire la reconnaissance d'un préjudice en lien avec son travail, sous la forme d'une indemnisation censée suppléer la perte de ses « capacités », et donc de ses revenus s'il est encore en activité au moment du diagnostic. Il bénéficie également d'une protection de l'emploi et d'indemnités journalières au montant plus élevé que celles que procure l'Assurance maladie à tout travailleur empêché par la maladie.

On sait moins que la reconnaissance d'un cancer en « maladie professionnelle » revêt aussi un enjeu collectif. Tout d'abord, elle est l'indice de l'existence passée d'un risque cancérigène au travail dont la présence peut être encore effective : elle ouvre la possibilité d'identifier les risques cancérigènes au travail, de les prévenir, voire de les éliminer. Ensuite, un cancer reconnu « professionnel » n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie, dont le financement repose sur la collectivité des assurés sociaux, mais il l'est par la branche accidents du travail, maladies professionnelles (AT-MP) dont le financement repose exclusivement sur les employeurs. Le coût des maladies professionnelles leur est imputé, à titre individuel ou collectif, selon la taille de leur entreprise. Le montant de leur cotisation à l'assurance AT-MP est fonction de leur « taux de sinistralité », c'est-à-dire du nombre d'accidents et de maladies pris en charge au titre du système de réparation parmi les salariés ou anciens salariés de leur entreprise.

Les chiffres de la reconnaissance en maladie professionnelle ont valeur d'imposition, au principe qu'« on ne connaît que ce qu'on indemnise¹⁵ ». Ils déterminent en tout cas les priorités d'action de nombreux acteurs de prévention. Ils contribuent à construire la perception, parmi les salariés et dans l'espace public, des risques cancérigènes au travail. Le phénomène de « sous-déclaration » de cancers professionnels représente alors l'un des facteurs de l'invisibilité sociale des risques cancérigènes au travail. Il en est tout à la fois l'un des symptômes et l'une des causes.

¹³ EUROGIP, *Déclaration des maladies professionnelles : problématiques et bonnes pratiques dans cinq pays européens*, rapport d'enquête EUROGIP-102/F, Paris, janvier 2015, p. 26.

¹⁴ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Rapport de la...*, rapport cité, juin 2014, respectivement p. 101 et 98. La commission est chargée d'évaluer le coût de la « sous-déclaration » et celui de la « sous-reconnaissance », c'est-à-dire des maladies qui n'ont pas été reconnues quand bien même elles auraient dû l'être, à cause notamment des conditions de l'instruction des dossiers.

¹⁵ Gilles Le Ricousse, *L'établissement des valeurs limites d'exposition aux substances toxiques dans les atmosphères de travail. Un tournant dans la prévention des maladies professionnelles en France ?*, Paris, INRS, 1985, p. 8.

Si l'on s'interroge sur les motifs de cette sous-déclaration en maladie professionnelle, il faut d'abord comprendre comment des salariés et anciens salariés en viennent à ne pas exercer leur droit à réparation lorsqu'ils sont atteints d'un cancer. Quels sont les facteurs de ce « non-recours » ?

Parvenir à percevoir sa maladie comme un préjudice : un processus complexe

Diffusée en France par l'économiste Antoine Math, à la faveur d'un numéro spécial de la revue *Recherches et prévisions* publié en 1996, la notion de « non-recours » au droit est la traduction de l'anglais « *non-take-up*¹⁶ » et désigne à l'origine la situation d'individus éligibles à une prestation sociale financière et qui ne la perçoivent pas. Apparue au Royaume-Uni dès les années 1930, la formule s'inscrit alors dans une perspective d'évaluation des politiques publiques et vise à étudier la pertinence des offres sociales. En France, sous l'influence des travaux de Philippe Warrin, la définition du non-recours s'est depuis élargie à « la protection sociale dans son ensemble et au-delà bien d'autres domaines de l'intervention publique¹⁷ ». Elle se rapporte « à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ». La définition inclut donc les salariés ou anciens salariés atteints d'un cancer d'origine professionnelle qui ne font pas reconnaître leur pathologie en maladie professionnelle. *A contrario* des discours politiques et médiatiques sur la fraude sociale, les travaux conduits sous l'égide de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) ont démontré que, loin de « profiter » des dispositifs de protection sociale – comme le revenu de solidarité active, la couverture maladie universelle, les tarifs sociaux des transports et de l'énergie, etc. –, un nombre très important de personnes ne s'en saisissent pas alors qu'elles répondent à tous les critères pour le faire¹⁸. La typologie élaborée par l'ODENORE invite à ne pas réduire le non-recours à l'ignorance de l'existence du droit concerné ni le recours à une perspective d'indemnisation. Le fait de ne pas déclarer sa maladie, de ne pas exercer son droit à réparation, peut tout aussi bien relever de la non-connaissance (on ne déclare pas parce qu'on ne sait pas que ce droit existe), de la non-demande (on connaît ce droit mais on ne déclare pas) et de la non-réception (on a déclaré mais on n'a pas accédé au droit à la réparation). La notion de non-recours permet notamment d'interroger la pertinence de l'« offre » proposée, ici le droit à réparation au titre de la maladie professionnelle.

La sociologie du droit et celle des mobilisations de victimes apportent d'autres éclairages et témoignent notamment que « se reconnaître, se représenter comme

¹⁶ Antoine Math, « Non-take-up, niet-gebruik ou non-recours ? Comment traduire des termes de protection sociale », *Recherches et Prévisions*, n°43, mars 1996, p. 19-22.

¹⁷ Philippe Warrin, *Le non-recours : définitions et typologie*, Grenoble, ODENORE, 2010 [réactualisé 2016].

¹⁸ ODENORE, *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours*, Paris, La Découverte, 2013.

victime est tout sauf un mécanisme évident¹⁹ ». Dans un texte fondateur paru en 1981 aux États-Unis, William L. Felstiner, Richard L. Abel et Austin Sarat identifient ainsi plusieurs phases indispensables pour transformer sa perception d'un événement en grief puis en litige, résumées sous le titre « *Naming, Claiming, Blaming* ». Pour exercer son droit à réparation, un salarié ou ancien salarié atteint d'un cancer doit donc pouvoir « réaliser » son préjudice (c'est-à-dire en prendre conscience), « reprocher » (c'est-à-dire identifier un responsable), avant de pouvoir « réclamer²⁰ ». Il doit parvenir, avant même de penser demander réparation, à « passer du sentiment de subir un destin biologique à celui d'être victime d'une injustice²¹ », pour reprendre les propos de Michaël Pollak à propos des mobilisations de victimes du sida.

Dans le cas des cancers, comme le relèvent déjà plusieurs auteurs, le long délai de latence existant entre l'exposition aux cancérogènes et la survenue de la maladie contribue à « obscurcir²² » le lien de l'une à l'autre et entrave la possibilité pour ces (anciens) salariés de « convertir la maladie en préjudice²³ ». Cette situation a déjà été étudiée dans le cas des agriculteurs victimes des pesticides²⁴, des vétérans des essais nucléaires atteints de cancers radio-induits²⁵ ou encore des verriers de Givors, dans la région lyonnaise, soumis à l'exposition de plusieurs cancérogènes²⁶.

Se ressentir victime d'un préjudice prend alors la forme d'un processus, au cours duquel des acteurs de natures différentes contribuent à accélérer, ralentir voire entraver l'aboutissement. En effet, « on ne devient pas victime tout seul, on ne le devient qu'en interaction avec d'autres acteurs²⁷ », au rang desquels on peut retrouver des journalistes, des travailleurs sociaux, des militants associatifs ou syndicaux, des scientifiques, des avocats, des médecins, des proches ou d'autres victimes, etc. Le recours au droit joue en lui-même un rôle décisif dans ce processus. Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete notent ainsi qu'il « constitue un puissant vecteur de libération cognitive des victimes, leur permettant de prendre conscience du tort qu'elles ont subi et

¹⁹ Emmanuel Henry et al., « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », dans Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/Pacte, « Territoires du politique », 2009, p. 13.

²⁰ William L. Felstiner, Richard L. Abel et Austin Sarat, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer... », *Politix*, 1991, vol 4, n° 16, p. 41-54.

²¹ Michaël Pollak, « Histoire d'une cause », *Autrement*, n° 130, 1992, p. 24-28.

²² Yannick Barthe, « Cause politique et "politique des causes". La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, vol. 91, n° 3, 2010, p. 77-102.

²³ Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete, « De l'intoxication à l'indignation. Le long parcours d'une victime des pesticides », *Terrains & travaux*, vol. 22, n° 1, 2013, p. 59-76.

²⁴ Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete, « Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable », *Politix*, vol. 111, n° 3, 2015, p. 175-196. Coline Salaris, « Agriculteurs victimes des pesticides : une nouvelle mobilisation collective en santé au travail », *La nouvelle revue du travail*, 4 | 2014, en ligne sur <http://journals.openedition.org/nrt/1480> [consulté le 17 avril 2016].

²⁵ Yannick Barthe, *Les retombées du passé. Le paradoxe de la victime*, Paris, Seuil, « La couleur des idées », 2017.

²⁶ Pascal Marichalar, *Qui a tué les verriers de Givors ?*, Paris, La Découverte, 2017.

²⁷ Yannick Barthe, *Les retombées du...*, ouvr. cité, 2017, p. 23.

éventuellement de le formuler en termes juridiques²⁸ ». Ainsi, c'est bien souvent « le parcours qui fait le combattant²⁹ », c'est parfois en exerçant son droit qu'on prend conscience de l'existence d'un préjudice.

Le cancer professionnel et la construction des problèmes publics

L'étude des facteurs de recours ou de non-recours au droit à réparation des maladies professionnelles ne peut se dissocier de la définition du cancer comme problème de santé publique. Vouloir relier son cancer à son activité professionnelle, percevoir sa maladie comme un préjudice, prend la forme d'une subversion au regard de la représentation dominante sur les causes du cancer. Exercer son droit à réparation revient ainsi, souvent sans le savoir, à entrer en conflit avec les « propriétaires » de la définition de ce problème de santé, pour reprendre les termes de Joseph Gusfield³⁰.

En effet, le savoir accumulé en biologie et en toxicologie sur cette maladie « permet d'affirmer que [...] le cancer est un processus long qui dure souvent plusieurs décennies de la vie d'un individu. Ce processus se fait en plusieurs étapes, il se développe en interaction entre les expositions simultanées et successives de l'individu à des cancérogènes (dans son milieu de travail et de vie) et leur inscription dans le développement biologique et vital de cet individu³¹ ». Mais alors que le cancer est une maladie multifactorielle qui s'inscrit au croisement de l'histoire singulière, biologique et sociale de chaque individu, une représentation s'est imposée dans l'espace public selon laquelle elle découlerait principalement des comportements individuels et des modes de vie.

Comme le rappellent Emmanuel Henry et Claude Gilbert, « les contours d'un problème tels qu'ils émergent à un moment donné de son histoire, résultent de la conjonction de rapports de force entre acteurs et groupes d'acteurs³² ». L'imposition de cette définition du problème du cancer comme fruit des comportements individuels est donc la traduction d'une dynamique et d'une histoire conflictuelle. Sans qu'on ait à s'atteler à sa reconstitution exhaustive, plusieurs indices attestent de l'existence d'un champ de bataille intensément disputé.

²⁸ Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete, « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », *Sociologie du travail*, n° 56, 2014, p. 437.

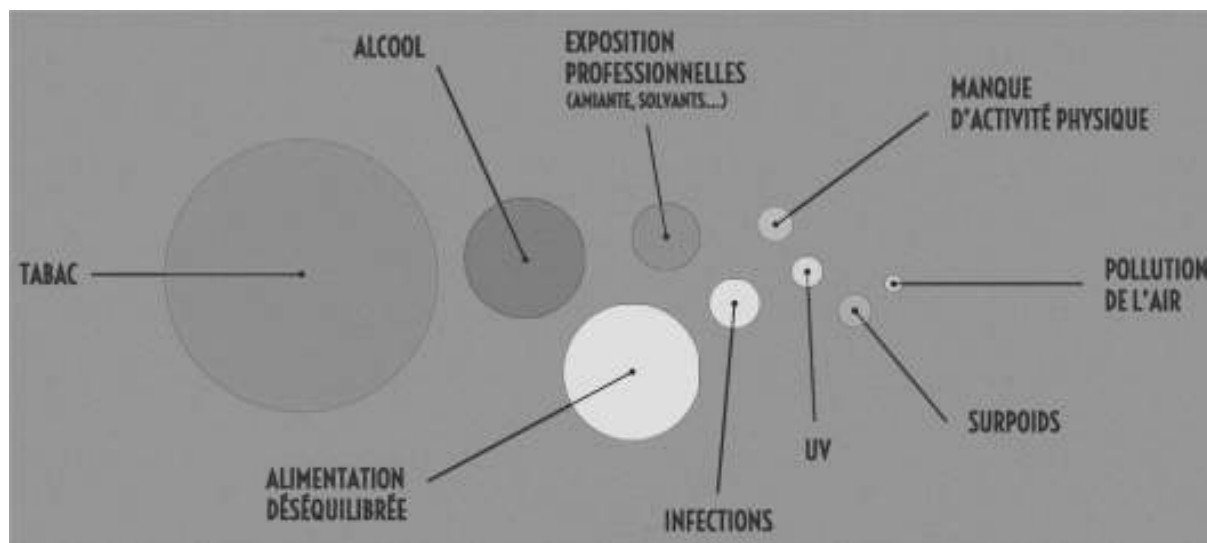
²⁹ *Ibid.*, p. 442.

³⁰ Joseph R Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Économica, « Études Sociologiques », 2009, p. 13.

³¹ André Picot et Annie Thébaud-Mony, « Risques et atteintes toxiques », dans Annie Thébaud-Mony et al. (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 278.

³² Emmanuel Henry et Claude Gilbert (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/Pacte, « Territoires du politique », 2009, p. 16.

Figure 1. Une hiérarchie des facteurs de risque du cancer qui s'impose dans l'espace public en France dans les années 2000 : l'individualisation de la responsabilité



Le poids des différents facteurs de risque de cancer. © INCA 2016.

Largement diffusés dans l'espace public, de nombreux graphiques et schémas accordent au tabagisme la principale responsabilité dans la survenue des cancers et, d'une façon générale, aux modes de vie. Élaboré en 1994, un *Code européen contre le cancer* liste par exemple les « douze façons de réduire votre risque de cancer³³ » : une seule concerne l'espace professionnel, les onze autres mentionnent les « bons » comportements à adopter, jusqu'à préconiser l'allaitement pour les femmes. Dans cette même perspective consistant à hiérarchiser les risques cancérigènes, l'Institut national du cancer (INCA), qui représente l'un des principaux vecteurs de communication sur cette pathologie en France depuis les années 2000, propose un test de trois minutes à réaliser en ligne pour « réduire son risque de cancer » : une fois remplies les cases concernant le sexe, l'âge et le poids, il s'agit de préciser si l'on fume et si l'on boit de l'alcool, si l'on consomme de la viande rouge ou de la charcuterie, des portions de fruits et de légumes, des céréales complètes, à quel rythme et dans quelles proportions, si l'on pratique une activité physique avant de demander si l'on est exposé dans le cadre professionnel à des substances cancérigènes, si l'on se met à l'abri du soleil et si l'on s'expose à des UV artificiels³⁴.

La « guerre » des causes du cancer

En premier lieu, comme cela a déjà pu être étudié dans le cas d'autres maladies, « le cancer est une affaire financière et pas seulement de science ou de charité, avec des ventes de médicaments excédant le milliard de dollars par an³⁵ ». Les enjeux financiers liés au cancer sont particulièrement importants. La recherche consacrée à la lutte contre le cancer et à la découverte de nouveaux traitements tout comme la prise en charge des soins et traitements représentent un coût extrêmement lourd dans les pays développés à espérance de vie élevée. À l'échelle de l'Union européenne, il s'élèverait à 126 milliards

³³ CIRC, *Le Code européen contre le cancer*, en ligne sur <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/12-facons> [consulté le 10 décembre 2017].

³⁴ Test en ligne sur www.e-cancer.fr/prevention-cancers-le-test/questions [consulté le 10 décembre 2017].

³⁵ Samuel Epstein, « Gagner la guerre contre le cancer... Mais est-elle vraiment engagée ? », *L'écologiste*, vol. 1, n° 1, automne 2000, p. 24.

d'euros en 2009³⁶ et représenterait chaque année en France environ « 14 milliards d'euros pour 350 000 nouveaux patients, soit 8 % des dépenses de santé pour 2 % de la population », selon la cancérologue Nicole Delépine³⁷. Comme Michaël Pollak a pu le relever concernant la lutte contre le sida, « l'enjeu de la concurrence scientifique est inséparablement économique ³⁸ ». Les orientations de recherche ne sont pas indépendantes des possibilités de financement et contribuent à relier l'étiologie du cancer à telle cause plutôt qu'à telle autre.

Ainsi, la force du paradigme infectieux hérité du XIX^e siècle a contribué à affaiblir les recherches sur les cancérogènes professionnels, selon Siddhartha Mukherjee ³⁹, recomposant la définition du problème. Alors que, dans l'entre-deux guerres, les seuls facteurs cancérogènes connus et avérés sont professionnels⁴⁰, comme le radium, l'aniline des colorants et les produits dérivés de la houille, pris en compte dans les tableaux de maladie professionnelle, la découverte en 1910 par le virologue américain Peyton Rous d'un virus susceptible de provoquer le cancer à une poule infléchit cette représentation des facteurs d'exposition : « La notion que le cancer et les maladies infectieuses pouvaient finalement se fondre en une seule entité était simplement trop séduisante pour que l'on y résiste⁴¹. » De nombreuses recherches – et donc de nombreux financements – s'orientent alors vers l'identification d'autres virus, jusqu'à parvenir à identifier, seulement en 1958, le premier virus susceptible de transmettre un cancer à un humain⁴².

En second lieu, une diversité d'acteurs participe à la définition du cancer en problème de santé publique tantôt en concurrence et tantôt en alliance. Il est ainsi possible d'évoquer les relations unissant certains secteurs industriels à certains scientifiques et la façon dont certaines industries entendent peser sur la production scientifique⁴³, jusqu'à vouloir être en mesure de qualifier ce qui ressort de la « bonne » science et de la « mauvaise ». Créée en 1993 aux États-Unis par l'industrie du tabac, la Coalition pour le progrès de la science saine (*The Advancement for Sound Science Coalition*) promeut ainsi

³⁶ European Trade Institut, *The cost of occupational cancer in the EU-28*, Brussels, 2017, accessible sur www.etui.org/Publications2/Reports/The-cost-of-occupational-cancer-in-the-EU-28 [consulté le 10 décembre 2017].

³⁷ Nicole Delépine, *Le cancer, un fléau qui rapporte*, Paris, Michalon Éditeur, 2013, p. 13. Nicole Delépine cite, « à titre d'exemple, dix-huit semaines de traitement avec une molécule ciblée comme le cetuximab (Erbix* du laboratoire Merck) coûtent en moyenne 80 000 dollars et n'améliorent la survie médiane que de 1,2 mois» (p. 14). La prescription d'un mois de crizotinib (Xalkori* du laboratoire Pfizer) s'élève à 13 000 euros par mois (p. 15). Les traitements contre le cancer représentent ainsi une manne pécuniaire.

³⁸ Michaël Pollak, « Constitution, diversification et échec de la généralisation d'une grande cause. La lutte contre le Sida », *Politix*, vol. 4, n° 16, 1991, p. 80.

³⁹ Siddhartha Mukherjee, *L'empereur de toutes les maladies. Une biographie du cancer*, Paris, Flammarion, 2013, p. 214-215.

⁴⁰ Devra Davis, *The secret History of the War of Cancer*, New York, Basic Books, 2007, p. 19-21.

⁴¹ Siddhartha Mukherjee, *L'empereur de...*, ouvr. cité, 2013, p. 214-215.

⁴² Le virus Epstein-Barr, de la famille des herpès, est identifié en 1958 dans la survenue d'un lymphome.

⁴³ Pascal Marichalar, « Entre science et industrie, des liaisons dangereuses », *Santé et Travail*, n° 87, juillet 2014, p. 43-44.

« l'usage de la science saine dans la prise de décision publique⁴⁴ ». En alliance avec l'Association américaine des industriels de la chimie, elle définit de bonnes pratiques épidémiologiques et tente d'imposer des critères permettant de distinguer la science saine (*sound*) de la science malsaine (*unsound*).

Deux « affaires » ont ainsi été récemment médiatisées dans le champ du cancer. Pressenti pour diriger le Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (INSERM-université Paris-Sud), l'épidémiologiste et ancien membre du CIRC Paolo Boffetta a été mis en cause par une partie de la communauté scientifique pour ses relations étroites avec des industries polluantes et, devant ce scandale, est revenu sur sa candidature⁴⁵. En 2017, le processus de révision de la directive européenne « sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérogènes ou mutagènes au travail⁴⁶ » a révélé la puissance d'influence du lobby industriel sur la législation européenne⁴⁷. Il s'agissait d'inscrire des valeurs limites d'exposition pour onze nouvelles substances chimiques sur la base des avis d'un comité scientifique dont la plupart des membres (15 sur 22) étaient ouvertement liés à des industriels concernés par leur expertise⁴⁸.

La bataille des chiffres

Dans ce jeu de forces visant à maîtriser la définition du cancer, la bataille des chiffres joue un rôle essentiel. C'est en effet dans un espace marqué par l'incertitude que la représentation dominante sur les causes de cancer parvient à s'imposer. Dans ce sens, s'intéresser à l'invisibilité sociale des cancers d'origine professionnelle fait écho aux travaux de recherche portant sur la construction de la connaissance – ou plutôt sur la non production de la connaissance (*undone science*) – ou encore la production de l'ignorance, à l'origine de la notion d'agnostologie⁴⁹. Comme le résume Mathias Girel, « il s'agit de voir l'ignorance non pas seulement comme une fatalité, ou comme l'envers nécessaire de nos entreprises de recherche, ou encore comme un échec partiel du système éducatif, comme le veut le modèle du "déficit" (*deficit model*), mais bien comme résultant parfois d'une action : l'ignorance peut être créée de toutes pièces, par des stratégies de désinformation, de censure, ou bien entretenue par des stratégies de

⁴⁴ Marie-Monique Robin, *Notre poison quotidien. La responsabilité de l'industrie chimique dans l'épidémie des maladies chroniques*, Paris, La Découverte/Arte éditions, 2001, p. 159 et suivantes.

⁴⁵ Stéphane Foucart, « Epidémiologie: des liaisons dangereuses », *Le Monde*, 16 décembre 2013.

⁴⁶ Directive 2017/2398/UE du 12 décembre 2017 (JOUE n° L 345, 27 décembre 2017).

⁴⁷ Stéphane Horel, « Cancer au travail : la Commission européenne complice de l'industrie », *Le Monde*, 24 février 2017.

⁴⁸ Stéphane Horel et Gary Dagorn, « Cancers au travail : Bruxelles malade des conflits d'intérêts », *Le Monde*, 24 février 2017, en ligne sur www.lemonde.fr/les-decodeurs/visuel/2017/02/24/cancers-professionnels-bruxelles-malade-des-conflits-d-interets_5084834_4355770.html [consulté le 30 juillet 2017].

⁴⁹ Robert Proctor and Londa Schiebinger (dir.), *Agnology : the making and unmaking of ignorance*, Stanford University Press, 2008. David Michaels, *Doubt is their Product : How Industry's Assault on Science Threatens your Health*, Oxford University Press, Oxford, 2008. Naomi Oreskes et Erik M. Conway, *Les marchands de doute*, Paris, Le Pommier, 2012.

décrédibilisation de la science, par des tiers, qu'il s'agisse d'États, de collectifs ou de groupes de pression⁵⁰... »

En matière de cancers, la majorité des données existantes reposent sur des estimations et des probabilités. En effet, comme le constate la Cour des comptes dans un rapport consacré à évaluer le Plan cancer, « la France n'a pas de système de surveillance des causes de décès au sein des professions, ni de statistiques nationales de mortalité par cause, profession et secteur d'activité. Surtout, la transmission et l'exploitation des données d'anatomopathologie, déterminantes pour détecter les cancers aux causes encore mal identifiées, restent à améliorer⁵¹ ». Les données concernant l'incidence de la maladie, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas de malades du cancer chaque année, résultent alors d'une modélisation statistique réalisée principalement à l'appui des registres du cancer qui ne couvrent que 20 % de la population et ne mentionnent pas les activités professionnelles des personnes malades⁵². Quant à celles qui concernent les facteurs de risque du cancer, elles sont le fruit de calculs très complexes, élaborés au cours des années 1950 pour répondre à « l'incapacité des sciences biomédicales à en faire l'étiologie⁵³ » et introduits en France par Daniel Schwartz⁵⁴. La recherche sur les causes du cancer serait ainsi à la naissance de l'épidémiologie moderne et de son approche probabiliste⁵⁵. La connaissance construite sur les facteurs de risque s'appuie donc sur des raisonnements mathématiques rarement explicités aux néophytes, reposant sur le calcul de « fractions de risques attribuables ».

Selon les sources, les données sur les facteurs environnementaux dans la survenue des cancers – les facteurs professionnels étant le plus souvent inclus dans cette catégorie – peuvent ainsi varier fortement, et fournir l'indice d'une lutte d'influence. Un rapport de l'Académie de médecine et du Centre international de recherche sur le cancer affirme ainsi en 2007 que le nombre de cancers liés aux facteurs environnementaux serait « de l'ordre de 0,5 % et pourrait atteindre 0,85 % si les effets de la pollution de l'air atmosphérique étaient confirmés⁵⁶ » quand le Plan national santé environnement

⁵⁰ Mathias Girel, « Le doute à l'égard des sciences : l'ignorance produite et instrumentalisée ? », *Partager la science* (collectif), Arles, Actes Sud, 2013, p. 45-66. Voir aussi l'entretien qu'il réalise avec Robert N. Proctor : Robert N. Proctor, « Robert Proctor et la production de l'ignorance », *Critique*, vol. 799, n° 12, 2013, p. 992-1005.

⁵¹ Cour des comptes, *La mise en œuvre...*, rapport cité, 2008, p. 71.

⁵² Laurent Remontet et al., « Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°38, 13 octobre 2009.

⁵³ François Buton, « Faire parler l'épidémiologie », *Vacarme*, vol. 19, n° 2, 2002, p. 34-36.

⁵⁴ François Buton, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, vol. 65, n° 4, 2006, p. 71-91.

⁵⁵ Marcel Goldberg et Ellen Imbernon, « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail ? » Le rôle de l'Institut de veille sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2008, p. 29.

⁵⁶ CIRC, Académie nationale de médecine, Académie nationale des sciences, *Les causes du cancer en France*, 2007, en ligne sur www.iarc.fr/fr/publications/pdfs-online/wrk/wrk3/CausesofCancerFrance2000_Fr.pdf [consulté le 5 mars 2016].

(2004-2008) évoque lui, une fourchette de 7 à 20 % et le cancérologue Dominique Belpomme, une autre de 80 à 90 %⁵⁷.

Se penchant sur la boîte noire du calcul de ces parts attribuables, Émilie Council relève tout d'abord que les données concernant la part du travail dans la survenue du cancer sont pour l'essentiel toutes reliées à une seule et même publication de 1981 consacrée aux causes évitables du cancer⁵⁸, selon laquelle seulement 4 % en moyenne des décès par cancer (entre 2 à 8 %) seraient attribuables à des facteurs professionnels. Elle reconstitue ensuite la manière dont, à l'issue « de plusieurs années de joutes par commentaires interposés » dans plusieurs revues scientifiques, le pourcentage construit par Richard Doll et Richard Peto impose « un déclassement durable et relativement ubiquitaire des facteurs professionnels – et plus largement des produits chimiques industriels – parmi les causes du cancer⁵⁹ », quand bien même, de leur propre aveu, ils ont dû procéder par « extrapolations de fiabilités incertaines, impressions cliniques et hypothèses actuelles ». En toute méconnaissance de cette « “cuisine” préparatoire aux enquêtes⁶⁰ », de nombreuses publications officielles s'appuient sur la part de risques attribuables au travail qui a été établie par Doll et Peto, sans que soient justement réactualisées les extrapolations et les hypothèses sur lesquelles ils se sont fondés il y a près de quarante ans.

Si la représentation du cancer résultant principalement des comportements individuels semble aujourd'hui stabilisée, elle ne l'est pas une fois pour toutes et se situe toujours au cœur d'intenses rapports de force. Fortement traversé par ces controverses, le champ de la cancérologie est marqué par des oppositions fortes et tranchées entre des cancérologues convaincus de la primauté des facteurs comportementaux et d'autres persuadés de celle des facteurs environnementaux. La discipline historique n'est pas en reste : dans un compte rendu de l'ouvrage de Pierre Darmon consacré à une histoire du cancer de l'Antiquité à nos jours, Olivier Faure critique ainsi sévèrement le travail de son collègue notant que « l'historien disparaît très vite derrière le polémiste acharné et le propagandiste zélé⁶¹ ». Sous la prétention historique s'affirmerait en réalité, selon lui, une « ratification de l'étiologie en vogue qui exalte le rôle du tabac et minimise celui des facteurs environnementaux [et] une dénonciation des méfaits de l'alcoolisme, digne du plus pur hygiénisme de la fin du siècle dernier⁶² ». Ainsi, loin de se réduire à une

⁵⁷ Dominique Belpomme, *Comment naissent les maladies*, Paris, Éditions Les liens qui libèrent, 2016.

⁵⁸ Richard Doll and Richard Peto, « The Causes of Cancer : Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 6, 1981, p. 1367-1375.

⁵⁹ Pour ces citations, Émilie Council, « Causes du cancer : pourquoi le travail échappe au radar », *Santé et travail*, n° 100, octobre 2017, p. 44. Voir aussi Émilie Council et Emmanuel Henry, « Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 148, octobre 2016, p. 5-29.

⁶⁰ Serge Volkoff, *Des comptes à rendre. Usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*, dossier d'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Marne-la-Vallée, 2002, p. 111.

⁶¹ Olivier Faure, « Pierre Darmon, Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours, Paris, Plon, 1993 », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 2, 1998, p. 329.

⁶² *Ibid.*

question médicale, le cancer est aussi un problème politique et les débats portant sur la maladie se situent sur un terrain tout à la fois idéologique et économique.

En ce sens, il n'est pas possible de s'intéresser aux ressorts du recours au droit à réparation sans mesurer les luttes qui se jouent en amont de l'exercice de ce droit. Cette recherche s'efforce donc de montrer que le contexte d'exercice du droit ne se situe pas à distance de cette histoire, il est plutôt traversé par elle. Le salarié ou ancien salarié doit parvenir, pour convertir sa maladie en préjudice et déclarer son cancer en maladie professionnelle, à admettre l'existence des facteurs professionnels dans la cancérogénèse mais aussi à la faire admettre aux autres acteurs concernés par le champ de la réparation, aux médecins principalement auxquels le droit à réparation confie un rôle décisif. Le droit à réparation, parce qu'il contribue à la visibilité ou à l'occultation de l'existence des cancers d'origine professionnelle, est l'un des points d'expression du rapport de force à l'origine de la définition du cancer en problème de santé publique.

Une contribution à l'histoire du travail

Parmi toutes les localisations cancéreuses, la localisation broncho-pulmonaire est la plus meurtrière. La plus inégalitaire aussi : les ouvriers en meurent trois fois plus que les cadres⁶³. Questionner l'invisibilité sociale des cancers du poumon d'origine professionnelle suppose donc de reconstituer les conditions de travail des ouvriers et des employés et d'envisager cette pathologie comme les « traces corporelles de l'histoire⁶⁴ » de leur travail et de ses transformations au fil des décennies antérieures à la survenue de la maladie. Près de la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon s'expliquerait en effet par l'exposition à des facteurs professionnels⁶⁵.

Elle conduit à s'interroger sur l'inégale valeur des vies humaines. En ce sens, un éditorial publié dans *Libération* il y a plus de vingt ans conserve une certaine actualité :

« Qu'est-ce que la maladie de l'amiante à l'origine ? Une maladie professionnelle, contractée avant tout par ceux qui travaillent l'amiante, dans les usines ou sur les chantiers. Autrement dit, n'ayons pas peur des mots incongrus, la maladie de l'amiante est une maladie ouvrière, comme la silicose l'était en son temps. [...] Si le lobby de l'amiante a pu persévérer dans son oeuvre, c'est qu'en face de lui aucun contre-lobby n'a pu agir de manière efficace. Pour une raison simple : les ouvriers dans l'imagerie collective étaient en voie de disparition. Modernes, branchées, technologiques, les années 80 n'avaient que faire de ce mythe encombrant et désuet : les ouvriers. A fortiori, les

⁶³ Marcel Goldberg et Ellen Imbernon, « Quels dispositifs... », art. cité, 2008, p. 25.

⁶⁴ Gabrielle Hecht, « L'empire nucléaire. Les silences des "Trente Glorieuses" », dans Céline Pessis et al. (dir.), *Une autre histoire des « Trente Glorieuses ». Modernisation, contestation et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte, 2013, p. 160-161.

⁶⁵ Ellen Imbernon, *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Saint-Maurice, INVS, 2003.

ouvriers malades. Dire "adieu à la classe ouvrière", c'était aussi, sans le savoir, dire adieu à ces victimes obscures parce que membres d'un groupe social ringardisé⁶⁶. »

L'origine professionnelle des cancers n'est pas négligée seulement parce qu'elle représente, selon ce journaliste, une « maladie de classe⁶⁷ », mais parce qu'elle est inscrite dans l'espace du travail et des relations salariales. Établissant une comparaison entre la gestion publique du sang contaminé et celle de l'amiante, Marc Lorient relève que, dans le premier cas, 1 200 hémophiles sont contaminés et le retard dans les décisions publiques se compte en mois quand, dans le second cas, 2 000 décès sont enregistrés en 1996 (et 160 000 attendus jusqu'à 2020) et le retard dans les décisions publiques se compte en dizaines d'années : « S'il semble intolérable que la médecine soit le vecteur de la maladie, les atteintes liées à l'activité professionnelle sont jugées plus acceptables : le travail est une contrainte et, d'une certaine façon, le salaire est là pour l'indemniser⁶⁸. »

L'exercice du droit à réparation ne peut s'analyser sans resituer le « dommage », la maladie, au sein des rapports sociaux et notamment des rapports de subordination dans lesquels se sont inscrits les parcours de travail et d'exposition des anciens salariés atteints de cancer. Le délai de latence n'explique pas à lui seul la difficulté à concevoir l'espace professionnel comme à l'origine du préjudice.

Au final, en prenant pour objet principal de recherche l'exercice du droit à réparation par des salariés ou anciens salariés atteints de cancer, l'objectif de cette thèse va bien au delà de l'identification des seuls facteurs psychologiques, sociaux, culturels, économiques du non-recours à ce droit. Elle s'attache aux pratiques et logiques d'acteurs investis dans la construction du cancer comme problème de santé tout à la fois privé et public, et par-dessus tout social, en reconstituant les séquences de cette construction. En proposant une reconstitution des conditions de l'insertion de la pathologie cancéreuse dans la catégorie légale des « maladies professionnelles », cette recherche inscrit le « cancer professionnel » dans l'espace des rapports multiples et souvent antagoniques qui s'exercent entre ces différents acteurs, tant dans les histoires individuelles que dans les arènes décisionnelles le concernant.

Le droit à réparation des maladies professionnelles : un terrain de conflit masqué

« Exercer son droit », « recourir au droit », demander justice, réparation..., les expressions sont nombreuses qui, dans les travaux en sciences sociales, rendent compte de l'expérience des victimes devant les tribunaux. Mais, prévient Hélène Michel, « raisonner en termes de justice et de droit passe sous silence les différences entre des types de juridiction et donc des types de formalisation juridique des griefs : la défense

⁶⁶ Laurent Joffrin, « Maladie de classe », *Libération*, 2 juillet 1996.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Marc Lorient, *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Éditions Erès, « Action santé », 2002, p. 145.

de salariés au tribunal administratif n'autorise pas les mêmes demandes qu'au conseil de prud'hommes où ne sont pas déployés les mêmes arguments sur les droits et obligations des travailleurs⁶⁹ ». Les spécificités du droit à réparation éclairent ainsi fortement le processus par lequel les anciens salariés atteints de cancer peuvent ou non convertir leur maladie en préjudice et obtenir réparation.

S'il concerne les maux du travail, le droit à réparation se distingue toutefois fortement du droit du travail. Régi par le Code de la Sécurité sociale, il représente un volet très marginal du droit social dont l'application revient aux Caisses primaires d'assurance maladie. Le corps médical y occupe une place essentielle, tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre, comme la thèse en rendra compte. Exercer son droit à réparation revient pour les requérants à se confronter à un espace institutionnel, mal connu et mal compris du plus grand nombre, constitué d'organismes de droit privé (les CPAM) et d'autres de droit public (CNAMTS), gérés paritairement, et dont les missions se rattachent pour une part au ministère en charge de la Santé, pour une autre à celui en charge du Travail. Le recours à la justice ne s'effectue qu'en second lieu, pour contester une décision notifiée par l'Assurance maladie. Il repose sur une pluralité de juridictions selon le type de contentieux (général, médical, technique ou sur la tarification), sans grand passé historique : les Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) n'ont été créés qu'en 1985, ceux du contentieux de l'incapacité (Tci) qu'en 1994, quand il s'agissait avant de commissions spécialisées des organismes de Sécurité sociale.

Un vecteur supplémentaire d'inégalités

À cet endroit, il est utile de préciser certains aspects du droit à réparation en maladies professionnelles qui pèsent sur les possibilités d'accéder au droit. D'une part, s'il consiste à réparer un dommage corporel causé par le travail, l'indemnisation qu'il propose n'est que forfaitaire. Elle ignore la nomenclature des préjudices corporels qui est prise en compte dans toutes les autres situations – victimes d'agressions, d'accidents de la route, du sang contaminé, du terrorisme... – qui garantit une réparation « intégrale ». Dans le cas d'une maladie professionnelle, l'indemnisation de la victime est calculée en fonction du taux d'incapacité permanente que lui attribue le médecin-conseil de l'Assurance-maladie selon un barème national, modulé en fonction de son salaire et de son âge. Cette modalité compense seulement la perte, pour la victime, de sa capacité de gain, c'est-à-dire de sa capacité de travail et du salaire que celui-ci rapporte. À ce titre, le droit à réparation des maladies professionnelles fait figure de droit d'exception puisque la valeur des corps et des vies abîmés par le travail est inférieure à celle des corps et des vies abîmés dans d'autres circonstances.

⁶⁹ Hélène Michel, « Justice au travail et travail du droit : invitations à une sociologie différenciée du droit et de la justice », *Politix*, vol. 118, n° 2, 2017, p. 14.

D'autre part, face à ce droit, tous les travailleurs n'ont pas les mêmes possibilités. Les artisans et les travailleurs indépendants ne peuvent y prétendre puisqu'ils ne cotisent pas à l'Assurance AT-MP. Le contenu des tableaux de maladie professionnelle diffère selon que l'on est affilié au régime général ou à la Mutualité sociale agricole. Quant aux fonctionnaires, ils bénéficient d'un régime spécial, bien moins avantageux, notamment parce que la décision de reconnaissance en maladie professionnelle revient à leur employeur qui est ainsi juge et partie dans l'appréciation des liens entre le cancer et l'activité exercée. Compte tenu de l'important délai de latence entre les expositions aux cancérogènes et la survenue du cancer, l'affiliation à l'un ou l'autre régime a pu évoluer dans les parcours de travail de ces salariés ou anciens salariés. Un ouvrier du BTP a pu être exposé alors qu'il était salarié et se retrouver ensuite artisan, à son compte, soumis aux mêmes expositions mais désormais sans possibilité d'accéder au droit. Un peintre ou un menuisier a pu être exposé à des cancérogènes pendant qu'il était affilié au régime général et être affecté par un cancer au moment où il dépend du régime de la fonction publique.

Par ailleurs, la réparation d'un cancer professionnel n'ouvre pas les mêmes perspectives d'indemnisation selon que la reconnaissance a lieu en lien avec l'amiante ou en lien avec un autre cancérogène. Le mouvement social des victimes de l'amiante a obtenu la création d'un fonds d'indemnisation spécifique, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui garantit une réparation intégrale de leurs préjudices aux salariés ou anciens salariés dont le cancer a été reconnu en maladie professionnelle par l'Assurance maladie. Il existe ainsi une inégalité structurelle dans l'accès à réparation entre les malades de l'amiante et les autres.

Enfin, les termes de la procédure diffèrent selon que la situation du requérant correspond exactement aux critères mentionnés sur les tableaux de maladie professionnelle ou non : dans le premier cas, le délai d'instruction de la demande par la caisse ne peut en principe dépasser six mois tandis que, dans le second, il n'existe pas de délai à respecter.

Comme cette recherche en rendra compte, exercer son droit à réparation représente des voies, des enjeux et des significations très différentes qui pèsent sur les formes d'engagement dans le recours au droit.

Un conflit en toile de fond

L'une des principales sources de confusion pour les salariés et anciens salariés qui exercent leur droit à réparation repose sur le fait qu'ils n'ont pas, le plus souvent, conscience d'exercer un droit en déclarant leur maladie en « maladie professionnelle » mais plutôt le sentiment d'effectuer une démarche administrative dans la perspective d'obtenir ce qui s'apparente à une indemnité d'assurance. Ce faisant, ils ne mesurent pas

qu'ils inscrivent leur démarche dans un litige avec leur(s) employeur(s). Il est possible à cet endroit d'établir un parallèle avec les travaux de Camille Trémeau consacrés au recours aux prud'hommes de la part de jeunes salariés. Elle constate en effet que loin de se situer en amont de ce recours, c'est souvent l'expérience prud'homale en elle-même qui « consacre l'existence d'intérêts antagoniques entre employeur et salarié et les encourage à développer un sentiment d'avoir "droit à avoir des droits"⁷⁰ ». Pour les personnes qui déclarent leur cancer en maladie professionnelle, l'existence d'un conflit d'intérêt entre ces deux parties est le plus souvent ignorée du fait de la médiation de la CPAM dans l'instruction des dossiers, alors que cet antagonisme se situe au fondement du droit à réparation – la reconnaissance d'une maladie professionnelle représentant un coût financier pour l'employeur. Dans ce travail, nous posons cette question de savoir comment parvenir à convertir sa maladie en préjudice lorsque le droit ne se présente pas de prime abord comme le moyen d'imputer une responsabilité à ce préjudice.

Une recherche combinant ethnographie et histoire

S'inscrivant dans la suite des travaux évoqués plus haut, cette recherche s'attache elle aussi à interroger ce qui fait obstacle à la possibilité de « convertir sa maladie en préjudice » dans la perspective d'exercer son droit à réparation. Mais il s'agit ici de ne pas de prendre ce droit comme un acquis de principe et de ne pas interroger, sous une forme ou sous une autre, les victimes sur leur défaillance dans sa mise en œuvre. Cette recherche entend au contraire aborder la relation des malades au cancer qu'ils subissent en rapport avec leur travail à partir de leur parcours d'expérience, alors qu'ils sont confrontés à la maladie, à la compréhension du rôle du travail dans sa survenue, à l'épreuve de la démarche de demande de réparation. Fondée sur l'attention à l'expérience de ces travailleurs, cette recherche entend par ailleurs considérer le droit non pas comme un ensemble de normes dont les textes et règlements procèderaient et dont il reviendrait aux justiciables de disposer. Elle envisage plutôt le droit comme une pratique, effectuée aux deux niveaux de son élaboration et de ses mises en œuvre, une pratique cumulée et sans cesse réactivée par le biais de la jurisprudence, une pratique résultant de jeux de forces sociales sans cesse en action. Il est donc question, ici, d'étudier le double processus de production du droit effectif et d'expérience de sa sollicitation. Pour réaliser cette rencontre, la recherche présentée ici recourt aux deux approches de l'ethnographie et de l'histoire, la première pour son aptitude à observer les acteurs dans le cours de leur activité ou de leur action lorsqu'elle s'effectue, la seconde pour le soin qu'elle permet dans l'observation des traces des actes passés⁷¹.

⁷⁰ Camille Trémeau, « De jeunes salariés confrontés à l'(in)justice du travail : recours aux prud'hommes et effets socialisateurs de l'épreuve judiciaire », *Politix*, vol. 118, n° 2, 2017, p. 181.

⁷¹ Anne-Marie Arborio *et al.* (dir.), *Observer le travail. Ethnographie et histoire, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008.

Du côté ethnographique, une observation participante de longue durée

Dans sa partie ethnographique, l'enquête s'est construite, pour une part, en accompagnant des salariés et anciens salariés atteints de cancer et leurs proches dans leur exercice du droit à réparation. À cette fin, elle a pris appui sur un dispositif de recherche-action situé en Seine-Saint-Denis, le Groupement d'intérêt scientifique des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (GIS COP93⁷²), que j'ai rejoint en 2009 dans le cadre d'un master en sciences sociales. Créé en 2002, ce GIS prend la forme d'une « enquête permanente » auprès de salariés et d'anciens salariés qui sont atteints de cancers, majoritairement broncho-pulmonaires et dont les coordonnées et les documents médicaux se rapportant au diagnostic lui ont été transmis par les médecins hospitaliers.

À condition qu'ils acceptent de participer à l'enquête, ces « patients » sont associés à la reconstitution précise de leurs activités de travail depuis leur premier emploi, voire leur apprentissage. Cette reconstitution est ensuite soumise à une expertise collective qui conclut (ou non) à la présence de cancérogènes dans l'activité de travail et préconise (ou non) une déclaration en maladie professionnelle de la part du malade ou de sa famille. Les patients concernés en sont informés et il est possible de suivre ensuite leur parcours d'accès au droit à réparation le cas échéant. Financé notamment par le ministère du Travail et le Conseil départemental, ce dispositif de recherche action poursuit l'objectif, en partenariat avec des services hospitaliers de pneumologie et d'oncologie et la Caisse départementale d'Assurance maladie (CPAM93), de « faire connaître, reconnaître pour mieux les prévenir » les cancers d'origine professionnelle. En ce sens, il se revendique acteur de santé publique.

Chargée de ce volet du dispositif entre 2009 et 2015, j'ai bénéficié d'un point d'observation inédit pour accéder aux perceptions et usages du droit à réparation par des personnes qui ne se considèrent pas – ou pas encore – comme victimes d'un préjudice lié au travail. En effet, certains des travaux cités ci-dessus, consacrés aux victimes de maladies professionnelles et au processus qui leur permet de convertir leur maladie en préjudice, prennent appui sur des personnes déjà mobilisées au sein de collectifs ou qui ont transmis leurs dossiers à des associations et se nourrissent d'un matériau composée d'entretiens, d'archives et d'observation. Ils envisagent leurs

⁷² En 2017, les institutions membres du GIS sont la Direction des relations du travail (DGT) du ministère de l'Emploi et de la solidarité, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, le Cancéropôle d'Île-de-France, l'École des hautes études en santé publique (EHESP), l'Université Paris 13, le Centre d'études de l'emploi et du travail (CNAM-CEET), le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, le comité départemental de la Ligue contre le cancer, l'Association de prévention et médecine du travail (AMET) et l'Association de médecine du travail du Nord-Est Parisien (METRANEP). Voir <https://giscop93.univ-paris13.fr>

parcours d'accès au droit à partir de leur aboutissement ou à partir de plusieurs moments et étapes de ces « carrières de papier⁷³ ».

Cette recherche s'est donc construite, pour une part, en accompagnant des salariés et anciens salariés atteints de cancer et leurs proches dans leur exercice du droit à réparation. Il s'agissait de parvenir à recenser, *en situation*, les freins et obstacles à la possibilité de percevoir un préjudice, de déclarer son cancer en maladie professionnelle, d'accéder à la réparation. Rédigés au cours de cette observation participante, des journaux de terrain rendent compte de tous les échanges effectués avec ces requérants et avec les différents acteurs rencontrés lors des parcours d'accès au droit.

Durant plus de cinq ans, de 2009 à 2014, j'ai suivi de façon systématique les démarches de déclaration en maladie professionnelle des patients du dispositif GISCOP93 concernés par cette possibilité (éligibles au droit à réparation), puis de façon plus sélective les années suivantes. J'ai ainsi pu accompagner près de 200 personnes sous des formes et sur des durées variées, que je présente dans le premier chapitre.

Autour de ces situations, j'ai contacté un éventail large d'interlocuteurs rencontrés par ces requérants selon les difficultés dans leur accès au droit : médecins, assistantes sociales, agents de la CPAM93 et des autres administrations, collègues, syndicalistes, inspecteurs du travail, militants associatifs, notaires, avocats, ingénieur de prévention, élus municipaux, archivistes... Sur la base de cet accompagnement s'est construit un corpus de dossiers de déclaration en maladie professionnelle, comprenant de nombreux documents administratifs et médicaux ainsi que la copie de tous les courriers reçus par les requérants en provenance de la CPAM93, en complément de mes prises de notes.

Ces journaux de terrain comprennent également toutes les notes rédigées lors de mes participations à des rencontres, des réunions, des visites, des formations qui ont pu alimenter ma compréhension du parcours d'accès au droit des enquêtés. Il est possible de distinguer parmi elles les réunions de restitution des résultats de l'enquête du GISCOP93 à ses partenaires et financeurs (les médecins des services hospitaliers, les agents de la CPAM93, le service social départemental de l'Assurance maladie, les avocats du cabinet partenaire, les membres du Comité directeur, etc.) ; les réunions institutionnelles auxquelles j'ai participé pour représenter le GISCOP93 comme par exemple les « matinées techniques » organisées par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis sur le thème « Accompagnement social et cancer » et rassemblant les différents services sociaux et le réseau associatif concerné par la thématique ou encore les formations sur la thématique des maladies professionnelles (une semaine au sein de l'Institut du travail de Strasbourg à l'invitation de la section CFDT des mineurs de Lorraine, une journée réalisée par l'Association départementale des victimes de

⁷³ Sébastien Chauvin, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.

l'amiante, ADDEVA93, à l'invitation du service social de l'Assurance maladie, deux journées sur les cancers professionnels organisés par l'Union syndicale Solidaires, à Nancy et à Paris).

Dans la perspective d'enrichir les dossiers de déclaration, j'ai exploré les fonds d'archives de quelques entreprises du département, déposés par l'inspection du travail aux archives départementales ou détenus par les archives municipales. Ce faisant, j'ai éprouvé des espaces de traces et preuves du travail exposé.

Pour resituer l'expérience des enquêtés dans un cadre plus large et pour analyser les conditions structurelles de l'application du droit à réparation, j'ai pu réaliser des entretiens avec une diversité d'acteurs (39) concernés par la réparation des cancers professionnels dont la liste et les fonctions sont précisés ultérieurement. Certains d'entre eux m'ont confié leur propre fonds d'archives.

L'étude des archives du Giscop93 concernant la période antérieure à la mise en place du dispositif a permis de comprendre dans quel contexte, avec quels acteurs et autour de quels enjeux il avait pris forme sur le territoire de la Seine-saint-Denis.

Du côté historien, l'exploration d'archives publiques et privées

L'étude historique a consisté, dans le prolongement d'autres travaux réalisés ces dernières années en histoire de la santé des travailleurs, à dépasser le simple principe du droit à la réparation des dégâts occasionnés par les conditions passées du travail⁷⁴. Elle a visé à retracer les processus par lesquels les décisions de reconnaissance ou de refus de réparation résultent de certains droits, élaborés avec minutie au cours de relations tripartites mêlant conflits et négociations. Une autre dimension consistait à interroger la notion de cancer et ses définitions réglementaires qui encadrent l'activité des caisses de l'assurance maladie. Autrement dit, d'effectuer une histoire tout à la fois des connaissances scientifiques, des conflits, des détours voire détournements qui se réalisent dans ce domaine, et de l'interaction entre ces connaissances et les différents niveaux de décision, à travers les activités d'expertise.

Pour cerner l'émergence de la notion de cancers professionnels, je me suis appuyée sur les deux principales revues de médecins hygiénistes de la fin du XIX^e siècle, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (1829-1922) et la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*⁷⁵ (1879-1940), interrogées en plein texte par mots-clés [cancer, tumeurs, cancroïdes, épithélioma, poumon, aniline, rayons X, poussières, houille]. En considérant

⁷⁴ Stéphane Buzzi et al., *La santé au travail, 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006. Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009. Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011.

⁷⁵ Elle se nomme successivement *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (de 1879 à 1924) puis *Revue d'hygiène* (de 1924 à 1927) et ensuite *Revue d'hygiène et de médecine préventive* jusqu'à sa disparition en 1940.

qu'elles n'accordent à l'étiologie professionnelle des maladies qu'une place restreinte⁷⁶, les rares articles qu'elles consacrent aux liens entre cancer et profession représentent des indices de ce qui peut faire relatif consensus dans la communauté scientifique et médicale à tel ou tel moment. C'est ainsi en 1875 que le cancer comme maladie du travail est pour la première fois évoqué. D'autres sources imprimées ont été explorées de façon moins systématique, comme le *Bulletin de l'Académie de médecine* par exemple.

Dans la perspective de retracer et de situer, même de façon partielle, la trajectoire sinueuse qui a produit la catégorie médico-administrative des cancers professionnels, j'ai fait le choix de m'intéresser à deux périodes bien distinctes : l'une située dans l'entre-deux-guerres (1913-1939), l'autre se situant du milieu des années 1970 au début des années 1990.

Il importait d'observer la mise en place du système de réparation et la place accordée à la pathologie cancéreuse lors de ses premières années de fonctionnement. Plusieurs sources institutionnelles ont été croisées : le *Journal officiel* pour accéder aux débats parlementaires entourant le vote de la loi sur les maladies professionnelles, le *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*⁷⁷ qui reproduit toutes les circulaires produites par le ministère du Travail et de l'hygiène industrielle et tous les documents se rattachant à la réglementation du travail, à l'hygiène et à la sécurité et les archives de la Commission spécialisée des maladies professionnelles (CSMP), détenues par le Centre des archives contemporaines. Elles donnent à voir le droit à réparation en train de se construire, dans un cadre paritaire à partir de 1931, et les négociations autour de la création de nouveaux tableaux de maladie professionnelle. Elles comprennent principalement les procès-verbaux des quatorze séances qui se sont déroulées de 1920 à 1938, avant la suspension de son activité par le régime de Vichy puis sa suppression par le gouvernement de la Libération. Ces archives donnent également accès à quelques procès-verbaux de la Commission d'hygiène industrielle (CHI) qui se réunissait en amont des réunions de la CSMP. La question d'inscrire le cancer dans le champ de la réparation se trouve mentionnée dès 1926. Il est possible de suivre la trajectoire de construction des premiers tableaux concernant la pathologie cancéreuse, en s'appuyant également sur les publications du Bureau international du travail (BIT) qui offrent tout à la fois un point de comparaison avec d'autres pays concernant la prise en charge du cancer professionnel et un éclairage sur l'influence de ces coulisses internationales dans la construction du droit à réparation français. La revue de la Confédération générale du

⁷⁶ Thomas Le Roux, « L'effacement du corps de l'ouvrier. La santé au travail lors de la première industrialisation de Paris (1770-1840) », *Le mouvement social*, vol. 234, n° 1, 2011.

⁷⁷ Le *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle* est un périodique créé en 1893 juste après la naissance de l'inspection du travail par décision du ministre du Commerce, de l'industrie et des colonies. Il paraît tous les deux mois, à raison de six fascicules de 80 pages environ par an et disparaît en 1936, remplacé par le *Bulletin du ministère du Travail et de la prévoyance sociale*. Cette collection a été numérisée ; elle est accessible sur www.sante.gouv.fr/bulletins-de-l-inspection-du-travail-et-de-l-hygiene-industrielle-de-1893-a-1936.html [consulté le 5 janvier 2017].

travail (CGT), *La Voix du peuple/Droit ouvrier*, a été consultée sur les années 1916 à 1940 dans la perspective d'identifier si le cancer professionnel représentait une préoccupation syndicale susceptible de trouver place dans ces colonnes : elle s'exprime à partir de 1928, à l'initiative de la Fédération du textile au sujet du « cancer des fileurs de coton ».

Pour suivre la fabrication du cancer broncho-pulmonaire en « maladie professionnelle », la séquence des années 1980 paraissait particulièrement intéressante à titre complémentaire, à la fois pour sa fécondité et pour les catégories d'acteurs dont elle donne l'occasion de voir l'implication : en dix ans, de 1981 à 1991, six tableaux⁷⁸ concernant cette pathologie sont en effet créés par la nouvelle Commission supérieure des maladies professionnelles (CSMP), installée au début des années 1980 auprès du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels. Seuls deux autres l'ont été les années antérieures, l'un concernant les rayonnements ionisants, créé en 1950, l'autre en 1976, concernant l'amiante, mais à condition d'être associé à une pneumoconiose, l'asbestose. En croisant plusieurs travaux déjà parus en sciences sociales et consacrés aux mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail, dans les années 1970, il est possible de reconstituer l'émergence d'un réseau critique du système de réparation et les multiples fils qui relient des acteurs aux appartenances et fonctions très diverses. La reconstitution du contexte de fabrication de ces tableaux est marquée par ces figures, au rang desquelles Annie Touranchet, Jacqueline Buhl-Lambert, Jean-Claude Zerbib, Annie Thébaud-Mony, Serge Volkoff. Des entretiens menés avec certains d'entre eux ont parfois ouvert la porte à des archives privées et associatives.

Je n'ai pas reçu de réponse à ma demande d'accès aux archives de la Commission des maladies professionnelles, formulée auprès de son président, Roland Masse ; j'ai néanmoins pu accéder à un fonds d'archives hybride, propriété d'un représentant syndical salarié, Jean-Claude Zerbib, pour la CFDT, comprenant à la fois les procès-verbaux institutionnels de cette commission, rédigés par le ministère du Travail et approuvés et amendés de séance en séance, et les comptes rendus « syndicaux » de ces réunions. Par l'intermédiaire du syndicat CFDT des mineurs lorrains, j'ai également pu accéder au fonds d'archives des Houillères du bassin de Lorraine, conservé au Centre des archives industrielles et techniques de la Moselle (CAITM). S'est ainsi construite la possibilité de reconstituer une négociation de dix ans autour de l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans le tableau 16, consacré aux produits dérivés de la houille.

Enfin, pour explorer les coulisses de l'instruction des dossiers de déclaration en maladie professionnelle, j'ai complété le matériau recueilli dans le cadre de l'accompagnement des patients, par des entretiens avec plusieurs acteurs de la Caisse, concernés par

⁷⁸ Il existe aujourd'hui treize tableaux de maladie professionnelle concernant la localisation broncho-pulmonaire, dont plus de la moitié créés avant 1991 (8).

l'instruction. Dans ce cadre, on a pu me transmettre des archives internes qui éclairent certains aspects de l'organisation de la caisse en matière de gestion des Accidents du travail et maladies professionnelles.

Trois parties pour rendre compte d'un processus

Cette thèse s'organise en trois parties, au rythme de la rencontre des enquêtés avec le droit de la réparation des maladies professionnelles.

La première partie de la thèse a pour objectif d'explorer ce qui fait obstacle à l'exercice du droit, à partir de l'expérience, en situation, des salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire. Les conditions de cette exploration étant inséparables de l'existence du dispositif d'accompagnement de ces personnes, un premier chapitre revient sur l'histoire et les caractéristiques du dispositif de recherche action, le GISCOP 93, au sein duquel cette recherche a pu se construire. Son inscription sur le territoire de la Seine-Saint-Denis résulte de la rencontre au milieu des années 1980 entre des chercheurs et le service de santé publique du Département, partageant l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé et de rendre visible le rôle des facteurs professionnels dans les atteintes à la santé (*chapitre 1*). Le plus souvent, pour les salariés ou anciens salariés, la notion même de cancer professionnel est un impensé. Pour parvenir à se figurer le lien entre leur maladie et leur activité professionnelle, ils doivent interroger leurs conditions de travail passées jusqu'à quarante ans en arrière et prendre conscience de leurs expositions à des cancérogènes. La perception d'un préjudice doit se resituer dans le contexte subordonné du contrat de travail (*chapitre 2*). Savoir que l'on a été exposé à des cancérogènes dans le cadre du travail ne suffit pas pour déclarer son cancer comme maladie professionnelle. Il faut se reconnaître éligible. L'exercice du droit ne peut être dissocié du contexte relationnel et social dans lequel se trouvent ces salariés ou anciens salariés et leurs proches, au centre duquel se situent la maladie elle-même et ses effets. Il intervient à contre-temps des soins et des traitements et place le malade requérant en porte-à-faux avec son médecin soignant. Il nécessite de parvenir à donner sens à cet accès à la réparation (*chapitre 3*).

La deuxième partie de la thèse resitue les difficultés qui sont rencontrées par les salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire dans l'histoire même de la construction de ce droit très spécifique. Dans un premier temps, elle analyse le dispositif mis en place en 1919 qui s'organise autour des tableaux de maladie professionnelle à l'origine d'une définition politico-juridique de la maladie. Elle reconstitue l'histoire de l'inscription de la pathologie cancéreuse dans les premiers tableaux, au cours de l'entre-deux-guerres, en lien avec l'émergence du cancer comme problème de santé publique (*chapitre 4*). Dans un second temps, elle suit la trajectoire de l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans le champ de la réparation des maladies professionnelles et

porte une attention particulière à la période allant des années 1970 aux années 1990. Elle reconstitue la formation et les contours d'un réseau porteur d'une critique du système de réparation des maladies professionnelles incapable d'objectiver les atteintes à la santé par le travail. Le cancer en devient l'exemple emblématique. Les acteurs de ce réseau parviennent à infléchir la représentation dominante reliant cette pathologie aux facteurs individuels : au début des années 1980, les facteurs professionnels sont pris en compte dans la définition des politiques publiques de lutte contre le cancer. L'insertion de la localisation broncho-pulmonaire dans les tableaux devient l'un des enjeux majeurs du rapport de force qui oppose les représentants des salariés aux représentants d'employeurs. La bataille nécessaire à l'inscription du « cancer des cokiers » dans le champ de la réparation, de 1985 à 1995, en est une illustration. Elle permet d'identifier les stratégies patronales visant à restreindre, non seulement le nombre des salariés concernés par le tableau mais aussi les conditions de son application (*chapitre 5*).

La troisième partie s'attache à rendre compte du rôle que le tableau de maladie professionnelle joue dans l'application individuelle du droit. Elle se construit en croisant l'expérience des salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire dans leur parcours d'accès au droit avec l'exploration par le chercheur des coulisses de l'Assurance maladie, du travail des acteurs qui y instruisent leur dossier. En premier lieu, il apparaît que l'accès au droit à réparation repose sur un appareil de preuves – preuves du caractère primitif de la maladie, des périodes de travail, des expositions – le plus souvent inaccessibles aux salariés (*chapitre 6*). En second lieu, on s'aperçoit qu'au sein de l'Assurance maladie, la gestion des maladies professionnelles est largement laissée à l'initiative des caisses locales et peut être très marginalisée. La qualité de l'instruction dépend donc fortement des situations locales et des choix organisationnels des caisses, tout en étant soumise à la pression des employeurs (*chapitre 7*).

Première partie

Recourir au droit ou pas : une expérience complexe



Illustration extraite d'une brochure conçue et rédigée par Jean Dagon, avec la participation de l'Association pour l'étude des risques et des conditions de travail (ALERT): *Cancers professionnels, une maladie évitable*, mars 1991 [Archives Henri-Pézerat].

Cette première partie a pour objectif d'explorer ce qui fait obstacle à l'exercice du droit à réparation des maladies professionnelles, à partir de l'expérience « en situation » de salariés et d'anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire.

Pour y parvenir, il convient tout d'abord de revenir sur les modalités d'enquête qui permettent de saisir le processus par lequel ces malades d'un cancer parviennent ou non à convertir la représentation de leur maladie en un préjudice lié au travail. Le premier chapitre est ainsi consacré à présenter le cadre dans lequel cette recherche a pris forme et le dispositif méthodologique mis en place. En effet, loin d'être étrangers à ce processus, ces deux éléments y participent pleinement : c'est en accompagnant le recours au droit qu'il a été permis, en miroir, d'identifier les freins à ce recours.

Ensuite, exercer son droit à réparation des maladies professionnelles suppose de pouvoir établir un lien entre son activité professionnelle et sa maladie. Au regard des effets extrêmement différés des substances cancérigènes, il s'agit alors pour les personnes concernées de pouvoir se remémorer leurs activités et conditions de travail passées, des dizaines d'années avant la survenue de la maladie, jusqu'à 40 ans auparavant. Que savaient-elles de leurs expositions à des cancérigènes ou plutôt que percevaient-elles ? Le chapitre 2 répond à cette question, tout en resituant cette possibilité de perception dans le contexte subordonné du contrat de travail.

Enfin, l'expérience de l'accès au droit ne peut se dissocier de l'expérience de la maladie, celle de la personne atteinte du cancer comme celle de ses proches. C'est dans ce contexte que s'affirment des possibilités ou des impossibilités de déclarer son cancer en maladie professionnelle et notamment celles de pouvoir donner un sens à cette démarche. C'est également dans ce contexte que, certains acteurs, comme les médecins, les assistantes sociales et les proches jouent un rôle déterminant dans l'exercice du droit, comme le chapitre 3 en rend compte.

Chapitre 1

Dispositif d'enquête et production de connaissance : forces et contraintes

« Convaincu, comme le dit Sartre [dans *Questions de méthode*], que “l’expérimentateur fait partie de l’expérimentation”, je ne pense pas qu’en ethnographie, le regard éloigné soit plus scientifique que le regard impliqué : l’enquête, comme la vie, est une histoire pleine de contradictions et il faut faire avec. »

Alban Bensa, « Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours », Les politiques de l’enquête, épreuves ethnographiques, Didier Fassin et Alban Bensa (dir), La Découverte, 2008, p. 37.

Comme plusieurs travaux en ont déjà témoigné, se percevoir victime d’un préjudice lorsqu’on est atteint d’un cancer ne va pas de soi. De nombreux acteurs ou médiations jouent alors un rôle décisif pour permettre au salarié ou ancien salarié de parvenir à imputer la responsabilité de sa maladie à son travail. Dans la mesure où toute connaissance est située, l’enquêteur n’est lui-même pas étranger à ce processus. Les résultats présentés dans cette recherche doivent alors être justement resitués dans leur contexte de production. Il convient alors de distinguer ce qui relève du cadre de recherche – mon insertion dans un dispositif de santé publique, le Groupement d’intérêt scientifique sur les cancers d’origine professionnelle (GISCOP93) – de ce qui relève de ma propre enquête, même si ces deux volets sont forcément reliés l’un à l’autre, puisque l’un dans l’autre.

Situé dans les locaux de l’Université Paris 13, à Bobigny, le GISCOP93 se présente comme un dispositif de « recherche-action » visant à connaître et reconnaître les expositions cancérogènes au travail pour mieux les prévenir. Créé en 2002 et dirigé, jusqu’en 2009, par la sociologue Annie Thébaud-Mony qui a participé à sa construction, les objectifs poursuivis par le GISCOP93, sa méthodologie et ses résultats ont déjà fait l’objet de multiples publications¹, tant dans l’espace académique que dans l’espace social, principalement à l’initiative de ses fondateurs et des chercheurs qui ont rejoint l’équipe. A celles-ci s’ajoutent les rapports annuels d’activité rédigés à l’attention des institutions qui financent ce dispositif, principalement le ministère du Travail et le Conseil départemental. Elles ne rendent toutefois pas compte de la généalogie de ce dispositif sans laquelle ne peut réellement se mesurer la place particulière qu’occupe le GISCOP93

¹ Se reporter au site Internet pour la liste des articles consacrés à l’enquête du Giscop93 : <https://giscop93.univ-paris13.fr>

dans l'espace de la recherche et dans celui de la lutte contre les cancers d'origine professionnelle et se comprendre la spécificité des connaissances ainsi produites. En croisant la production scientifique et sociale du GISCOP93, ma propre expérience au sein de l'équipe, l'analyse des archives de cet organisme et des entretiens menés avec certains des fondateurs et partenaires, il est possible de reconstituer le terreau sur lequel ce dispositif s'est développé et ce qui l'a inspiré. Une première partie de ce chapitre y est consacrée.

C'est en accompagnant les enquêtés du GISCOP93 dans leur accès au droit à réparation que j'ai construit l'un des principaux matériaux de cette recherche, en situation d'observation participante. Cette posture résulte d'un cheminement méthodologique lié au contexte particulier de l'enquête, la maladie grave et mortelle. Elle permet de saisir les perceptions et usages du droit à réparation par des salariés ou anciens salariés, à distance des associations et des mobilisations de victimes, dans leurs dimensions les plus « embusquées² ». Si elle se révèle extrêmement féconde, cette posture d'enquête a également ses contraintes et, partant, ses limites. C'est l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

1. Le GISCOP93 comme acteur de santé publique

Se plonger dans les archives du GISCOP93 et dans les différents articles et chapitres rédigés sur ce dispositif sur plus d'une décennie, c'est reconstruire des filiations qui tendent à disparaître ou à s'effacer au fur et à mesure des années de publication et de l'évolution de l'équipe et prendre la mesure dans le temps de l'ancrage territorial de ce dispositif. Il est ainsi possible de situer son origine au milieu des années 1980. C'est à cette époque que débute la collaboration des chercheurs du futur GISCOP93 avec le Conseil général de la Seine-Saint-Denis³ dans un contexte où s'affirme, en parallèle, un mouvement critique des outils de construction de la connaissance sur les risques cancérogènes au travail. Sa naissance en 2002⁴ représente l'aboutissement de plus d'une dizaine d'années de tentatives, de débats et de controverses, qui ont contribué à affiner ses objectifs, sa méthodologie et à identifier ses partenaires.

² J'emprunte cette approche à Catherine Leclercq, sur un tout autre terrain, celui de l'analyse des modes de défection dans les organisations politiques. Son « examen approfondi de ces abandons singuliers » la mène à s'intéresser « au sens prêté par eux, dans un contexte défini » et à se confronter à la subjectivité des acteurs et aux facteurs intimes sur lesquels reposent leur engagement ou leur désengagement. Catherine Leclercq, « "Raisons de sortir". Le désengagement des militants du Parti communiste français », dans Olivier Fillieule (dir.), *Le Désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, p. 131-154.

³ Les Conseils généraux sont devenus Conseils départementaux depuis la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, municipaux et communautaires. Je recours dans ce texte à la terminologie en vigueur avant 2013.

⁴ Depuis 2002, les données collectées sur les expositions aux cancérogènes de chaque patient participant à l'enquête sont systématiquement intégrées à une base de données, poste par poste, emploi par emploi, tout comme les informations concernant l'accès au droit à réparation. Il existe ainsi un socle conséquent de données, produites sur plus d'une quinzaine d'années – portant sur les diagnostics, les emplois, les postes, les expositions et les parcours de réparation à l'appui de la reconstitution de 1 290 parcours professionnels (données fin 2016).

Après avoir restitué le rôle joué par le territoire géographique et politique de la Seine-Saint-Denis dans la construction du dispositif de recherche du GISCOP93, nous précisons dans quel contexte de controverse scientifique s'est affirmé un parti-pris visant à inscrire une démarche de recherche « dans l'action », dans une perspective de santé publique et sur la base de quelle méthodologie.

1.1. La Seine-Saint-Denis : un territoire concerné

Le dispositif du GISCOP93 en Seine-Saint-Denis est le résultat d'une rencontre entre une collectivité territoriale ayant hérité par les lois de décentralisation de nouvelles responsabilités en matière sanitaire – le Conseil général – et une équipe de chercheurs en santé publique.

1.1.1. Des indicateurs de santé préoccupants

Résultant du découpage administratif de la région parisienne de 1964, le département de la Seine-Saint-Denis est de construction récente⁵, tout comme l'est son Conseil général, exécutif départemental doté d'une administration. À l'instar des autres Conseils généraux, il reçoit par les lois de décentralisation de 1983⁶ de nouvelles responsabilités dans le domaine de la santé publique, concernant notamment la prévention et le dépistage d'un certain nombre de maladies, parmi lesquelles la tuberculose et le cancer. La majorité communiste de ce « bastion ouvrier⁷ » s'en empare dans la perspective affichée de parvenir à réduire les inégalités sociales de santé, particulièrement criantes sur ce territoire. La Seine-Saint-Denis est alors en tête des départements à forte prévalence de tuberculose avec un taux de 44/100 000 habitants, soit le double de la moyenne nationale⁸. Le contexte est d'autant plus favorable aux initiatives locales que le ministre communiste de la Santé, Jack Ralite, en fait la promotion à l'appui d'un « tour de France des problèmes de santé⁹ ».

Les préoccupations du tout nouveau service départemental de prévention et d'action sanitaire (SPAS) s'étendent rapidement au cancer. Dès le milieu des années 1980, les

⁵ La loi du 10 juillet 1964 remet en cause le découpage administratif de la région parisienne hérité de la Révolution française : elle supprime les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise au profit de six nouveaux départements, dont la Seine-Saint-Denis. Emmanuel Bellanger, *Naissance d'un département et d'une préfecture dans le « 9-3 »*. *De la Seine banlieue à la Seine-Saint-Denis : une histoire de l'État au XX^e siècle*, Paris, La Documentation française, 2005.

⁶ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, qui concerne des domaines aussi importants que l'action sociale et la santé et dont les dispositions commencent à s'appliquer au cours des deux années suivantes.

⁷ La population ouvrière y est alors majoritaire. Au recensement de 2009, les ouvriers et employés représentaient encore 56,6 % de la population, contre 40,8 % en Île-de-France (source INSEE 2009, cité par www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/tableaubordedition2013.pdf).

⁸ Annie Thébaud-Mony, « Inégalités sociales et tuberculose en Seine Saint-Denis dans les années 1980. Une recherche pluridisciplinaire en santé publique », *Sociétés contemporaines*, n°3, septembre 1990, p. 59-80.

⁹ François-Paul Debionne, *La santé passe par la dignité : l'engagement d'un médecin*, Paris, Éditions de l'Atelier/Éditions Quart-monde, 2000, p. 97-98.

données recueillies révèlent un taux de mortalité prématurée par cancer – c'est-à-dire avant 65 ans – plus élevé que celui des autres départements d'Île-de-France et supérieur à la moyenne nationale¹⁰ et en progression régulière, notamment pour les cancers broncho-pulmonaires et ceux des voies aérodigestives supérieures (VADS). Elles confirment de fortes inégalités sociales face à la mort par cancer, les quotients de mortalité entre catégories socio-professionnelles extrêmes étant de 1 à 5,5 dans le cas du cancer du poumon¹¹.

1.1.2. Une longue histoire industrielle

L'origine professionnelle d'un certain nombre de cancers apparaît alors aux médecins du SPAS comme une hypothèse plausible sur un territoire héritier d'une « précoce, rapide et forte industrialisation marquée par l'importance des usines polluantes ou insalubres¹² ». Longtemps rural, il s'est rapidement transformé à partir du milieu du XIX^e siècle sous l'effet de la réglementation sur les établissements « dangereux, insalubres, incommodes » qui pousse ceux-ci à s'installer hors de Paris¹³ et au bénéfice d'une configuration particulièrement favorable pour l'industrie, notamment à l'endroit de la Plaine dite « de France », au nord de Paris, fort bien desservie, tant par les voies fluviales que ferrées¹⁴.

À l'appui des archives sur les établissements classés, Laurence Lestel et Anne-Cécile Lefort-Prost relatent qu'à la fin du XIX^e siècle, début XX^e siècle, « la partie ouest de l'actuelle Seine-Saint-Denis était un lieu d'accueil privilégié des usines polluantes ». Par exemple, la ville d'Aubervilliers comprend deux fois plus d'usines de première classe – les plus dangereuses – que celle de Paris, au territoire pourtant près de vingt fois plus étendu. Le nombre de ces établissements augmente régulièrement dans cette proche banlieue entre 1895 et 1912 pendant qu'il diminue à Paris :

« Surtout, dans le quart nord-est parisien, s'installe la majorité des usines de boyaux, de graisses et d'hydrocarbures, alors que Paris refuse toutes les activités générant d'intenses nuisances : traitement des déchets ou des sous-produits animaliers – dépôts de boues, de vidanges et de sang –, clos d'équarrissage, ateliers d'extraction des corps gras, fabrications de dégras, d'eau de javel,

¹⁰ Le département de la Seine-Saint-Denis se situe alors au quatrième rang après la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et le Nord Ali Rezvani et al., *Atlas de mortalité par cancer en France (1971-1978)*, INSERM, 1986.

¹¹ Michèle Vincenti et Annie Thébaud-Mony, « Droit du travail et droit à la santé », *Revue générale de droit médical*, n° 2, 2002, p. 301-309.

¹² Laurence Lestel et Anne-Cécile Lefort-Prost, *Pour un nouveau urbain : gestion des héritages et inégalités. Difficultés sociales et risques environnementaux en Seine-Saint-Denis, 1850-2000*, rapport final pour le programme « Politiques territoriales et développement durable », Paris, CNAM (Centre d'histoire des techniques)/EHSS, 2003.

¹³ Le décret impérial du 15 octobre 1810 sur les établissements dangereux, insalubres et incommodes recommande l'éloignement de ce type d'établissement des zones d'habitation. Il ne précise toutefois aucune norme ou mesure de distance, comme le remarque Thomas Le Roux, et dote ainsi les autorités locales d'un pouvoir discrétionnaire important : Thomas Le Roux, « La mise à distance de l'insalubrité et du risque industriel : le décret de 1810 mis en perspectives (1750-1830) », *Histoire & Mesure*, n° 24, 2009, p. 31-70.

¹⁴ André Guillerme, Anne-Cécile Lefort, Gérard Jigaudon, *Dangereux, insalubres et incommodes : paysages industriels en banlieue parisienne, XIX^e-XX^e siècles*, Seyssel, Champ Vallon, 2004.

d'encres d'imprimerie, de résines, de noir animal, de vernis, de celluloid, de collodion, d'huiles minérales et de nitrobenzine¹⁵. »

Dans les années 1970 encore, ce territoire est « un site privilégié par l'industrie polluante ou insalubre. En 1978, Aubervilliers compte seize usines de première classe de très grande importance, dont Ugine-Kuhlmann, Saint-Gobain, les vernis Merville et Husson-Vaillant ; sa voisine, La Courneuve, en abrite quatorze¹⁶. »

1.1.3. Chercheurs et médecins de santé publique : une alliance de circonstance

Au milieu des années 1980, le tout nouveau service départemental de prévention sanitaire a fort à faire : il s'agit de soutenir la construction d'une politique de santé publique dans le contexte compliqué de la décentralisation, du passage d'une autorité de tutelle à une autre et en présence d'indicateurs sanitaires et sociaux très préoccupants. Et, pour ce faire, les données manquent. Michèle Vincenti-Delmas, médecin de santé publique ayant rejoint le Département en 1988, se souvient ainsi :

« Quand le Conseil général a hérité des dispensaires [de dépistage de la tuberculose], il n'existait aucun recueil de données fiables¹⁷, aucune étude épidémiologique, c'était la préhistoire. L'État n'avait jusqu'alors pas eu de réelle politique de santé publique, il faisait surtout de la police sanitaire et voulait fermer ces dispensaires. Il a fallu démontrer que la tuberculose était toujours d'actualité et qu'il était nécessaire de construire une vraie politique de santé publique. » [Echanges par courriel avec Michèle Vincenti-Delmas, janvier 2016]

Pour outiller la prise de décision politique de l'exécutif départemental, des moyens sont donnés à la recherche en santé publique, une discipline alors très dévalorisée, dans la perspective de réduire les inégalités sociales de santé face à la tuberculose, aux maladies vénériennes et aux cancers, envisagées comme « maladies des classes populaires¹⁸ ». Une équipe de recherche de l'INSERM a tout juste amorcé un travail sur les filières de soin contre la tuberculose sur ce territoire, en lien avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, la DDASS. La décentralisation, qui transfère au Département ces prérogatives, va rapprocher ces chercheurs des médecins du SPAS qui mesurent tout de suite l'intérêt de poursuivre cette enquête.

¹⁵ Laurence Lestel et Anne-Cécile Lefort-Prost, *Pour un renouveau...*, ouvr. cité, 2003, p. 35.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Depuis la fin du XIX^e siècle et dans une perspective de santé publique, les pouvoirs publics ont mis en place une liste de maladie à déclaration obligatoire (Do) afin de pouvoir identifier l'ampleur de leur incidence dans la population, leur localisation géographique et/ou sociale et de mettre en place des mesures d'hygiène face aux épidémies constatées. L'inclusion de la tuberculose à cette liste s'est réalisée en 1964. Mais ces données, souvent peu ou mal renseignées, n'étaient, selon Michèle Vincenti, peu fiables et très sous-estimées.

¹⁸ Selon un médecin de santé publique de l'époque, le département de la Seine-Saint-Denis, alors à majorité communiste, a pu représenter pour le parti du même nom, la possibilité de devenir une « sorte de vitrine nationale » d'une politique de santé publique parvenant à réduire les inégalités sociales de santé : « Il s'agissait de faire la démonstration politique que lorsqu'on veut y aboutir, on peut. » Le Département réalise par exemple une enquête sur la santé bucco-dentaire et parvient à construire des données, jusqu'alors inexistantes en France.

Dans cette équipe, dirigée par le professeur bactériologiste Jacques Grosset, une sociologue, Annie Thébaud-Mony, vient de soutenir quelques années auparavant sa thèse de doctorat d'État consacrée pour une large part à la tuberculose¹⁹, sous la direction de Louis-Vincent Thomas. Associée aux réflexions sur les formes et les modalités de l'étude sur les filières de soin contre la tuberculose en Seine-Saint-Denis, elle y apporte une signature particulière, reflet notamment d'une formation et d'expériences construites majoritairement à l'étranger, dans d'autres espaces académiques et d'autres contextes socio-politiques²⁰. Son expérience algérienne notamment, aux côtés de Pierre Chaullet, maître d'œuvre de l'éradication de la tuberculose en Algérie, et dont la méthodologie sert de modèle dans de nombreux pays en vie de développement²¹, constitue un point d'appui en Seine-Saint-Denis.

L'enquête menée sur la tuberculose en Seine-Saint-Denis est l'occasion d'expérimenter la « recherche-action », entendue au sens de recherche pour l'action, élaborée en lien avec les acteurs concernés, dans une perspective de transformation de l'existant, de réduction des inégalités sociales de santé notamment. Dans ce contexte, se tissent des liens entre des chercheurs, une administration, un territoire et une population, et se partage une même vision de la santé publique et des finalités de la recherche, qui vont ensuite nourrir, quelques années plus tard, le projet de mise en place d'un dispositif de « surveillance » des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis²².

1.1.4. Les pathologies professionnelles sortent de l'ombre

À mi-chemin entre l'enquête sur la tuberculose entamée en 1984 et celle à venir sur le cancer, un événement contribue à renforcer la collaboration entamée entre cette collectivité territoriale et cette équipe de chercheurs. Au cours de la recherche sur cette pathologie infectieuse, encore largement marquée par le soupçon d'être une « maladie

¹⁹ Annie Thébaud-Mony, *Besoins de santé et politique de santé : analyse des travaux de l'Organisation mondiale de la santé, 1974-1978 : deux études de cas : tuberculose, nutrition et politique de santé en Algérie, au Québec*, thèse pour le doctorat d'État ès lettres et Sciences Humaines, Université Paris V Sorbonne, 1980.

²⁰ Son itinéraire de formation la conduit en effet au Brésil, aux Etats-Unis, au Sénégal et en Algérie ; dans chacun de ces pays, elle intègre des univers universitaires très différents (comme l'École de santé publique de l'Université de Columbia à New York par exemple), marqués par des contextes politiques très marqués (coup d'État au Brésil, régime d'inspiration socialiste en Algérie).

²¹ Pierre Chaullet (1930-2012), médecin algérien d'origine française comme il aimait se présenter, relate son parcours dans une autobiographie croisée avec sa femme, Claudine, sociologue, dans Pierre et Claudine Chaullet, *Le choix de l'Algérie : deux voix, une mémoire*, Alger, éditions Barzakh, 2012. Il a notamment participé au sein de l'Organisation mondiale de la santé (Oms) à l'élaboration du programme mondial de lutte contre la tuberculose.

²² La trajectoire de Catherine Lepetit illustre particulièrement la filiation entre l'étude sur la tuberculose et la naissance du GISCOP93. Etudiante en médecine, elle participe aux recherches sur les filières de soin contre la tuberculose. Elle consacre plusieurs articles ainsi que sa thèse à rendre compte de ce travail, avant de rejoindre une fois son diplôme obtenu l'équipe du SPAS au Conseil général de la Seine-Saint-Denis et de participer ensuite activement à la mise en place du dispositif d'enquête du futur GISCOP93 sur la « surveillance des cancers d'origine professionnelle ». Son implication, qui prend brutalement fin avec son décès en 2005, marque durablement le dispositif d'enquête du GISCOP93 qui lui doit notamment l'élaboration de son protocole d'enquête et la mise en place des partenariats avec les services hospitaliers.

importée » ou « exotique²³ », il apparaît que certains diagnostics de tuberculose masquent en réalité une silicose, pathologie du travail, inscrite sur un tableau de maladie professionnelle :

« Chez environ 10% des patients, le diagnostic de tuberculose n'a fait l'objet d'aucune confirmation bactériologique ou histologique et les images radiologiques sont plutôt évocatrices de fibrose (silicose ? pneumoconiose du mineur de charbon ? asbestose ? sidérose de mineurs de fer ?)²⁴. »

Ces erreurs de diagnostic²⁵ concernent surtout des malades d'origine étrangère et, parmi eux, des ouvriers marocains d'une fonderie de l'industrie automobile située en Seine-Saint-Denis, à Bondy, qui vient de fermer ses portes. À peine un an plus tard, alors que la police intervient pour mettre un terme à l'occupation de l'entreprise, tous les dossiers médicaux constitués pour leurs démarches de reconnaissance en maladie professionnelle disparaissent. Le permanent en charge des questions de santé au sein de la fédération CGT des métaux, Jean Hodebourg²⁶, sollicite alors les chercheurs investis au sein du Comité maladies et risques professionnels (CMRP)²⁷ pour soutenir ces salariés dans la reconstruction de ces dossiers. Annie Thébaud-Mony en fait partie : avec Catherine Lepetit et en lien étroit avec le SPAS, elles proposent alors en 1986 la mise en place d'une permanence médico-sociale au sein du dispensaire « d'hygiène sociale » de Bondy, relevant du réseau des dispensaires du Conseil général, dans le double objectif de reconstituer les dossiers disparus et d'analyser les parcours de réparation. Cette enquête constitue la première étape d'un programme de recherche sur la reconnaissance des maladies professionnelles dont elle obtient ensuite le financement par le ministère du Travail²⁸ et celui de la Recherche²⁹ et dont les résultats donnent lieu à un ouvrage pionnier sur le système de reconnaissance, publié à la Documentation française en 1991³⁰.

²³ Il existe alors une idée dominante qui impute la tuberculose à l'arrivée des migrants, plutôt qu'à leurs conditions de vie sur le sol français. Annie Thébaud-Mony et Catherine Lepetit, « La tuberculose n'est pas une maladie exotique », *Plein Droit* n° 14, juillet 1991.

²⁴ Annie Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007, p. 55.

²⁵ On sait maintenant que la silicose est un facteur de risque de la tuberculose.

²⁶ Jean Hodebourg, *Le travail c'est...*, ouvr. cité, 1994.

²⁷ CMRP : Comité maladies et risques professionnels. Association créée au début des années 1980, à l'initiative de membres du Collectif Amiante Jussieu, notamment Henri Pézerat (1930-2009) et Alain Lascoux (1944-2013) pour collecter et diffuser « dans les milieux de travailleurs, et aussi chez les consommateurs, sous une forme accessible, les informations sur les produits, les matériaux, les procédés ou les techniques susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé » et pour « participer activement et publiquement, aux côtés d'associations, syndicats ou personnes isolées, à la recherche de toute solution ou mesure tendant à combattre les effets nocifs liés à l'utilisation de ces produits, matériaux ou techniques ». Henri Pézerat, *Risques, sciences et contre-pouvoirs, un parcours*, Association Henri-Pézerat, « Vécus, Paroles, Mémoires », 2008, p. 43, en ligne sur www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2014/04/Autobiographie-Henri-P%C3%A9zerat.pdf [consulté le 7 août 2014].

²⁸ Le compte rendu de la commission des maladies professionnelles en date du 28 février 1986 rend compte de la présentation de ce projet et de l'accord de ses membres pour une participation du ministère du Travail [Archives JCZ].

²⁹ Le Conseil général de la Seine-Saint-Denis, le Comité du Val d'Oise de la Ligue contre le cancer et l'Union régionale minière du Sud-Ouest participent également au financement de ce programme.

³⁰ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des maladie professionnelle en France, acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française, 1991.

1.1.5. De la tuberculose au cancer

Parmi les six monographies sur lesquelles s'appuie cet ouvrage³¹, l'une est consacrée à la pathologie cancéreuse sur le territoire de la Seine-Saint-Denis et fait l'objet d'un « tiré à part », rédigé en collaboration avec le SPAS.

La monographie de 1990 sur le cancer en Seine-Saint-Denis³²

Sur quatre-vingt pages, cette monographie décrit l'évolution de la mortalité et de la morbidité par cancer dans le département, les conditions d'identification et de déclaration des cancers broncho-pulmonaires en maladie professionnelle et/ou à caractère professionnel et présente enfin une étude de faisabilité pour la réalisation d'une carte des risques cancérigènes en Seine-Saint-Denis. Elle montre que, « concernant la morbidité, il n'existe pas de registre de cancer³³ en SSD. On ne connaît donc pas l'incidence de nouveaux cas dans le département. Enfin, on ne dispose d'aucune donnée sur le nombre annuel de cas de cancer indemnisés en maladie professionnelle ». En l'absence de données, il est donc difficile de cerner l'ampleur de l'épidémie et la part de l'activité de travail dans son développement alors que, « abstraction faite du tabagisme, les expositions professionnelles constituent quantitativement les principaux facteurs spécifiques ayant pu être identifiés comme cancérigènes pour l'être humain ». Il est donc impossible de construire une politique de prévention.

La monographie s'attache également, à l'appui d'une étude réalisée en collaboration avec les services de pneumologie de deux hôpitaux publics du département et du toxicologue Henri Pézerat, à reconstituer et analyser les parcours professionnels de près d'une cinquantaine de patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire, sous l'angle de leurs activités réelles de travail et de leurs expositions aux cancérigènes. Il en ressort que ces patients ont pour la plupart été exposés et n'ont à aucun moment été informés de leur possibilité de déclarer leur cancer en maladie professionnelle. Aucun médecin n'a signalé ces pathologies en « maladie à caractère professionnel » quand bien même ils en ont l'obligation. En routine, la profession est rarement mentionnée sur les dossiers médicaux. Lorsqu'elle y figure « les carrières sont reconstituées de manière incomplète, les professions sont souvent imprécises ne permettant pas de suspecter une exposition à un cancérigène ».

Les caractéristiques du tissu industriel en Seine-Saint-Denis et de l'évolution des formes de l'emploi sont analysées sous l'angle de leur contribution à l'invisibilité des risques cancérigènes au travail. Le tissu industriel est dense et ancien, il compte surtout des petites et moyennes industries et entreprises et beaucoup de ces installations sont vétustes. S'appuyant sur les données socio-économiques du département, la monographie indique que « sur les 22 800 établissements couvrant le territoire, seuls 1 000 d'entre eux comptent plus de 50 salariés quand 17 600 en comptent moins de 10, surtout dans la métallurgie ». Ainsi, près de 80% des effectifs sont des établissements de moins de 50 salariés, qui échappent ainsi à l'obligation de mettre en place des institutions représentatives du personnel et notamment un CHSCT. Le développement de ces petites entreprises « entraîne une plus grande dispersion des risques », et « rend difficile l'identification et le contrôle

³¹ En région parisienne (et surtout en Seine-Saint-Denis), sur les dermatoses de type allergique dans les métiers de la coiffure, les adénocarcinomes de l'ethmoïde chez les travailleurs du bois, les mésothéliomes chez les travailleurs exposés à l'amiante ; dans l'Aude sur les cancers broncho-pulmonaires chez les salariés et retraités des mines et produits chimiques de Salsigne ; dans le bassin Nord-Pas-de-Calais, sur la pneumoconiose de mineurs de charbon (et notamment les mineurs marocains) et dans la Somme sur la silicose des broyeurs de galets.

³² Annie Thébaud-Mony, Catherine Lepetit, Nathalie Bajos, Goucem Redjimi, Meredith Turshen, France Azan, « Les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, Etude coopérative INSERM/SPAS », rapport ronéo, mars 1990 [Archives GISCO93]. Les passages qui suivent entre guillemets en sont issus.

³³ Les premiers registres des cancers en France ont vu le jour à partir de la fin des années 1970 dans un double objectif de surveillance et de recherche. Ils permettent l'enregistrement de tous les cas de cancers diagnostiqués sur un territoire ou de cancers particuliers (registres spécialisés) comme les mésthéliomes par exemple. Ils appartiennent aujourd'hui au réseau français des registres de cancer (FRANCIM). En 2017, ces registres ne couvrent que 19 départements français, soit 24 % de la population. Ils sont à l'origine de toutes les données d'incidence du cancer produites en France au niveau national. Source : réseau FRANCIM.

des risques cancérigènes par les services de prévention (médecin du travail, contrôleurs du travail et de prévention). » D'autant plus qu'en parallèle, les formes de l'emploi évoluent vers davantage de contrats précaires, en lien avec le développement de la sous-traitance « dont le chiffre d'affaires a augmenté de 60 % entre 1984 et 1987 ». Elle concerne alors près d'un quart des salariés du département, surtout dans les secteurs de la fonderie, du travail des métaux et de la construction mécanique.

Apparaissent ainsi plusieurs spécificités qui, se conjuguant, mettent en évidence les « mécanismes par lesquels la réalité échappe à la connaissance et aux moyens d'agir ». Pour toute l'Île de France, le nombre total de cancers reconnus en maladie professionnelle était de « 14 en 1985, 29 en 1986, 29 en 1987³⁴ ». Les auteures préconisent alors la création d'un dispositif de santé publique spécifique à la pathologie cancéreuse sur le territoire de la Seine-Saint-Denis. En s'inspirant des systèmes de déclaration obligatoire des maladies infectieuses qui ont largement contribué à la lutte contre les épidémies, les auteurs de l'étude préconisent la mise en place de registres des cancers qui intègrent les données sur le parcours professionnel et la construction d'une cartographie des risques cancérigènes au travail.

Dans un contexte de mobilisation nationale contre le cancer³⁵, un groupe « cancer » est constitué en 1992 en Seine-Saint-Denis, au sein du Comité départemental d'hygiène (CDH). Celui-ci réunit, à l'initiative du préfet, les représentants de toutes les institutions concernées par la santé sur le territoire³⁶, dont le Conseil général. Ce groupe est bientôt rejoint par des chercheurs mobilisés par ailleurs au sein d'espaces associatifs comme l'ALERT³⁷ – le toxicologue Henri Pézerat, le cancérologue Jacques Brugère, la sociologue Annie Thébaud-Mony. Les résultats de cette monographie y sont présentés et discutés, dans la perspective de construire un dispositif de santé publique sur les cancers d'origine professionnelle. À partir des archives du GISCOP93, il est possible d'observer que près de 10 années de discussions et de controverses, entrecoupées d'études de faisabilité³⁸, sont nécessaires pour aboutir en 2002 à la création du dispositif, d'abord sous la forme associative – CAPER puis SCOP93³⁹ – avant de devenir un groupement d'intérêt scientifique (GIS) en 2006.

Le dispositif de recherche du GISCOP93 trouve donc son origine dans une collaboration de près de 20 ans entre un réseau d'acteurs comprenant des chercheurs, des médecins, des praticiens de la prévention des risques au travail et une collectivité territoriale, sur

³⁴ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 44.

³⁵ Une Commission nationale contre le cancer a été mise en place en 1983, auprès du ministre de la Santé comme le chapitre 6 en rendra compte.

³⁶ Selon Michèle Vincenti, l'activité des CDH était en sommeil jusqu'à ce qu'un décret de 1990 ou de 1991 invite les préfets à leur redonner du souffle et à les ouvrir à l'analyse de la situation de santé de leur territoire [Entretien par courriel avec Michèle Vincenti, juillet 2016].

³⁷ ALERT : Association pour l'étude des risques du travail. Association créée en 1987 par des chercheurs et des acteurs de la santé au travail qui avaient notamment en commun d'avoir participé à la rédaction du livre Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.

³⁸ Valérie Thomas, *Les ambiguïtés "du traitement social" des cancers d'origine professionnelle. Monographie d'un dispositif de surveillance en Seine-Saint-Denis*, mémoire de DEA Recherches comparatives sur le développement-Environnements, économies, sociétés, EHESS, 2002.

³⁹ Là se lisent également des filiations : CAPER, comme « Comité Action Prévenir Et Réparer », est un emprunt à l'association créée par les anciennes ouvrières d'Amisol, à Clermont-Ferrand, qui représenterait la première association de victimes de l'amiante à s'être constituée, avec le soutien de Henri Pézerat. SCOP, comme « Surveillance des cancers d'origine professionnelle ».

un territoire marqué par une histoire industrielle, riche en expositions cancérigènes. Il est aussi le miroir d'une conception de la santé publique davantage orientée vers les déterminants collectifs qu'individuels, qui cherche à s'affirmer à l'occasion d'un nouveau contexte politique, celui de l'élection en 1981 de François Mitterrand à la présidence de la République et de la désignation du ministre communiste Jack Ralite comme ministre de la Santé. Il est enfin l'expression d'une ambition, celle de construire une recherche qui s'inscrit dans une politique de santé publique.

1.2. Un parti pris : la santé au travail relève de la santé publique

Au moment où se construit ce dispositif de recherche-action, le déficit de connaissance sur les risques cancérigènes au travail a déjà été identifié et critiqué par une pluralité d'acteurs sociaux (administration du travail, chercheurs de différentes disciplines, professionnels de la santé, syndicalistes), un « nébuleuse critique » du système de réparation des maladies professionnelles dans laquelle s'inscrivent les fondateurs du GISCOP⁹³⁴⁰. Moins de 950 cas de cancers professionnels sont alors reconnus par l'Assurance maladie en 2000⁴¹. Le dispositif de recherche vise alors à rendre visible ce qui demeure masqué par la production de chiffres sur les AT-MP – l'existence d'expositions cancérigènes au travail, les activités exposantes et les facteurs de (non) reconnaissance des cancers d'origine professionnelle – dans une perspective affichée de santé publique.

A contrario du cloisonnement – institutionnel et juridique – entre la santé publique et la santé au travail, les promoteurs du GISCOP⁹³ inscrivent d'emblée leur démarche dans une volonté d'insérer les atteintes à la santé par le travail dans le champ de la santé publique. Ainsi, à l'appui des travaux de Georges Canguilhem et de Michel Foucault⁴², mais également de ceux, moins connus en France, de la féministe américaine Meredith Turshen⁴³ qu'elle a côtoyée lors de sa formation universitaire aux États-Unis, au sein du *Socialist Caucus*⁴⁴, Annie Thébaud-Mony rend compte du « cadre analytique » de cette recherche-action dès les premiers articles qu'elle publie à ce sujet : s'élevant contre une conception de la santé qui attribue aux individus la responsabilité – biologique, génétique, mais aussi sociale – de leurs problèmes de santé, elle estime nécessaire d'aborder la santé comme un processus d'interaction entre le corps, les conditions

⁴⁰ Le chapitre 6 revient plus précisément sur ce moment de critique des données sur la santé au travail.

⁴¹ Données statistiques de la CNAMTS, 2010. Chiffre transmis par Jean-Claude Zerbib et par Annie Thébaud-Mony.

⁴² Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige/PUF, 1991 ; Michel Foucault, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité, Tome 1*, Paris, Gallimard, 1976.

⁴³ Meredith Turshen, *The politics of public health*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1989.

⁴⁴ Le *Socialist Caucus* est un groupe créé en 1975 au sein de l'association américaine pour la santé publique (SC-APHA), à l'initiative de chercheurs qui appréhendent la santé comme un espace de domination et l'activité professionnelle comme l'un des déterminants des inégalités sociales de santé. Voir Nathalie Frigul et Catherine Pozzo di Borgo, « Un couple de chercheurs militants. Annie Thébaud-Mony et Henri Pézerat », *Les mondes du travail*, 7, 2009, p. 10.

matérielles et les rapports sociaux⁴⁵. La pathologie cancéreuse, fut-elle d'origine professionnelle, doit ainsi être appréhendée comme la résultante « d'un processus qui met en jeu des relations complexes entre certains facteurs de risques cancérigènes et l'histoire biologique, humaine et sociale de l'individu⁴⁶ » : si la survenue du cancer résulte d'une histoire à chaque fois singulière, elle est aussi « inscrite dans l'histoire collective de la montée des risques cancérigènes dans l'environnement humain, notamment l'histoire du travail industriel⁴⁷ ». La prévention des risques cancérigènes au travail ne peut donc, selon les promoteurs du GISCOP93, rester confinée à l'intérieur de l'espace du paritarisme dans lequel elle est cantonnée, celui de la santé au travail.

1.2.1. Les travailleurs, « sentinelles » des pollutions environnementales

Les expositions cancérigènes auxquelles peuvent être soumis les travailleurs, loin d'être considérées comme spécifiques à l'intérieur des murs de l'entreprise, sont ainsi abordées comme des indices d'exposition pour l'ensemble de la population. Dans ce sens, le parti-pris des fondateurs du GISCOP93 fait écho aux mobilisations sociales qui tentent de relier santé environnementale et santé au travail⁴⁸. Pour reprendre les termes de deux publications datées de la fin des années 1970, début 1980 : « quoique les "défenseurs de l'environnement" l'oublient souvent, c'est dans l'usine que commence la pollution⁴⁹ », elle « peut et doit être combattue sur le terrain même de l'usine et pas seulement autour⁵⁰ ». Les travailleurs peuvent ainsi être considérés comme des « sentinelles » des expositions environnementales. Ils sont confrontés en effet en première ligne à des risques qui peuvent ensuite concerner tout un chacun, et notamment des individus encore plus vulnérables qu'eux, comme les enfants par exemple⁵¹. Dans une émission radiophonique diffusée sur France-Culture en 2000, Henri Pézerat explique ainsi ce qu'il entend par cette notion de « sentinelle » :

« Le lien entre travail, santé et environnement, c'est un lien qu'on ne peut pas ne pas faire parce que les ouvriers en milieu de travail sont, au niveau des risques, les sentinelles du milieu environnemental. C'est eux qui reçoivent les premières atteintes, c'est chez eux que les atteintes sont les plus nombreuses et les plus fortes et, je dirais aussi, les plus faciles à repérer. Par contre,

⁴⁵ Annie Thébaud-Mony et al., « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) », *Pistes*, 1(5), mai 2003, Montréal. En ligne sur <https://pistes.revues.org/3346> [consulté en mai 2015].

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Renaud Bécot, *Syndicalisme et environnement en France de 1944 aux années quatre-vingt*, thèse pour le doctorat en histoire et civilisations, EHESS, 2015.

⁴⁹ Michel Beaud et al., *Une multinationale française : Pechiney-Ugine-Kuhlmann*, Paris, Seuil, 1975, p. 198-199.

⁵⁰ Anne Guérin-Henni, *Les pollueurs. Lutttes sociales et pollutions industrielles*, Paris, Seuil, 1980, p. 11.

⁵¹ L'épidémiologie est à l'origine de la naissance du concept de « healthy worker effect », ou « effet travailleur sain », qui rappelle que si le taux de mortalité dans la main-d'œuvre industrielle est inférieur à celui de la population générale, c'est que pour être embauchés dans l'industrie, les ouvriers doivent présenter un bon état de santé. À l'inverse, la population dite « générale » comprend des segments particulièrement vulnérables notamment les enfants et les personnes âgées. Marcel Goldberg, « Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes, conséquences », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 49, 2001, p. 477-492.

dans l'environnement, il y a des atteintes de même type, mais plus diluées, sur des populations beaucoup plus grandes, qu'il est donc plus difficile de mettre en évidence. [...] On ne pourra pas aborder correctement les risques de l'environnement tant qu'on ne développera pas, parallèlement et de façon intensive, le problème de la toxicologie et des risques en milieu de travail.⁵² »

Les outils traditionnels de la santé publique peuvent ainsi, selon les artisans du futur GISCOP93, être convoqués pour prévenir les cancers d'origine professionnelle. Ils envisagent d'ailleurs le dispositif de lutte contre la tuberculose comme un modèle reproductible. Pour éradiquer cette maladie infectieuse, il a tout d'abord fallu identifier les foyers de contagion, inscrire cette pathologie sur la liste des maladies à déclaration obligatoire⁵³, constituer des registres : pour lutter contre le cancer, il convient donc d'enregistrer tous les cas qui se présentent dans les services hospitaliers et, parce que le cancer n'est pas une maladie contagieuse, relier ces cas aux parcours professionnels des personnes malades. L'espace de travail étant le repaire de potentielles expositions cancérigènes – il existe des listes déjà établies de cancérigènes avérés pour l'être humain⁵⁴ –, il devient possible de les contrôler, voire de les supprimer, en identifiant ces risques « à la source ». En considérant l'espace de travail comme un vecteur de l'épidémie cancéreuse, il est possible d'intervenir pour réduire les risques de cancer. Cela apparaît comme « le seul moyen raisonnablement efficace » en lien avec les spécificités de cette pathologie : « À partir du moment où une substance cancérigène a été identifiée, on ne peut pas attendre 30 ans l'apparition des cancers pour réfléchir aux mesures de prévention à mettre en place⁵⁵. »

1.2.2. Un dispositif de recherche pour l'action publique

Dans cette perspective, les promoteurs du GISCOP93 envisagent de privilégier une démarche qualitative, compréhensive, et en lien avec les acteurs concernés, à rebours de la discipline alors dominante en santé publique et en santé au travail, l'épidémiologie. Ils y parviendront, non sans croiser le fer durant plusieurs années avec les représentants de cette discipline, sollicités par le groupe de travail « cancer » du Comité départemental

⁵² Retranscription d'un extrait de l'émission *Terre à terre* de Ruth Stegassy du 10 juin 2000, rediffusé lors d'une émission consacrée à Henri Pézerat, suite à son décès en février 2009 : Léraud, Inès, « Henri Pézerat, l'homme de l'amiante », *Sur les docks*, avril 2009, accessible sur www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/terre-et-mer-justice-pour-les-survivants-35-henri-pezerat-lhomme-de-lamiante [consulté le 19 mars 2010].

⁵³ Ne comprenant au départ que des maladies infectieuses, la liste des maladies à déclaration obligatoire s'est ouverte depuis 2012 aux mésothéliomes, à des « fins de connaissance ». En 2016, cette liste fixée par décret comprend 33 pathologies, dont 31 sont infectieuses.

⁵⁴ Le CIRC publie ses premières monographies sur les substances cancérigènes au milieu des années 1970.

⁵⁵ Extrait de Marcel Goldberg et *al.*, « Propositions pour la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique et d'intervention dans le domaine des cancers d'origine professionnelle dans le département de la Seine-Saint-Denis », rapport d'une étude de faisabilité, décembre 1997 [Archives GISCOP93]. Il est précisé dès les premières pages que ce « travail réalisé par l'équipe INSERM 88 s'est fait en collaboration avec des membres du groupe de travail cancer du CDH : Alain Bobbio, Vincent Boissonnat, Jacques Brugère, B. Maigret, Henri Pézerat, Maryse Salou et Jacques Danan, Annie Thébaud-Mony, Michèle Vincenti », c'est-à-dire un élu CHSCT, des médecins de santé publique, un oncologue, des chercheurs et des médecins du travail.

d'hygiène (CDH). Certains médecins ayant tenu à soumettre la faisabilité d'un dispositif de surveillance des cancers d'origine professionnelle à l'évaluation de professionnels de l'épidémiologie, l'équipe de recherche dirigée par Marcel Goldberg, épidémiologiste reconnu pour ses travaux sur la santé au travail⁵⁶ est retenue, l'unité de recherche INSERM 88 « Santé publique et épidémiologie sociale et économique ».

De nombreux documents conservés dans les archives du GISCOP93 – comptes rendus de réunions, courriers privés, notes manuscrites – rendent compte de près de cinq ans d'une vive controverse autour des objectifs et des modalités d'un tel dispositif, opposant les épidémiologistes de l'INSERM aux autres chercheurs, notamment Henri Pézerat et Annie Thébaud-Mony. Leurs désaccords – qui s'inscrivent dans une histoire longue et conflictuelle⁵⁷ – favorisent l'expression d'une controverse scientifique au sein d'un espace institutionnel, poussant les autres acteurs à se positionner au fur et à mesure dans le sens d'un dispositif d'intervention en santé publique. À l'appui de ces archives, quelques échanges semblent significatifs du contexte d'adversité dans lequel ce dispositif va se construire, en lien avec son originalité méthodologique.

Dans les faits, il s'agit d'une confrontation entre deux visions de la santé publique et entre deux visions de la responsabilité sociale du chercheur. Quand la plupart des participants du groupe cancer revendique une approche qui, alliant recherche et action, viserait à améliorer l'identification, la reconnaissance et la prévention des cancers d'origine professionnelle, les épidémiologistes quant à eux expriment leur désaccord avec une démarche pluridisciplinaire, qualifiée de « militante », ne satisfaisant pas à leurs critères de scientificité. Valérie Thomas relate l'inquiétude de ces chercheurs face à une démarche « aux méthodes et approches diversifiées » qui entraîne « une dilution des moyens et un éclatement des problématiques⁵⁸ ». Elle note que :

« Dans le cadre d'un entretien, un des chercheurs épidémiologistes a déclaré sa volonté de mise à distance d'avec le groupe de travail qui n'était pas encore le SCOP93. Il insiste sur un réel fond d'incompréhension, une mésentente méthodologique. Ce qui semble pourtant être fondamental pour lui c'est d'écarter toute dimension militante de son cadre professionnel, en formulant des reproches aux autres chercheurs, accusés de desservir un idéal d'objectivité scientifique : "Le problème de fond, c'est que c'est leur chose, ils ont milité pour ça."⁵⁹ »

⁵⁶ Marcel Goldberg est notamment à cette époque co-auteur avec Denis Hémon d'un rapport pour la Communauté économique européenne, *Methodology of assessment of occupational exposures in the context of epidemiological detection of cancer risk*, 1989, CEE Report EUR 11659, FR et membre de l'expertise collective de l'INSERM sur les effets de l'amiante de 1996.

⁵⁷ Il est possible de situer à cet endroit la naissance d'un conflit durable qui va notamment opposer Henri Pézerat et Marcel Goldberg, entre « experts institutionnels » et « experts militants », dont Emmanuel Henry rend compte dans son dernier ouvrage, *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 2017, p. 108-115.

⁵⁸ Valérie Thomas, *Les ambiguïtés "du traitement social"...*, mémoire cité, 2002, p. 81.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 54.

À l'équipe de Marcel Goldberg qui propose la mise en place d'un « programme de recherche épidémiologique **et** d'intervention⁶⁰ », un médecin de santé publique du Conseil général, rappelle qu'il convient plutôt de l'envisager comme un « dispositif d'épidémiologie **d'**intervention » et en rappelle les objectifs « prioritaires » :

« Il s'agit, grâce à l'épidémiologie, d'impulser dans la durée une dynamique permettant de déboucher sur un travail de prévention en milieu professionnel tout en améliorant les conditions de déclaration et de prise en charge des maladies professionnelles. Dire de ce projet qu'il se veut plus un "projet d'épidémiologie d'intervention" qu'un "projet d'épidémiologie et d'intervention", intitulé actuel, en résumerait somme toute assez bien l'esprit. Il est souhaitable que cette philosophie générale imprègne jusqu'aux aspects les plus méthodologiques d'un tel projet afin de permettre la meilleure articulation possible entre informations épidémiologiques/connaissances scientifiques/actions de santé publique⁶¹. »

Ainsi, selon lui, ce projet ne peut prendre sens « qu'inséré dans des objectifs concrets d'action de santé publique à court ou moyen terme » et s'il « doit privilégier une approche, ce doit être l'approche descriptive plutôt que la recherche étiologique⁶² ».

Quand l'équipe de Marcel Goldberg envisage de mener une enquête épidémiologique selon les canons de la discipline⁶³, Annie Thébaud-Mony souligne que « même sans viser l'exhaustivité, on sait, avec les systèmes de déclaration obligatoire de certaines maladies (exemple la tuberculose) que l'incidence des cas déclarés apporte déjà une information très précieuse sur la situation épidémiologique d'une maladie. L'alourdir en enquête cas témoin en population générale me paraît dénué de sens pour les cancérogènes avérés⁶⁴ ». Selon Valérie Thomas, « le calcul de la fraction de risque attribuable cristallise les points de désaccord entre les différents acteurs⁶⁵ ». Pour les épidémiologistes, elle apparaît indispensable à mesurer la responsabilité du travail dans la survenue des cancers, quand pour les autres elle est sans intérêt dans le cas des pathologies multifactorielles pour lesquelles « on ne peut démêler les interactions entre facteurs externes (professionnels, environnementaux, alimentaires, médicamenteux...) et des processus biologiques liés à l'histoire de la santé du sujet⁶⁶ ». À l'équipe de

⁶⁰ Danièle Luce et Marcel Goldberg, « Etude de faisabilité, mise en place d'un programme de recherche épidémiologique et d'intervention "cancer travail environnement en Seine-Saint-Denis" », INSERM Unité 88, juillet 1994 [Archives GISCO93].

⁶¹ Note de synthèse rédigée par Vincent Boissonnat, médecin épidémiologiste au SPAS, CG93, suite à la réunion du groupe cancer du 22 septembre 1994, à l'appui des « échanges internes » et de « la discussion directe avec les chercheurs de l'Unité 88 » [Archives GISCO93].

⁶² *Ibid.*

⁶³ C'est-à-dire dans ce cas, à l'appui d'une étude dite « cas témoins » : il s'agit de constituer à côté d'un échantillon de personnes malades, un autre de personnes non malades et de comparer leurs caractéristiques dans l'objectif de parvenir à identifier les facteurs en cause dans la survenue de la maladie.

⁶⁴ Annotations manuscrites d'Annie Thébaud-Mony portées sur le projet déposé par Marcel Goldberg, en date de juillet 1994 [Archives GISCO93].

⁶⁵ Valérie Thomas, *Les ambiguïtés "du traitement social"...*, mémoire cité, p. 88-90. Se reporter à ce sujet à Émilie Council et Emmanuel Henry, « Produire de ... », art. cité, 2016, p. 5-29.

⁶⁶ *Ibid.*

l'INSERM qui propose de cibler également dans l'étude les facteurs génétiques, les médecins du SPAS rétorquent que :

« La priorité n'est pas de mettre en évidence de nouveaux facteurs de risque (même si des résultats de ce type peuvent être attendus), mais de réfléchir et construire un système d'information réciproque entre travailleurs, entreprises et professionnels de santé pour faciliter l'action, l'élaboration d'un outil d'aide au recueil des expositions s'inscrivant dans cette démarche⁶⁷ ».

Un syndicaliste souligne quant à lui les « dimensions d'utilité sociale et d'action transformatrice⁶⁸ » que devrait revêtir ce projet. L'équipe des épidémiologistes de l'INSERM se démarque finalement de cette dynamique pour s'impliquer dans la mise en place sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, du Programme national de surveillance des mésothéliomes (PNSM)⁶⁹ qui consiste à développer un système d'enregistrement restreint aux cas de ces cancers très spécifiques d'une exposition à l'amiante.

Pour mettre en œuvre le dispositif de « recherche pour l'action », une association voit le jour en 2000, hébergée dans les locaux de l'Université Paris 13⁷⁰. L'objectif poursuivi est « la création d'un système d'enregistrement permanent des nouveaux cas de cancer » pour :

*- développer la connaissance des expositions cancérigènes en milieu de travail (passées et actuelles) par leur identification dans la carrière professionnelle des patients atteints de cancer ;
- recenser les cas entrant dans le cadre du système de réparation et suivre le déroulement des procédures de reconnaissance en maladie professionnelle pour les patients atteints de cancer ;
- produire des informations concernant les activités professionnelles exposant à des cancérogènes, dans les conditions passées et actuelles de travail, sur la base des résultats de l'enquête systématique menée auprès des patients, en vue de la prévention ;
- alerter sur l'existence d'agrégats de cas.⁷¹ »*

L'accompagnement des patients atteints de cancer vers l'accès au droit à réparation s'inscrit, selon les promoteurs du GISCOP93, en référence aux droits fondamentaux, parmi lesquels « droit à la santé et droit au travail s'articulent l'un à l'autre » et se conjuguent avec le « droit à la dignité⁷² » :

⁶⁷ Compte-rendu de la réunion sur le projet de faisabilité de l'étude épidémiologie d'intervention du 30 septembre 1996 [Archives GISCOP93].

⁶⁸ Lettre manuscrite de Alain Bobbio, élu CHSCT, à Henri Pézerat, en date du 12 juin 1997 [Archives GISCOP93].

⁶⁹ Valérie Thomas, *Les ambiguïtés "du traitement social"...*, mémoire cité, 2002.

⁷⁰ Dès le départ, la forme associative est envisagée comme une étape intermédiaire, dans la perspective de création d'un Groupement d'intérêt public (GIP) seul en mesure de garantir une pérennité au dispositif. L'hébergement par l'Université Paris 13 est le marqueur du caractère scientifique de ce dispositif. Son bureau est constitué d'une sociologue, Annie Thébaud-Mony, de deux professeurs hospitalo-universitaires, Jean-Luc Breau, oncologue, et Philippe Casassus, hématologue, de Jacques Brugère, cancérologue, d'un élu CHSCT, Alain Bobbio, d'une ingénieure de recherche INSERM, Hélène Carteron, et du médecin du SPAS en charge du dossier de la prévention des cancers, Michèle Vincenti. Des représentants de la Ligue départementale contre le cancer font partie du conseil d'administration. Valérie Thomas, *Les ambiguïtés "du traitement social"...*, mémoire cité, 2002, p. 55.

⁷¹ Michèle Vincenti et Annie Thébaud-Mony, « Droit du travail et... », art. cité, 2002, p. 301-309.

⁷² *Ibid.*

« Pour des malades atteints de cancer contracté au travail, l'exercice de ce droit passe par la reconnaissance en maladie professionnelle, c'est-à-dire que la société reconnaît que cette maladie est la conséquence du devoir accompli dans ce travail. L'exercice de ce droit est aux antipodes des campagnes de culpabilisation développées actuellement, qui visent à rendre l'individu seul responsable de la maladie qui le tue⁷³. »

Parmi les textes auxquels ils se réfèrent, figure également la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé⁷⁴, qui promeut, à l'échelle internationale, la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, et notamment le travail.

Il apparaît ainsi, au regard de l'histoire de la mise en place de ce dispositif de recherche-action, que le GISCOP93, créé en 2002, s'inscrit dans la filiation d'une séquence historique qui, du milieu des années 1960 au milieu des années 1980, fut porteuse de plusieurs formes d'« insubordination », sociale et scientifique notamment. La méthodologie d'enquête retenue en est aussi l'une des illustrations.

1.3. Une méthodologie hybride visant la complémentarité des savoirs

Afin de satisfaire aux objectifs poursuivis, une méthodologie spécifique est proposée, mêlant les apports de plusieurs disciplines. Elle se nourrit d'expériences antérieures et, notamment, des travaux menés au Québec par l'épidémiologiste Jack Siemiatiki et l'ingénieur chimiste Michel Gérin. Tous deux sont à l'origine d'une méthode d'évaluation des expositions professionnelles au cas par cas, par le recours des compétences croisées d'experts issus de plusieurs disciplines⁷⁵, une méthode déjà éprouvée à Lyon auprès de patients atteints de cancer⁷⁶.

A contrario d'une enquête de type épidémiologique qui étudierait la prévalence ou l'incidence du cancer, celle du GISCOP93 cherche le moyen de rendre visible l'impact du travail sur la survenue de cette pathologie, à l'appui d'un dispositif d'enquête permanent. Il ne s'agit pas de chercher à identifier de nouveaux facteurs de risques, ni de définir la « causalité » de la maladie mais plutôt de mettre en lumière des situations où la prévention a échoué à mettre les travailleurs à l'abri d'une contamination cancérigène.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. Elle distingue cinq axes d'action : développer les aptitudes personnelles, renforcer l'action communautaire, créer des milieux favorables, réorienter les services de santé, établir une politique publique saine.

⁷⁵ Jack Siemiatycki et al., « Discovering carcinogens in the occupational environment : a novel epidemiologic approach », *Journal of the National Cancer Institute*, 66, 1981, p. 217-225 ; Michel Gérin et al., « Obtaining occupational exposure histories in epidemiologic case-control studies », *Journal Occupational Medicine*, 27, 1985, p. 420-426.

⁷⁶ Martine Hours et al., « Bladder cancer and occupational exposures », *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 20, 1994, p. 322-330.

Car s'il existe les antibiotiques pour éradiquer la tuberculose, la seule parade au développement du cancer réside en la suppression des sources d'exposition cancérigène. Dans cette perspective et convoquant plusieurs disciplines, une boîte à outils méthodologique est élaborée pour s'enrichir au fur et à mesure des frottements avec le terrain et des nouvelles questions qui surgissent.

1.3.1. Le diagnostic du cancer comme principal critère d'inclusion

La population d'enquête du GISCOP93 n'est pas définie sur la base de ses activités professionnelles, de son secteur d'activité ou encore de ses éventuelles expositions aux cancérigènes, mais avant tout sur l'existence d'un diagnostic de cancer. Un système d'enregistrement exhaustif des cas de cancers ne semblant pas envisageable au regard de son coût⁷⁷, le dispositif se concentre sur certaines localisations primitives, les plus susceptibles d'être d'origine professionnelle, au regard de la littérature : les cancers broncho-pulmonaires, les mésothéliomes, les cancers du larynx, ceux des sinus de la face et de l'ethmoïde, ceux des voies urinaires hautes et basses (vessie et rein).

Pour connaître les cas de cancer et pouvoir entrer en contact avec les malades, un partenariat est construit avec des services hospitaliers du département qui signalent à l'équipe tous leurs nouveaux cas de cancer. L'adresse de résidence, qui doit être en Seine-Saint-Denis, et la localisation cancéreuse, sont les seuls critères d'inclusion dans l'enquête, sans autre forme de « tri ». Le diagnostic du cancer est envisagé comme un *événement sentinelle* rétrospectivement, vis-à-vis des expositions cancérigènes dans l'activité de travail et, prospectivement, vis-à-vis du fonctionnement du système de réparation des maladies professionnelles.

1.3.2. Le travail comme une activité singulière

À la lumière de ce diagnostic médical, il s'agit de parvenir à identifier d'éventuelles expositions professionnelles aux cancérigènes et, dans cet objectif, de reconstituer tout d'abord l'histoire de travail des patients atteints de cancer. Parce que « le travail présente toujours un caractère énigmatique⁷⁸ », ce dispositif se nourrit des multiples

⁷⁷ Le coût d'un système d'enregistrement exhaustif des cas de cancer avait été estimé, dans le cadre de l'étude de faisabilité menée par Marcel Goldberg, entre 1,4 et 4 milliards de francs par an pour une population de 1 400 000 habitants et encore, « pour le simple enregistrement des cas, sans aucune information sur les données professionnelles » : « On estime à 1F/an/habitant le coût de fonctionnement de "base" d'un registre général des cancers en France dans un département de province (source : Francim). Ce coût doit être multiplié par au moins 2, sinon 3 dans un département comme celui de la Seine-Saint-Denis où les patients sont pris en charge par environ une centaine d'hôpitaux différents dont la plupart sont hors du département et très dispersés, ce qui augmente le nombre de correspondants du registre, multiplie les déplacements etc. ». Danièle Luce et Marcel Goldberg, « Etude de faisabilité... », étude citée, 1994, p. 31-32 [archives Giscop93]. Cette estimation n'est assortie d'aucune étude exploratoire qui permettrait d'en savoir plus sur le coût de cet enregistrement en temps réel, poste par poste.

⁷⁸ Philippe Davezies, « Réflexions sur la santé au travail », intervention au colloque « Travail santé aujourd'hui au tournant du millénaire », novembre 1997. En ligne sur <http://philippe.davezies.free.fr> [consulté le 28 mars 2015].

travaux qui ont démontré que l'analyse du travail ne pouvait se résumer à l'examen des tâches prescrites, mais devait tenir compte de l'expérience singulière de chaque travailleur dans son activité réelle de travail. Comme l'écrit l'ergonome François Guérin :

« La tâche, autrement dit ce que les salariés ont à faire, correspond au travail prescrit. La définition de la tâche est centrée sur les objectifs de production, et la manière dont il convient d'agir. Mais elle ignore assez largement la manière dont les personnes agissent pour atteindre ces objectifs⁷⁹ ».

L'activité réelle de travail peut donc être fortement en décalage avec la tâche prescrite, d'autant plus que « le réel de l'activité, c'est aussi [...] ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire⁸⁰ ». De fait, « le travailleur moyen n'existe pas. Une même fonction occupée par deux personnes correspondra à deux situations de travail spécifiques⁸¹ ».

Dans le cadre de l'enquête du GISCOP93, le travailleur est donc le mieux placé pour raconter son travail, tel qu'il l'a effectué. Aucune matrice, aucun questionnaire type ne peut approcher cette réalité et les sites d'activité sont si nombreux qu'il est illusoire de trouver pour chacun d'entre eux des reconstitutions issues d'observations participantes⁸² ou des récits collectifs. La reconstitution des parcours professionnels s'élabore donc à partir de la mémoire de chacun des patients inclus dans l'enquête, dans le cadre d'un entretien non directif réalisé à l'appui d'un guide des activités⁸³. Celui-ci a été élaboré sur la base des données de la littérature et de la méthodologie construite par Joëlle Févotte, ingénieur chimiste et alors membre de l'Institut d'épidémiologie de l'Université de Lyon⁸⁴. Il est régulièrement mis à jour, en lien avec le collectif d'experts.

L'enquêteur, le plus souvent formé à la sociologie du travail et n'ayant pas le plus souvent la connaissance des activités exercées par les patients trouve en ce guide de quoi orienter son entretien vers des relances spécifiques, propres à chaque métier, dans l'objectif de préciser davantage les modes opératoires (voir encadré ci-dessous). En effet, les travailleurs ont beaucoup de mal à verbaliser leur travail, à l'expliquer, comme le montrent de nombreux travaux, notamment en sociolinguistique⁸⁵ et en ergonomie : « [Les travailleurs] décrivent spontanément leur travail en se référant largement à la tâche qu'on leur a prescrite, et non à leur activité réelle. Leur expression est laconique,

⁷⁹ François Guérin, « L'activité de travail », dans Jacques Kergoat et al. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, p. 173.

⁸⁰ Yves Clot, *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

⁸¹ François Guérin, « L'activité... », ouvr. cité, 1998, p. 177.

⁸² Christelle Avril et al., *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, « Grands repères Guide », 2010.

⁸³ Guide d'activités professionnelles à l'usage des enquêteurs de Scop 93, réactualisation décembre 2008 [Archives Giscop93].

⁸⁴ Annie Thébaud-Mony et al., « Parcours-travail et cancers... », art. cité, 2003.

⁸⁵ Josiane Boutet (dir.), *Paroles au Travail*, Paris, L'Harmattan, « Langage et Travail », 1995.

globale, sans catégorisation⁸⁶ ». Les enquêtes exploratoires au dispositif GISCOP93 en avaient témoigné :

« La description de l'activité n'est pas acquise. Elle se fait par recherches, par approximations successives. Elle évolue au fur et à mesure des interrogations, demandes de précision, reformulations... L'expérience des travailleurs doit pouvoir être explicitée, élaborée. C'est l'interaction qui permet cette élaboration à travers un jeu de retouches progressives, d'enrichissements, de correctifs et de nuances, d'illustrations⁸⁷. »

Le guide pour les entretiens de reconstitution des parcours professionnels⁸⁸

Ce guide comprend des fiches correspondant à plus d'une trentaine d'activités – industrielles, du bâtiment et de service. Dans le cas d'un (ancien) salarié de l'industrie textile et teinture, par exemple, il est conseillé de l'interroger sur :

- *Type de vêtement, de fil ou de fibre traité dans la fabrique* : coton, laine, nylon, polyamide ou autres synthétiques (dans les usines qui fabriquent du nylon et tergal, polymère chauffé et fondu pour pouvoir faire passer dans les filières et obtenir du fil. L'amiante était couramment utilisé pour calorifuger certains appareils), la rayonne (fabriquée en France jusqu'aux années 90 environ ; on y utilisait, en très grandes quantités, du sulfure de carbone, solvant très toxique, tableau n°22 des MP, Cf usines du groupe Rhône-Poulenc Textile), la viscosse (fabriquée en France jusqu'aux années 90 environ)...
- *Faire préciser le secteur de production* : lavage, dégraissage, blanchiment, teinture ou impression (procédé en vase clos ou à l'air libre), finition (imperméabilisation, traitement antimite ou anti-moisissure, traitement ignifuge), enduction (revêtement de plastique, de caoutchouc, de cire, d'huile...), séchage, défroissage, repassage, emballage, triage des produits, entretien/réparation des machines (comme mécanicien ou électricien), production textile, essais de couleurs...
- *Produits manipulés ou utilisés à l'occasion de préparation de mélanges (ex. remplir ou vider des récipients)* : agents de blanchiment (par ex. dioxyde de soufre, chlorite de sodium, eau de Javel, soude caustique, eau oxygénée), solvants (p.ex. trichloréthylène, tétrachlorure de carbone, tétrahydrofurane ou THF, toluène, xylène, benzène), teintures ou pigments (en solution, sous forme de pâte en poudre ou en granulés), résines synthétiques (comme agents de finition), agents antimites ou anti-moisissures...
- *Type de ventilation du lieu de travail* : travaux à l'intérieur principalement, travaux en cabine à air conditionné ou en salle de contrôle principalement, ventilation générale par le plafond (active), ventilation passive (ouverture des portes, des fenêtres ou toit ouvrant), ventilation à la source (hotte ou cabine), procédé en vase-clos, machine encapsulée...
- *Port ou non de protections individuelles* : masque à gaz ou respirateur individuel, masque à poussière
- *Nettoyage de la peau après le travail* : douche quotidienne, lavage des mains, des bras... avec un savon ou avec des solvants (p. ex. white spirit)...
- *Disposer ou pas d'un lieu propre pour manger*

⁸⁶ Michel Gollac et al., *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, « Repères », 3^e édition, 2014, p. 8.

⁸⁷ Annie Thébaud-Mony et al., « Parcours-travail et cancers... », art. cité, 2003.

⁸⁸ Guide d'activités professionnelles à l'usage des enquêteurs de SCOP 93, réactualisation décembre 2008, p. 20 [Archives GISCOP93].

Enquêtrice au GISCOP⁹³ durant plusieurs années, Flaviene Lanna s'est attachée à rendre compte de cet exercice délicat qui consiste à ce que l'enquêté parvienne à parler de son activité et puisse la décrire le plus finement possible :

« L'entretien doit fournir aux experts un matériel suffisamment détaillé et exact concernant les activités que le patient avait à faire, mais surtout comment il les faisait, avec quels outils et dans quelles conditions ; où il se situait dans l'entreprise et ce qu'on faisait autour de lui ; les produits fabriqués par l'entreprise et la taille de celle-ci, les éventuels équipements de protection, le nettoyage des outils et machines mais aussi celui du corps du travailleur, s'il s'agissait d'un travail en intérim ou en sous-traitance. Parce que les délais de latence entre l'exposition à un cancérigène et la survenue de la pathologie peuvent être de plusieurs décennies, il est nécessaire de revenir au début de la vie professionnelle du patient, y compris à ses périodes d'apprentissage.⁸⁹ »

Puisque le travail est une activité singulière, chaque parcours de travail ainsi reconstitué est ensuite soumis à une expertise collective, sans aucune forme de standardisation. Durant une même séance, deux parcours de maçon peuvent ainsi donner lieu à des conclusions fort différentes quant aux expositions aux cancérigènes, selon les activités concrètes de travail de chacun d'entre eux et, plus largement, selon les époques et les espaces de travail, les modes de production, les statuts d'emploi, l'évolution de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité au travail. L'activité de travail est ainsi saisie dans sa longue durée et dans sa singularité, reflet de l'histoire collective de l'évolution des techniques et des formes de l'emploi mais aussi des transformations de l'organisation du travail et des conditions de travail⁹⁰.

1.3.3. Les savoirs et leur complémentarité

Dans la filiation des travaux d'Ivar Oddone, le dispositif se construit sur l'idée de la diversité des formes de l'expérience et d'une complémentarité des savoirs – la « communauté scientifique élargie⁹¹ » – reconnaissant en cela chacun des acteurs, à chaque étape de l'enquête, comme producteur de connaissance. Il n'est alors pas question de savoirs « profanes » distincts de savoirs « scientifiques », mais de savoirs pluriels élaborés dans une perspective de changement, ici de prévention et d'accès au droit⁹².

⁸⁹ Flaviene Lanna, « Du travailleur au malade : retour sur la reconstitution du parcours professionnel de patients atteints de cancer en Seine-Saint-Denis », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 2 | 2013 [consulté le 23 juin 2015].

⁹⁰ André Gorz, *Métamorphoses du travail, quête du sens. Critique de la raison économique*, Paris, Galilée, 1988 ; Thomas Coutrot, *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte, 2002.

⁹¹ Ivar Oddone, Alessandra Re et Gianni Briante, *Redécouvrir l'expérience ouvrière, Vers une autre psychologie du travail ?*, Paris, Editions sociales, 1981. Ivar Oddone (1923-2011) était un universitaire, médecin et psychologue du travail italien. Un hommage à l'œuvre d'Ivar Oddone a été publié dans la revue *Ergologia*, n° 12, décembre 2014, p. 149-160.

⁹² Ivar Oddone a mis en œuvre cette démarche dans l'usine Fiat de Turin à la fin des années 1960, avec les ouvriers mobilisés pour l'amélioration de leurs conditions de travail et la préservation de leur santé. Une brochure en rend compte, cartographiant les principaux risques identifiés par les travailleurs, *L'ambiente di lavoro* [l'ambiance de travail], éditée pour la première fois en 1969 par la Fédération italienne des employés et ouvriers de la métallurgie (FIOM). Voir en annexe un extrait de cette publication.

Les étapes du recueil de données dans le dispositif d'enquête du Giscop93

1. Les **médecins hospitaliers**, dès lors qu'un nouveau cas de cancer est diagnostiqué, en envoient le *signalement* au médecin de l'équipe du Giscop93. Celui-ci est généralement accompagné d'un compte-rendu d'analyse prouvant le diagnostic à l'appui du formulaire de *consentement*⁹³ *signé par le patient* pour manifester son accord à participer à l'enquête.
2. Le **patient** qui a signé son formulaire de consentement est alors contacté par un « **enquêteur** » du Giscop93 qui réalise avec lui un *entretien qualitatif semi-directif* dans la perspective de rédiger ensuite *une reconstitution de son parcours professionnel* : sont relevés, emploi par emploi, les activités, les lieux de travail, les outils, les produits manipulés, les machines, les équipements de protection, les tâches du voisinage en entreprise, le nettoyage des locaux ou des machines, les produits utilisés pour se nettoyer les mains, les systèmes d'aération ou de ventilation, etc.
3. Un **collectif pluridisciplinaire d'experts**⁹⁴ (constitué de médecins du travail, d'ingénieurs de prévention, de chimistes, de représentants au CHSCT...) examine chacune de ces reconstitutions, à « l'aveugle » – sans avoir connaissance de l'âge du patient et de ses localisations cancéreuses – pour *identifier les éventuels cancérrogènes* auxquels le patient aurait été exposé au cours de son parcours professionnel. Ils se basent sur une liste fermée de 58 cancérrogènes avérés établie à partir des données du CIRC et de l'Union européenne. Ils remplissent alors des fiches, par période d'activité et par poste, sur la nature du ou des cancérrogènes auxquels le patient a été exposé et sur ses caractéristiques (probabilité, fréquence, intensité, durée, présence de pics). Ils précisent ensuite si une déclaration en maladie professionnelle, au vu de la réglementation existante, peut être engagée et préconisent sur quel tableau.
4. Dans ce cas, le **chargé de suivi** rédige ensuite *un résumé de cette expertise*, qu'il adresse au **médecin** hospitalier qui suit le patient pour qu'il *puisse rédiger un certificat médical initial (CMI) en maladie professionnelle* en toute connaissance de cause et en transmettre une copie au patient.
5. En parallèle, le **patient** concerné reçoit un courrier de la part du Giscop93 l'informant « que des expositions à des cancérrogènes ont été identifiées », lui transmettant le résumé de l'expertise, *l'invitant à déclarer sa maladie* auprès de la Caisse d'assurance maladie (CPAM). Une ligne lui précise qu'il peut prendre contact avec le chargé de suivi pour toutes les questions en lien avec la procédure.
6. Le **chargé de suivi** assure ensuite le *suivi de la procédure* dans la durée, auprès des patients ou de leur entourage. Il peut aussi interroger le **secteur risques professionnels à la CPAM** pour obtenir *un tableau actualisé des dates* de déclaration, de refus ou de reconnaissance, patient par patient, quand elles existent.

Le médecin établit le diagnostic du cancer et le certifie, mais il ne peut s'engager plus loin, dans la connaissance de l'activité de travail. Le travailleur étant le seul à savoir comment il a réalisé son activité, la reconstitution de son parcours se base sur son témoignage, à l'appui de l'interaction construite avec l'enquêteur. Mais comme le travailleur – une étude exploratoire l'avait montré – ne sait pas à quoi il a été exposé et ignore le plus souvent le caractère cancérrogène des produits ou procédés de travail⁹⁵, l'identification des éventuelles expositions cancérrogènes est confiée à un collectif d'experts constitué de personnes de formations, de métiers et d'expériences différentes, intervenant principalement sur le bassin d'emploi francilien. Emploi par emploi, poste

⁹³ Le formulaire par lequel les patients consentent à rejoindre l'enquête du Giscop93 se trouve en annexe.

⁹⁴ La composition de ce collectif a évolué au fil du temps. Elle comprend, de façon constante, des hygiénistes industriels de l'INRS ou de la CRAMIF, pour leur connaissance de l'utilisation des produits cancérrogènes et de leur évolution dans les procédés et ambiances de travail, et des médecins du travail pour leur connaissance des postes de travail et la surveillance médicale qu'ils exercent auprès des salariés. Selon les périodes, s'y joignent des toxicologues, des élus CHSCT et, depuis 2010, une sociologue en santé publique, spécialiste en santé au travail. Ces experts ne sont pas rémunérés par le Giscop93 pour cette activité. La plupart d'entre eux participent au dispositif depuis ses débuts.

⁹⁵ J'y reviendrai plus précisément au chapitre 2.

par poste, à l'appui d'une liste fermée de 54 cancérogènes⁹⁶, ils examinent attentivement l'activité de travail pour y déceler (ou non) la présence de cancérogènes dans les matériaux utilisés (par exemple, amiante, solvants chlorés, benzène) ou résultant du procédé de production (par exemple, fumées de soudage, fumées issues des huiles de coupe, pétrolières ou aqueuses) et pour qualifier ces expositions selon leur probabilité, leur fréquence, leur durée, leur intensité et l'existence de pics.

Fruit du travail de plusieurs acteurs, selon une méthodologie hybride au croisement de plusieurs disciplines, cette connaissance des activités exposées permet de documenter des situations de travail difficilement accessibles par ailleurs, parce qu'issues de parcours très morcelés, polyvalents, dans le cadre de la mobilité professionnelle, de l'intérim ou de la sous-traitance, et inscrites au sein d'une division sociale du travail et des risques en restructuration permanente. Elle se construit à rebours d'autres travaux qui visent justement à « rationaliser » ces différentes étapes par le développement d'un « algorithme décisionnel qui organiserait de façon hiérarchique les questions – concernant les caractéristiques de l'individu et son exposition – afin de guider l'utilisateur vers la décision d'imputer ou non le cancer à l'exposition⁹⁷ ».

Un dispositif d'enquête en ajustement permanent

Si l'enquête poursuit les mêmes objectifs généraux depuis sa mise en place, les modalités en revanche évoluent régulièrement, en lien avec le terrain sur lequel elle se déroule, la composition de l'équipe elle-même et les orientations des instances dirigeantes de ce groupement d'intérêt scientifique (Gis). Puisqu'elle repose sur un partenariat construit avec des services hospitaliers et avec la Caisse départementale d'assurance maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis, l'enquête dépend donc fortement des évolutions et des contraintes respectives de ces organismes et des personnes impliquées. Le contenu et les modalités du partenariat ont ainsi pu varier depuis 2002. Par exemple, le service d'oncologie de l'hôpital Gamma, dont le chef de service s'était impliqué dans le dispositif dès l'étude exploratoire de 2001, s'est fermé à l'enquête au départ de celui-ci, en 2007, pour y participer de nouveau en 2009, avant de se retirer en décembre 2012. L'existence dans l'hôpital d'un centre de consultation de pathologie professionnelle⁹⁸ (CCPP), les pressions exercées par les employeurs sur les médecins rédigeant les certificats médicaux⁹⁹, l'intensification du travail de soin, la

⁹⁶ L'enquête du GISCOP93 n'a pas vocation à pallier l'ignorance toxique qui régit le plus grand nombre de molécules présentes dans les processus de travail. Le collectif d'experts analyse les parcours de travail sur la base d'une liste fermée de 54 cancérogènes correspondant aux substances classées par le CIRC en « groupe 1 » (cancérogène pour l'homme) ou « groupe 2A » (probablement cancérogène pour l'homme) et par l'Union européenne en « catégorie 1 » (que l'on sait être cancérogènes pour l'homme) ou « catégorie 2 » (pour lesquelles il existe une forte présomption qu'elles peuvent provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence).

⁹⁷ Stéphanie Vandendorren et *al.*, « Reconnaissance des cancers professionnels : revue des méthodes existantes et perspectives », *Bulletin du cancer*, 92(9), 2005, p. 799-807.

⁹⁸ Il existe en France une trentaine de lieux de consultation spécialisés en pathologie professionnelle, le plus souvent situés au sein de CHU. Ces consultations comprennent des médecins de plusieurs spécialités et le plus souvent un pôle social pour accompagner les personnes malades dans leurs éventuelles démarches d'accès au droit à réparation. Organisées en réseau – le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) –, ces consultations ont pour objectif d'identifier les liens éventuels existants entre la maladie et l'activité professionnelle. Ces données alimentent une base de données nationale, dans l'objectif de parvenir à repérer des risques et d'éclairer les priorités de la commission des maladies professionnelles en charge d'examiner la création ou la modification des tableaux de maladie professionnelle. Un rapport d'activité annuel est accessible à cette adresse : www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-RA-2015.pdf [consulté le 5 novembre 2016]. En 2015, les pathologies cancéreuses représentaient 14 % des maladies observées dans ces consultations.

⁹⁹ Patrick Adam, « Médecins du travail : le temps du silence ? », *Droit social*, vol 6, n° 6, 2016, p. 541-546.

sensibilité du nouveau chef de service, tout cela a pu concourir à la mise en sommeil de ce partenariat. De la même façon, le partenariat avec la CPAM repose, dans les faits, sur le travail de salariés de la caisse qui sont plus ou moins disponibles, ouverts et motivés pour s'y investir. D'un chargé du partenariat à l'autre, la nature des échanges et la richesse des informations communiquées a pu varier de façon importante et infléchir des questions de recherche.

Par ailleurs, ce dispositif d'enquête repose sur une équipe, constituée en grande partie de non-statutaires¹⁰⁰, donc instable, ce qui peut influencer sur la qualité des informations recueillies. Le *turn-over* des enquêteurs, par exemple, est à l'origine d'une diversité dans les reconstitutions de parcours professionnels, plus ou moins riches, plus ou moins précises, selon le contexte de l'entretien (fatigue du patient, difficultés linguistiques...¹⁰¹) mais également selon la personnalité de l'enquêteur, sa sensibilité personnelle et son positionnement professionnel au regard de la situation des patients (maladie grave et mort). De même, l'évolution du poste de suivi de la réparation fait apparaître depuis 2002 différentes périodes correspondant à des recueils de matériaux plus ou moins riches. La base de données s'est quant à elle élargie à de nouvelles variables, jusqu'à permettre une réelle exploitation quantitative, par l'insertion dans l'équipe à partir de 2009 de chercheurs en épidémiologie et la collaboration de statisticiens.

Si le projet n'a pu se développer selon l'ampleur envisagée au départ – l'objectif était d'étendre le dispositif à 20 centres hospitaliers¹⁰² –, le GISCOP93 est toutefois parvenu à maintenir dans le temps un dispositif d'enquête permanente qui répond à une part des objectifs initialement poursuivis¹⁰³.

1.4. Le suivi des parcours de reconnaissance en cancer professionnel : l'élargissement d'un terrain de recherche

À partir des cas de cancers, surtout broncho-pulmonaires (84%), enregistrés dans les trois services hospitaliers partenaires, le parcours professionnel de plus de 1 290 patients (données octobre 2016) a pu être reconstitué depuis 2002. Ces données issues du dispositif d'enquête du GISCOP93 permettent de préciser les caractéristiques de la population d'enquête dont il est question dans ma recherche et l'héritage partenarial sur lequel j'ai pu m'appuyer, notamment avec la CPAM93.

¹⁰⁰ L'équipe du GISCOP93 a accueilli depuis sa création une majorité de chercheurs sans poste statutaire. Les conditions d'application de la loi Sauvadet n'ont pas permis de prolonger leur contrat au-delà de trois années, à l'origine d'un fort *turn over* dans l'équipe. De même, si des financements ont pu être continus depuis 2002, ils ne sont pas pour autant stabilisés et pérennes et la fluctuation de leurs montants tout comme celle des exigences requises dans le cadre d'appel à projets ont des conséquences sur l'ampleur de l'équipe de chercheurs qui a pu, selon les années, être constituée de 3 jusqu'à 16 membres.

¹⁰¹ Flaviane Lanna, « Du travailleur au malade... », art. cité, 2013.

¹⁰² Michèle Vincenti et Annie Thébaud-Mony, « Droit du travail et... », art. cité, 2002. Le rapport INSERM de 1997 notait quant à lui qu'il existait une grande diversité de lieux d'hospitalisation pour les patients atteints de cancer résidents en Seine-Saint-Denis, soit plus de 90 structures, situées dans et hors du département. Plus de 61 % des patients étaient toutefois pris en charge dans une quinzaine d'hôpitaux, dont trois étaient situés en Seine-Saint-Denis. Marcel Goldberg et *al.*, « Propositions pour... », étude citée, 1997 [Archives Giscop93].

¹⁰³ L'objectif de réaliser une cartographie des risques cancérogènes en Seine-Saint-Denis, envisagé dès la publication de la monographie de 1990, n'a par exemple pas pu être atteint, en raison de multiples obstacles liés notamment aux exigences de la CNIL et à la protection de la personne morale des entreprises. Lire également Benjamin Lysaniuk et *al.*, « La difficile compilation d'information(s) géographique(s) relative(s) à un cancérogène : étude pilote sur les expositions professionnelles à l'amiante en Seine-Saint-Denis », *Pollution atmosphérique* [En ligne], n° 225, avril-juin 2015.

1.4.1. Des patients majoritairement polyexposés¹⁰⁴ aux cancérrogènes

La population d'enquête du GISCOP93 est constituée majoritairement d'hommes (82 %) qui ont surtout occupé des postes d'ouvriers et d'employés (80 %). Si la plupart de ces patients étaient retraités au moment du diagnostic du cancer, près de 30 % d'entre eux étaient encore en activité.

Le volet rétrospectif de l'enquête consacré à la connaissance des activités et postes de travail exposés aux cancérrogènes a donné lieu à de nombreuses publications et communications. Seuls sont présentés ici les résultats qui participent à préciser le contexte de possibilité d'accès au droit à réparation¹⁰⁵.

Près de 85% des patients ont été exposés à au moins un cancérrogène dans leur activité professionnelle. Deux tiers d'entre eux l'ont été à au moins deux cancérrogènes, un quart à cinq cancérrogènes différents ou plus, jusqu'à quatorze dans certains cas. Le plus souvent polyexposés, les patients de l'enquête le demeurent encore, pour une part, au moment de la survenue du cancer¹⁰⁶. Cette polyexposition s'observe surtout dans les emplois exercés dans les secteurs du commerce et de la réparation automobile, de la construction, de l'industrie métallurgique et de l'imprimerie. Si l'amiante est le cancérrogène le plus présent (près de 29% des postes), la silice, les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA), le benzène dans les mélanges, les solvants chlorés et les fumées de soudage sont les plus fréquents après lui.

Ces parcours professionnels, considérés dans leur ensemble, sont marqués par le morcellement et la polyvalence : on relève une moyenne de cinq emplois par patient, mais jusqu'à quarante-neuf pour certains d'entre eux. Pour près d'un patient sur quatre,

« les parcours sont peu qualifiés, doublement précarisés, marqués par la polyvalence, l'instabilité et la discontinuité. Les patients hommes ayant vécu ce type de parcours, devenu prépondérant à partir des années 1970, présentent plus souvent des histoires lourdes d'exposition (cumul de cinq cancérrogènes ou plus sur l'ensemble du parcours) que ceux ayant suivi des parcours qualifiés, stables et continus¹⁰⁷. »

En dépit de cette exposition massive aux cancérrogènes, les patients du GISCOP93 ne répondent pas tous aux conditions prévues par la loi pour être éligibles au droit de la

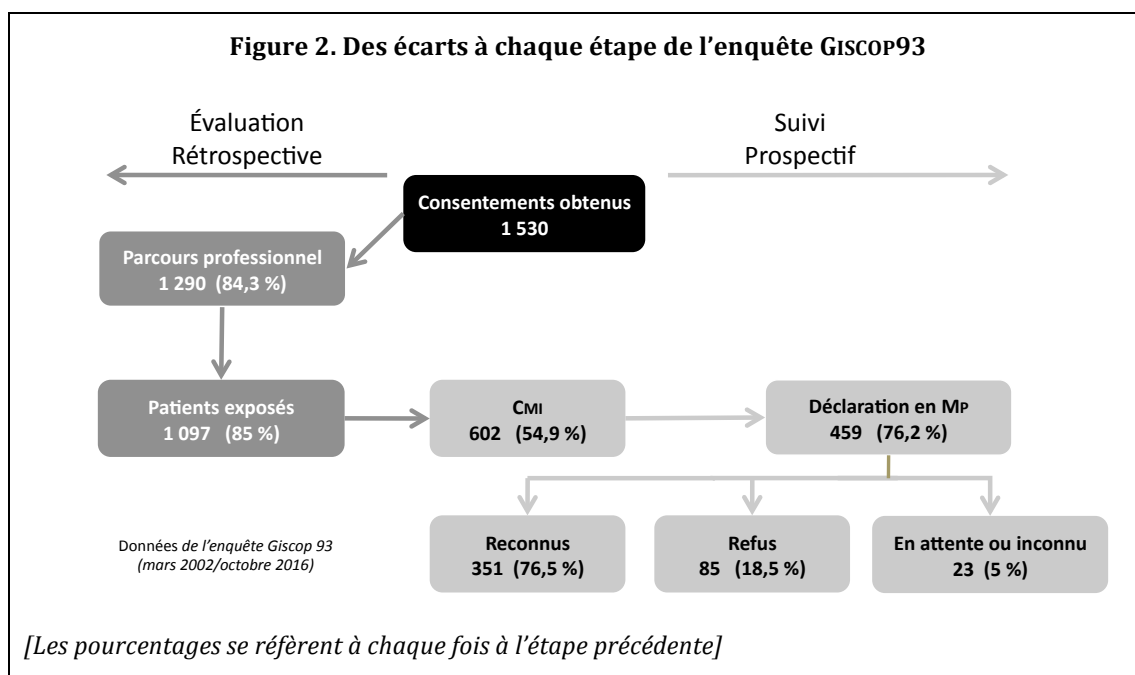
¹⁰⁴ La polyexposition désigne autant l'exposition successive à différents cancérrogènes sur les différents poste occupés durant le parcours de travail que l'exposition simultanée à plusieurs cancérrogènes sur un même poste.

¹⁰⁵ Les données présentées ici sont essentiellement issues du rapport Ecart, « Expositions aux Cancérrogènes dans l'Activité Réelle de Travail », rapport d'activité final réalisé par Émilie Counil, Mélanie Bertin, Annie Thébaud-Mony et l'équipe du GISCOP93 pour l'INCA, 2013. Se reporter également à Émilie Counil et al., « De la reconstitution des parcours de travail à la reconnaissance des maladie professionnelle : enseignements du dispositif d'enquête du Giscop93 sur la question des multi-expositions cancérrogènes », dans Michel Héry et Pierre Goutet (dir.), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, « Avis d'experts », Nancy, INRS, 2015, p. 222.

¹⁰⁶ Equipe GISCOP93, « diaporama de restitution-formation à la CPAM 93 », 1^{er} mars 2013 [Archives GISCOP93].

¹⁰⁷ Émilie Counil, « Inégalités des parcours de travail et histoires d'exposition aux cancérrogènes », dans Annie Thébaud-Mony et al. (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 124.

réparation, comme le schéma suivant construit à partir des résultats enregistrés entre mars 2002 et octobre 2016 peut en rendre compte.



Les écarts existants d'une étape à l'autre ne s'expliquent pas tous de la même manière. L'état de santé des patients les nourrit pour une part – le patient peut être trop fatigué pour accepter un entretien ou pour s'engager dans des démarches d'accès au droit, voire être décédé avant même de pouvoir répondre aux questions de l'enquêteur – mais pas seulement. L'étude sur l'accès au droit à réparation permet d'en documenter un grand nombre, comme les pages et chapitres suivants en rendront compte. En moyenne, sur la période 2002-2016, 76 % des patients ayant bénéficié du certificat médical pour déclarer leur cancer en maladie professionnelle s'engagent dans ces démarches. Ils n'étaient que 50 % lors des deux premières années de l'enquête.

1.4.2. L'accès au droit à réparation des maladies professionnelles : un cadre partenarial favorable

Le volet prospectif de l'enquête repose, dès 2002, sur le double objectif de favoriser l'accès au droit à réparation pour les patients identifiés au terme de l'expertise comme éligibles à la déclaration en maladie professionnelle et d'analyser, chemin faisant, le fonctionnement du système de réparation dans le cas des cancers. Favoriser la reconnaissance tout en étudiant les obstacles à l'accès au droit s'inscrit dans la perspective de rendre visible l'invisible, ici la part du travail dans la survenue des cancers et les mécanismes par lesquels ces cancers ne sont pas reconnus en maladie professionnelle.

Identifiés par les nombreux rapports administratifs portant sur la sous-déclaration, les obstacles à la déclaration en maladie professionnelle étaient censés être levés par le dispositif d'enquête lui-même. Celui-ci garantit, pour chaque patient concerné, l'accès à un certificat médical initial (CMI) en maladie professionnelle, à une information sur le droit à réparation et au suivi de la procédure. L'expérience de l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) en cours depuis 1978 dans le bassin de Fos-sur-Mer¹⁰⁸ fait figure de modèle : dans les réunions préparatoires à la création du dispositif GISCOP93, Henri Pézerat relate ainsi que « le système d'information de Port-de-Bouc a permis la multiplication par six en trois ans des déclarations en MP par les médecins généralistes participants¹⁰⁹ ». Marc Andéol, l'animateur de ce dispositif et traducteur en France de Ivar Oddone, est par ailleurs membre du collectif d'experts du GISCOP93 durant les premiers mois de l'enquête.

Mais au terme des deux premières années de vie de ce dispositif, cette hypothèse de départ ne se confirme pas. Alors même que les patients concernés reçoivent de leur médecin hospitalier un CMI faisant état d'une éventuelle origine professionnelle à leur cancer et qu'ils sont informés par le GISCOP93 des bénéfices du droit à réparation et de leur possibilité de déclarer leur cancer en maladie professionnelle auprès de l'assurance maladie, la moitié d'entre eux ne s'engagent pas dans cette démarche. Un premier rapport remis au ministère du Travail en 2004 précise que les « non déclarants se retrouvent un peu plus chez les actifs » et conclut :

« Malgré un suivi rapproché des patients et de leur famille, le réseau SCOP93 n'a pu jusqu'à présent réduire substantiellement cette sous déclaration¹¹⁰ ».

Dans le cadre d'un partenariat spécifique mis en place avec la CPAM93, celle-ci adopte une démarche volontariste invitant ses agents en charge de l'instruction des dossiers de maladie professionnelle à se rendre au domicile des patients signalés par le GISCOP93 pour les aider à remplir un dossier de déclaration et entamer leur propre enquête¹¹¹ : le taux de déclaration passe alors de 50 % à 77 % entre 2004 et 2005 pour se stabiliser ensuite en moyenne autour de 75 %.

Jusqu'en 2009, il n'existe pas dans l'équipe du GISCOP93 de poste dédié au suivi des démarches d'accès au droit. Les enquêteurs en charge des entretiens de reconstitution des parcours professionnels remplissent également le tableau de suivi et la base de données, avec la collaboration du médecin de l'équipe. Les informations qu'ils collectent

¹⁰⁸ L'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME), animée par Marc Andéol, voit le jour à la fin des années 1970 dans le bassin de Fos-sur-Mer, à l'initiative d'un groupement de médecins mutualistes inspirés par les travaux de Yvar Oddone. Se reporter au chapitre 6.

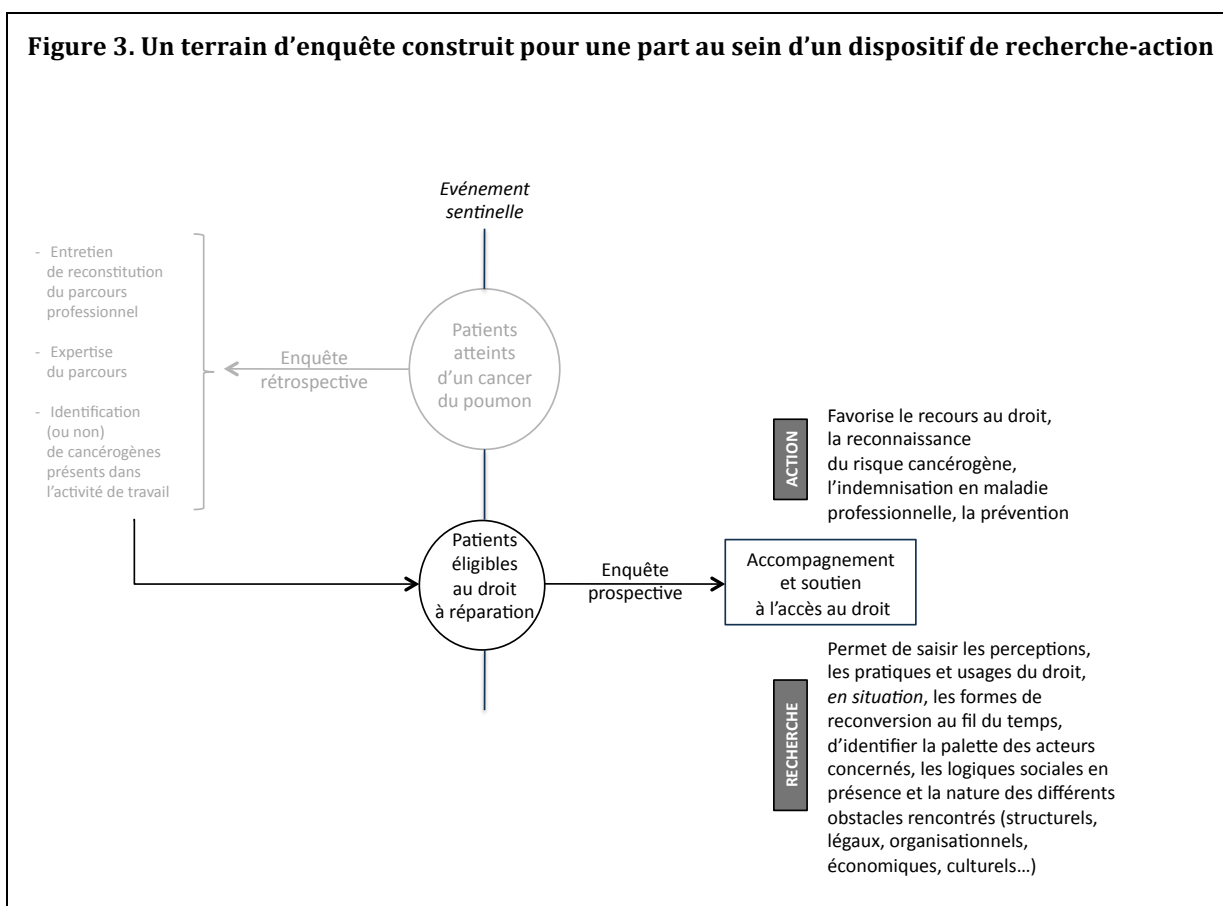
¹⁰⁹ Compte rendu de la réunion du CDH du 23 juin 1997 [Archives GISCOP93].

¹¹⁰ Annie Thébaud-Mony et al., « Rapport final sur le "dispositif permanent de suivi des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis. Exploitation des données" », à destination de la DRT, ministère du Travail, décembre 2004, p. 36 [Archives GISCOP93].

¹¹¹ Le chapitre 7 rend plus précisément compte de l'action de la CPAM93.

sont liées aux étapes de la procédure : le CMI a-t-il été établi, à quelle date, la déclaration a-t-elle été faite, à quelle date, sur quel tableau le dossier est-il instruit, la maladie a-t-elle été reconnue ou non ? Ce recueil s'effectue en direct avec les patients qu'ils ont interrogés en amont et surtout grâce aux échanges institués avec la caisse. Il est à l'origine de plusieurs publications.

La recherche que j'entreprends à partir de 2009 s'insère dans un espace de relations institutionnelles façonné par cet héritage, tissé de liens plus ou moins favorables et plus ou moins fragiles. Elle s'inscrit dans l'un des objectifs qui ont présidé à la création du GISCOP93, la volonté de produire une connaissance sur les conditions d'exposition aux cancérigènes et sur les facteurs de reconnaissance de ces expositions. Le schéma ci-dessous montre à quelle étape du dispositif du GISCOP93 elle intervient, sous la forme d'une démarche d'intervention ou des recherche-action.



Les pages précédentes visaient à resituer les partis-pris de ce dispositif de santé publique, en lien avec les trajectoires des fondateurs du GISCOP93. Les atteintes à la santé sont envisagées ici non pas comme résultant des comportements et choix individuels mais comme le fruit de rapports sociaux de domination, se jouant notamment dans l'espace de travail, et d'autant plus difficile à percevoir que les données chiffrées sur ces

atteintes à la santé par le travail n'existent pas ou sont mal conçues et donc difficilement interprétables. La démarche scientifique de ces chercheurs et médecins s'inscrit dans une visée ouvertement transformatrice de la société : il s'agit de restituer la connaissance des activités exposées aux cancérogènes aux premiers concernés, les salariés ou anciens salariés exposés, et de les soutenir dans leur accès au droit, au nom de la « justice sociale », et aux acteurs institutionnels en charge de la prévention et de la réparation. La méthode d'enquête se construit en lien avec l'objectif recherché : rendre visible l'invisible, en partenariat avec une diversité d'acteurs, de nature différente. Se frottant au terrain, dépendant des évolutions des structures ainsi que de la personnalité des acteurs impliqués, elle est faite d'ajustements permanents et se redéfinit à toutes les étapes.

Cette recherche-action donne accès à une population de salariés et anciens salariés, majoritairement ouvriers et employés, atteints de cancer, principalement broncho-pulmonaire. C'est au sein de ce dispositif que prend corps ma propre enquête de terrain avec ses limites et possibilités, ses forces et ses contraintes.

2. Une recherche ethnographique en « terrain sensible »

Dans la tradition interactionniste des écoles de Chicago¹¹², une profusion d'ouvrages en sociologie interrogent l'immersion du chercheur sur le terrain, son implication, son engagement, sa participation. À rebours de l'approche positiviste selon laquelle « on n'observe bien que de l'extérieur¹¹³ », les promoteurs de l'enquête de terrain partagent la conviction que « l'observateur ne reste jamais complètement extérieur à la situation qu'il observe, sauf à observer derrière une caméra de surveillance ou derrière un miroir sans tain, à l'insu de tous les acteurs présents, à l'abri de toute interaction avec eux¹¹⁴ ». Sa présence, même la plus discrète, influe donc inévitablement sur la configuration qu'il entend observer. Il n'est pas de position hors jeu : quoi qu'il fasse, l'enquêteur entre dans le jeu ; il y gagne d'ailleurs une compréhension de ses enjeux, s'il y prête attention.

Il en est de même dans la conduite d'entretien : si toute une littérature a tenté de codifier ce que devait être un échange « sans influence¹¹⁵ », plusieurs auteurs ont

¹¹² Selon Jean-Michel Chapoulie, il n'existe pas une école de Chicago mais plutôt une tradition sociologique, en référence à des chercheurs et des travaux très divers qui ne doivent leur apparente unité que par « un long travail d'étiquetage auquel ont participé à la fois ceux qui se voulaient leurs héritiers, leurs adversaires et les observateurs, plus ou moins détachés, mais tributaires des intérêts intellectuels établis dans la période où eux-mêmes travaillaient ». Jean-Michel Chapoulie, *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Le Seuil, 2001. Voir aussi Christian Topalov, « Écrire l'histoire des sociologues de Chicago », *Genèses*, vol. 2, n°51, 2003, p. 147-159.

¹¹³ Phrase attribuée à Auguste Comte et qui illustre la tradition positiviste en sociologie.

¹¹⁴ Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier, *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2012 [3^e édition], p. 29.

¹¹⁵ Par exemple, A Blanchet et al., *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod, 1985. Se reporter également à l'article de Jean-Baptiste Lagrave qui rend compte de la forte controverse autour des modalités d'entretien, suite à la parution du livre dirigé par Pierre Bourdieu, *La misère du monde* (Paris, Seuil, 1993) : Jean-Baptiste Lagrave, « La "neutralité" dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence », *Politix*, vol. 9, n° 35, troisième trimestre 1996, p. 207-225.

dénoncé « l'illusion de neutralisation¹¹⁶ », pour reprendre les termes de Gérard Mauger, et ont invité au contraire les chercheurs à :

« prendre comme objet d'enquête la situation sociale particulière qu'est la situation d'enquête, les conditions sociales de son établissement, les formes de son déroulement et [à] cerner les effets de cette situation particulière sur les "matériaux" recueillis : conversations entendues, pratiques observées, propos et récits recueillis¹¹⁷ ».

Le dispositif d'accompagnement des patients vers leur accès au droit qui nourrit cette recherche suppose d'entrer dans le jeu, de s'impliquer fortement. Comme j'en rends compte dans les pages suivantes, il s'est construit au terme d'un cheminement et au regard d'un terrain particulier, celui de la maladie grave et mortelle. On verra que, parce qu'il participe du processus d'accès au droit, il donne accès à des dimensions sociologiques inaccessibles autrement. Mais qu'il place également le chercheur en tension et limite certaines de ses explorations.

2.1. Un cheminement méthodologique

Si la reconstitution des parcours professionnels repose le plus souvent sur un seul entretien, le volet « suivi de la reconnaissance », par définition, ne repose pas sur un contact ponctuel, mais sur des échanges inscrits dans le temps long. Les patients ou, quand ils décèdent, leur famille, peuvent déclarer leur maladie dans un délai de deux ans après la date d'établissement du CMI. L'activité du suivi adopte alors autant de rythmes différents qu'il existe de patients dans la base de données du GISCOP93, hormis ceux pour lesquels le dossier est clos. Parmi tous les patients ayant reçu un certificat médical, on peut distinguer ceux qui n'ont pas (ou pas encore) déclaré leur cancer en maladie professionnelle, ceux qui l'ont déclaré et dont le dossier est en cours d'instruction, ceux qui ont été reconnus en maladie professionnelle et n'ont pas encore obtenu leur indemnisation, ceux qui contestent une décision de refus de reconnaissance ou d'indemnisation, ceux qui portent leur dossier devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ou devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS), pour faute inexcusable de l'employeur (FIE)¹¹⁸.

¹¹⁶ Gérard Mauger, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, vol. 6, n° 1, 1991, p. 129. Voir aussi Daniel Bizeul, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n°4, 1998, p. 751-787.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Lorsque la maladie professionnelle est reconnue, la victime peut engager une démarche en « faute inexcusable de l'employeur » dont la définition a été précisée par la Chambre sociale de la Cour de cassation dans le cas de victimes professionnelles de l'amiante, le 28 février 2002. La faute inexcusable peut être reconnue si l'employeur connaissait ou aurait dû connaître le risque, s'il n'a pas pris les précautions qui s'imposaient pour protéger la sante du salarié, sachant qu'il a, en la matière, « une obligation de résultat » : il doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés (article L. 4121-1 du Code du travail) ; il ne s'agit donc pas seulement de diminuer le risque, mais de l'empêcher.

Cette activité se déroule donc sur un terrain en perpétuel mouvement, reflet des rythmes de la procédure mais aussi des rythmes de vie des patients, de leur manière de se mobiliser ou non, de leur disponibilité, de leur état moral et physique, de leurs contextes, sans compter celui des autres acteurs concernés, les familles et les médecins notamment. Lorsque j'intègre l'équipe du GISCOP93, en novembre 2009, je suis d'emblée « saisie » par ce jeu de balancier d'un calendrier singulier à un autre :

Le 3 novembre, réunion de travail avec Magali à laquelle je succède sur ce poste. Elle m'explique ce que j'aurai à faire et me fait l'inventaire des dossiers les plus urgents à suivre : Delé, il faudra le rappeler fin novembre pour savoir s'il a eu une réponse, Klose, il était en attente d'une décision du CRRMP, si refus il faudra le conseiller pour le contester, Boudouani, la commission de recours ne s'est pas prononcée depuis février 2009, Pigot, elle a jusqu'au 6 décembre pour contester mais, attention, elle suit la procédure en cachette de ses enfants..., Merle, envisager une reconnaissance de droit, Cyran idem mais problème de diagnostic, voir du côté de l'hôpital s'ils ne peuvent pas faire un résumé clinique, Lazari a-t-elle reçu le certificat de décès, a-t-elle déclaré ? Zapour avait besoin d'un nouveau CMI : comme il est retraité, le médecin doit noter que son état est "stabilisé", Cravan a voulu contester devant le tribunal administratif, mais a oublié de joindre des pièces, sa démarche est irrecevable sur la forme, je ne sais pas s'il peut aller plus loin... [Journal de terrain, novembre 2009]

Au-delà de la diversité des situations et des parcours, la complexité de la procédure et celle de l'objet à suivre se révèlent toutes entières dans cette brève liste des tâches qui me sont alors transmises. À quel moment et selon quelles modalités inscrire une observation des perceptions et des pratiques des patients ? Où placer un entretien semi directif, à quel moment de cette trajectoire dans l'accès au droit ?

2.1.1. Questions épistémologiques et éthiques : les impératifs du terrain

Le recours au droit à réparation ne revêt pas la forme d'un acte posé à un moment donné, d'un formulaire signé et déposé en attente d'une réponse, comme on peut l'observer dans le cas de l'accès aux prestations sociales. Il s'inscrit au contraire dans un processus¹¹⁹, au cours duquel on peut assister à des phénomènes de conversion : les facteurs d'entrée dans la démarche (par exemple, le sentiment de s'être fait « avoir » au travail) ou d'abandon (faute de comprendre les termes de la procédure), voire de radicalisation (comme la volonté de porter son affaire au contentieux), interviennent alors selon un calendrier pour chacun très singulier. Celui-ci conjugue les étapes de la vie, de la maladie et celles de l'accompagnement avec celles de la procédure d'accès au droit. Observer le recours au droit en situation impose de se doter d'outils qui permettent d'embrasser ce temps processuel et de saisir les aboutissements mais aussi les hésitations, les revirements, les enlisements, les sursauts afin de pouvoir les analyser.

¹¹⁹ Le délai pour effectuer la déclaration en maladie professionnelle est de deux ans après l'établissement du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et le travail. Un nouveau délai de deux ans peut courir après le décès : on comprend, que durant cette période, tout une série d'événements peuvent intervenir qui facilitent ou empêchent l'engagement dans la démarche de recours au droit.

Par ailleurs, consciente que je serais en contact régulier avec des personnes atteintes de cancer pulmonaire et/ou leur famille, je n'avais toutefois pas mesuré la place que prendraient la maladie et ses effets dans le contexte et la relation d'enquête. Jusqu'alors rarement confrontée à l'univers de cette pathologie, je n'en soupçonnais pas toute l'épaisseur (médicale, sociale, psychologique, affective, économique...) et n'étais pas préparée à me confronter avec ce qui constitue le quotidien des familles et des soignants, en oncologie notamment : la métamorphose des corps, la fatigue liée aux traitements, l'appareillage médical, les soins palliatifs..., mais aussi l'annonce du cancer comme un bouleversement existentiel, un espace de recomposition identitaire et familiale avec, pour beaucoup, l'imminence de la mort, l'irruption du décès.

S'imposant comme la toile de fond générale de mes observations, la place occupée par la pathologie cancéreuse et ses impacts physiques, moraux, émotionnels, sociaux, etc., m'a rapidement conduite à ajuster, dans ce contexte de profonde vulnérabilité de l'enquêté, la relation ethnographique et, partant, les modalités d'enquête¹²⁰. Comment justifier de solliciter des patients, ou leur famille, au moment où ils sont confrontés à cette « expérience humaine radicale, la plupart du temps refoulée, la mort¹²¹ » ? Au nom de quel intérêt supérieur de la recherche ? J'éprouvais quelques difficultés à percevoir comme légitime mon « intrusion¹²² » dans ce contexte douloureux et resserré sur l'intime. Piégée entre les écueils du voyeurisme et ceux de l'évitement, d'une prise de distance qui aurait pu paraître irrespectueuse, il convenait de considérer la maladie à la hauteur de la place qu'elle occupait dans le quotidien des enquêtés. Par ailleurs, que faire de mes émotions face à la souffrance, à la douleur et à la mort ? Les taire, les nier, les disqualifier en évoquant des « biais » ou, au contraire, accepter leurs expressions, les partager avec les enquêtés¹²³, jusqu'à les transformer en un vecteur de construction de la connaissance¹²⁴ et, avec Jeanne Favret-Saada¹²⁵, admettre qu'être affectée puisse devenir l'une des conditions de l'enquête à mener ?

¹²⁰ Dans la perspective de pouvoir échanger sur ces questions, un groupe de jeunes chercheurs s'est constitué qui avaient en commun de travailler sur la pathologie cancéreuse, au sein du Réseau des jeunes chercheurs, santé et société. De mes nombreux et riches échanges avec Zoé Rollin qui consacrait sa recherche à la scolarité des élèves atteints de cancer, un article commun a vu le jour dont je reprends ici quelques fils. Anne Marchand et Zoé Rollin, « Ce que l'intervention fait à la recherche dans un contexte de maladie grave », *Santé Publique*, vol. 27, n° 3, mai-juin 2015, p. 331-338.

¹²¹ Arnaud Hédouin, « Observer la mort », *Ethnologie française*, 2004/2, p. 699-706.

¹²² Selon Gérard Mauger, la présence de l'enquêteur sur n'importe quel terrain d'enquête est vécue comme une intrusion par les enquêtés : Gérard Mauger, « Enquêter en milieu... », art. cité, 1991, p. 130.

¹²³ Je remercie ici mon amie Christine Q., décédée en 2004 d'une tumeur au cerveau. Anthropologue de formation, formatrice en direction des soignants pour les aider à appréhender la maladie et la mort de leurs patients, elle portait un regard très analytique sur sa propre expérience de malade face à la mort. Je lui dois sans doute beaucoup dans mon rapport aux enquêtés atteints de cancer et condamnés à en mourir, à court ou à moyen terme et, notamment, loin des mécanismes plus ou moins conscients d'évitement, de prendre au sérieux leurs angoisses et leurs émotions (et les miennes !), leurs hésitations et leurs revirements, leurs apparentes contradictions. Avec elle, j'ai compris par exemple qu'une furieuse envie de vivre pouvait succéder à la décision de mourir, dans le même quart de seconde et qu'il était parfois très malaisé de stabiliser une perception, une représentation ou un choix.

¹²⁴ Les émotions sont l'objet de plusieurs travaux en sciences sociales dans les métiers du soin notamment. Voir par exemple, sur la fatigue des infirmières, Marc Lorient, *Le temps de la fatigue, la gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos/Economica, « Sociologiques », 2000. Ou Madeleine Estryn-Béhar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital* :

2.1.2. Une extériorité intenable

Comment, dans ces conditions, parvenir à accéder à la connaissance, aux représentations et aux pratiques du droit par les enquêtés ? Sur un autre terrain d'enquête, celui du droit d'asile, Estelle d'Halluin relate les refus d'entretien, les revirements des enquêtés qu'elle avait sollicités et distingue plusieurs situations emblématiques qui font particulièrement écho au terrain de cette recherche : le sentiment des enquêtés de s'investir en pure perte – « *Je n'ai pas envie qu'elle me prenne pour cobaye pour préparer son avenir. Je n'ai aucun intérêt à l'aider, moi. Ça ne m'apportera rien* » –, leur suspicion à l'égard d'une éventuelle instrumentalisation de leurs paroles – « *Il ne faut pas nous enfoncer avec ce qu'on vous dit !* » – et le douloureux retour sur soi au regard d'une expérience éprouvante ou traumatisante – « *Tu sais, c'est trop dur de parler de ces choses-là* ». Ce n'est qu'à condition de remettre en cause son « intenable extériorité » et de s'engager elle-même dans une dimension d'aide, de confiance, de soutien qu'elle parvient à accéder aux témoignages des demandeurs d'asile sur les pratiques associatives, le sujet de sa thèse¹²⁶.

Confrontée elle aussi à un terrain « douloureux », Chowra Makaremi explicite comment son enquête sur les « zones d'attente » aéroportuaires, où sont détenus les étrangers refusés aux frontières ou qui y demandent l'asile, ne pouvait se mener autrement qu'en « participant » :

« Comment se situer en "simple" observateur lorsque les conditions du terrain nous confrontent à une situation de violence et de détention arbitraire (légalisée, mais d'une légalité qui reste problématique) ? [...] Il s'agit de prendre part et d'occuper une fonction déterminée dans ce qui est objet de l'observation¹²⁷. »

Face à la maladie grave et mortelle, dans un contexte de mobilisation pour l'accès au droit, le choix a donc été fait de « prendre part ». Tout comme Chowra Makaremi, j'occupe une fonction dans ce qui est l'objet de l'observation. Mais, contrairement à la sienne – permanente juridique bénévole au sein d'une association –, la mienne n'est pas cernée par les prescriptions d'une fiche de poste ni dans les frontières normatives d'un travail juridique : je ne suis pas seulement disponible aux questions posées par les enquêtés, je vais à leur rencontre pour les informer sur leurs possibilités d'accéder au droit, je leur suggère des initiatives et j'exerce dans ce sens un certain pouvoir

reconnaissance, analyse et prévention, Paris, éditions Estem, 1997. Et, plus récemment, Fabrice Fernandez et al., (dir.), *Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos/Economica, « Sociologiques », 2008.

¹²⁵ Jeanne Favret-Saada, « Être affecté », *Gradhiva* n° 8, 1990, p. 3-10.

¹²⁶ Estelle d'Halluin, « Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité », dans Florence Bouillon et al. (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, EHESS, « Dossiers africains », 2006, p. 59, 61 et 68.

¹²⁷ Chowra Makaremi, « Participer en observant. Etudier et assister les étrangers aux frontières », dans Didier Fassin et Alban Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2008, p. 167.

d'influence sur leurs choix, sur leurs actes, sur le sens qu'ils peuvent leur donner, sur l'aboutissement de leurs démarches. Paradoxe apparent, c'est en encourageant l'accès au droit qu'il est possible d'observer le recours au droit en situation. Simultanément, c'est bien *par* et *dans* cette intervention que s'accomplit un acte de recherche.

Cette configuration, relativement inédite, a pu parfois susciter de vives discussions dans l'équipe et au-delà, dans l'espace académique de la recherche. Se retrouve en jeu, notamment, la notion de « neutralité axiologique » attribuée à Max Weber et enseignée dans la plupart des cursus en sociologie et, plus généralement, le doute mis sur toutes pratiques de recherche « engagée¹²⁸ ».

2.1.3. De la « neutralité » à la « franchise » axiologique

Parallèlement, un financement dédié à l'un des pans de cette recherche¹²⁹ encourageait cette logique d'intervention, invitant à *expérimenter des leviers* dans l'objectif de réduire les inégalités sociales face au recours au droit à réparation des maladies professionnelles¹³⁰. Après avoir identifié un éventail d'obstacles au recours au droit, je me trouvais alors en situation, avec les patients, les médecins, les salariés de la CPAM⁹³ et tous les acteurs concernés, d'imaginer, de proposer, d'expérimenter des moyens de les surmonter, comme il en sera question plus précisément dans les pages suivantes. Ce faisant, il a été possible d'accéder à des situations qui n'étaient autrement pas à portée de regard et d'enrichir la compréhension des mécanismes d'accès au droit.

Entrepris dans un cadre collectif¹³¹, les efforts de définition de ce type de dispositif méthodologique n'ont pas abouti, tout comme les tentatives de s'inscrire dans une typologie qui distinguerait précisément l'« observation directe » de l'« observation participante » voire de la « participation observante¹³² ». La méthodologie d'enquête s'est construite sur le terrain, dans l'expérience, entre bricolages et ajustements,

¹²⁸ Lire à ce sujet le recueil de textes sous la direction de Delphine Naudier et Maude Simonet, *Des sociologues sans qualité ? Pratiques de recherche et engagements*, Paris, La Découverte, 2011.

¹²⁹ Appel à projet « Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales face au cancer », INCA, 2010.

¹³⁰ Equipe GISCOP⁹³, « Etude des processus de construction des inégalités sociales face à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle et des leviers d'actions pour les réduire », rapport final de recherche remis à l'INCA, novembre 2014.

¹³¹ Ce cadre collectif s'est construit autour de l'organisation d'une journée d'études « Agir pour chercher, chercher pour agir : recherches interventionnelles en sciences humaines et sociales sur le cancer », le 9 décembre 2013, à l'Institut national du cancer, et celle d'un séminaire de recherche qui se déroule depuis la rentrée 2014 sous le titre « Citoyennetés académiques : slow sciences et recherche-action ». Dans ce cadre, plus d'une dizaine d'intervenants ont partagé leurs expériences de recherche en sociologie de la connaissance, de la santé, de l'éducation, urbaine... et/ou dans un contexte de recherches co-construites avec les acteurs de terrain.

¹³² Bastien Soulé a ainsi tenté de distinguer, à l'appui d'un corpus de travaux fondés sur des enquêtes de terrain, « les raisons avancées pour justifier le recours au terme de PO [participation observante] ». Selon lui, « les cas d'usages n'étant accompagnés d'aucune précision méthodologique semblent toutefois fréquents ». Pour exemple, dans leurs travaux, les époux Pinçon-Charlot recourent à la notion de « *participation observante* » pour relater leur participation à diverses cérémonies ou festivités, en tant qu'invités de la grande bourgeoisie. « Il existe ainsi au sein de la terminologie spécifique aux enquêtes de terrain des termes *ad hoc*, parfois peu éprouvés, mais dont l'usage s'impose malgré tout au sein de la communauté scientifique. » Bastien Soulé, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives*, Vol. 27(1), 2007, p. 137.

impasses aussi. Et puisque la notion de « neutralité axiologique » doit sans doute davantage à Raymond Aron et à Julien Freund dans leur guerre de position avec les chercheurs marxistes qu'à Max Weber lui-même¹³³, il est possible de rejoindre Marc Bessin qui, à cette traduction « orientée », préfère la notion de « franchise axiologique¹³⁴ », qu'il emprunte au philosophe Jacques Hoarau qui oblige « à objectiver la présence du chercheur, d'en cerner les implications sociales, pratiques et morales, temporelles et sexuées¹³⁵ ». Selon lui, s'intéresser à la « présence sociale » du chercheur sur son terrain d'enquête, dans toutes ses relations d'interdépendance, ouvre davantage de perspectives « que l'enfermement dans la métaphore spatiale de la "bonne distance"¹³⁶ ». Dit autrement :

« C'est en acceptant de penser ses engagements et non en les laissant dans l'ombre du savant, justement, que l'on peut aussi faire œuvre de sciences¹³⁷. »

Si l'on convient, à la lecture notamment d'une épistémologie dite féministe, que « toute connaissance est nécessairement située dans le temps et l'espace [et ancrée] dans les conditions matérielles d'existence spécifiques à un groupe et à une époque donnée¹³⁸ », on peut admettre qu'aucune recherche n'échappe réellement, explicitement ou implicitement, consciemment ou inconsciemment, à une demande sociale. En ce sens, cette recherche n'a pas pour unique objectif de faire progresser le savoir mais s'inscrit également dans une volonté de favoriser l'accès au droit à réparation des victimes du travail.

2.1.4. Un terrain aux sensibilités multiples

Engagée, *située*, impliquée, j'ai sur le terrain d'enquête, comme a pu le formuler Chowra Makaremi, une « présence ambivalente, tendue, non sans angoisse, sur plusieurs réseaux d'action et de pouvoir¹³⁹ ». Cela exige une réflexivité permanente et une vigilance constante, ne serait-ce que pour parvenir à se maintenir sur le terrain, terrain par ailleurs « sensible ». Si Jean Copans tend, à juste titre, à relativiser cette démarche d'étiquetage en rappelant que « les terrains non sensibles des uns sont peut-être les

¹³³ Dans une récente traduction commentée de la « Conférence sur la science » de Max Weber, Isabelle Kalinowski montre comment la notion de « neutralité axiologique » reposerait sur une traduction erronée de la *Wertfreiheit* de Max Weber, introduite en France par Julien Freund et Raymond Aron et note qu'elle fut utilisée dans les universités « comme une arme de prédilection pour disqualifier tout engagement politique trop extrémiste ». Isabelle Kalinowski, *La science, profession et vocation, d'après Max Weber*, Marseille, Agone, 2005.

¹³⁴ Marc Bessin, *Sociologie des présences sociales. Les temporalités sexuées des interdépendances*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches, Université de Paris Descartes, USPC, 2016, T 2, p. 99.

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ *Ibid.*, p. 119.

¹³⁷ Delphine Naudier et Maud Simonet (dir.), *Des sociologues sans...*, ouvr. cité, 2011, p. 6.

¹³⁸ Michèle Ollivier et Manon Tremblay, *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*, Paris, L'Harmattan, 2000. Cité par Ludovic Gaussaut, « Des rapports sociaux de sexe à la connaissance de ces rapports : une vertu cognitive de la non-conformité ? », *Cahiers du Genre* 2/2005, p. 157.

¹³⁹ Chowra Makaremi, « Participer en observant... », chap. cité, 2008, p. 175.

terrains sensibles des autres¹⁴⁰ », la définition que leur donnent Florence Bouillon, Marion Frésia et Virginie Tallio dans un autre champ de recherche, celui des migrations, fait singulièrement écho aux caractéristiques de mon terrain d'enquête. Selon elles, trois critères peuvent définir les terrains sensibles : ils sont « *porteurs d'une souffrance sociale, d'une injustice, de domination, de violence* », ils impliquent de « *renoncer à un protocole d'enquête trop canonique* » et, enfin, ils relèvent « *d'enjeux sociopolitiques cruciaux, en particulier vis-à-vis des institutions normatives*¹⁴¹ ».

D'une part, le terrain de cette enquête est effectivement porteur d'une « souffrance sociale, d'une injustice, de domination ». Tout d'abord, parce que la survenue du cancer représente une « sidération », déjà largement décrite dans la littérature¹⁴². Le mot lui-même est « effrayant¹⁴³ ». En comparaison avec les pathologies cardiaques, « qui apparaissent comme "propres" et contrôlables », Benjamin Derbez et Zoé Rollin rappellent que, « chargé de représentations particulièrement négatives, le cancer est encore aujourd'hui souvent perçu comme une pathologie aiguë ayant valeur d'arrêt de mort à plus ou moins long terme¹⁴⁴ ». L'entrée dans la maladie qui débute avec l'annonce du diagnostic est à l'origine, pour reprendre les termes du sociologue anglais Michael Bury, d'une « rupture biographique¹⁴⁵ » – rupture dans les comportements allant de soi et plus profondément dans le sens et la compréhension que l'on donne à sa vie, ses actes. Cette irruption de la souffrance peut être vécue comme une injustice. Ensuite, parce que cet événement majeur et fortement déstabilisant a également d'importants impacts économiques. Quand bien même le cancer est pris en charge par l'assurance maladie à 100 %, au titre des ALD (affections longue durée), il n'est pas sans conséquence sur le revenu des ménages concernés¹⁴⁶. Ces impacts sont d'autant plus importants au regard des caractéristiques socio-économiques des enquêtés dont on a vu qu'ils appartenaient majoritairement aux classes populaires¹⁴⁷. Ainsi peut-on dire que l'expérience du cancer s'inscrit dans un « processus cumulatif d'inégalités », pour reprendre les mots du sociologue de la santé Pierre Aïach, « un processus continu qui commence très tôt, depuis la période fœtale¹⁴⁸ ». Dans ce processus, la survenue d'un nouvel événement

¹⁴⁰ Jean Copans, « La culture anthropologique : un bagage nécessaire, un terrain sensible », dans Florence Bouillon et al. (dir.), *Terrains sensibles...*, ouvr. cité, 2006, p. 107.

¹⁴¹ Florence Bouillon et al. (dir.), *Terrains sensibles...*, ouvr. cité, 2006, p. 13-28.

¹⁴² Philippe Bataille, *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland, 2003.

¹⁴³ Francine Saillant, « Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer », *Sciences sociales et santé*, vol. 8, n° 3, 1990, p. 13.

¹⁴⁴ Benjamin Derbez et Zoé Rollin, *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte, « Repères », 2016, p. 73.

¹⁴⁵ Michael Bury, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, 1982, p. 167-182. Et aussi Aline Sarradon-Eck, « Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps », dans Florence Cousson-Gélie et al. (dir.), *Faire Face au cancer. Image du corps, Image de soi*, Boulogne-Billancourt, Tikinagan, 2009, p. 285-311.

¹⁴⁶ Le taux de pauvreté des personnes atteintes de cancer atteint ainsi 25,1 % d'entre elles, soit deux fois plus environ qu'en population générale, avec des déclinaisons importantes selon l'âge, le sexe, l'appartenance sociale, les liens sociaux. A-G Le Corroller-Soriano et al., *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, La Documentation française, « Etudes et statistiques », 2008.

¹⁴⁷ Yasmine Siblot et al., *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2015.

¹⁴⁸ Pierre Aïach, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, 2004, p. 41.

porteur d'inégalités ne fait pas que s'ajouter aux précédents mais participe plutôt à exacerber le contexte inégalitaire, à « l'amplifier » :

« Si, le plus souvent, le social agit sur le biologique pour engendrer des inégalités devant la maladie, le handicap et la mort, la maladie, une fois présente, notamment quand elle est grave, produit des effets sur le social qui s'expriment par des différences et des inégalités (par exemple en matière d'emploi) qui sont source de difficultés matérielles, de souffrances psychiques et d'aggravation de l'état de santé. On a, là aussi, des séquences en aval de la maladie et aussi de la mort (pour l'entourage) qu'on a un peu trop tendance à oublier¹⁴⁹. »

On peut alors lire la survenue du cancer comme une forme « d'amplification » des inégalités sociales. Sans oublier que la pathologie cancéreuse se décline elle-même selon l'appartenance sociale : les ouvriers et employés sont ainsi davantage touchés par le cancer broncho-pulmonaire que les cadres et professions intermédiaires, le taux de mortalité précoce (avant 65 ans) est plus important et la survie réduite¹⁵⁰. Ces écarts, loin de se réduire, se sont creusés encore davantage durant ces dernières décennies¹⁵¹.

D'autre part, au croisement de la maladie grave et du parcours de travail, la population de mon terrain d'enquête est inscrite dans plusieurs rapports de domination qui s'exercent dans le cadre de leur travail, dans celui de l'accès aux soins (dans leurs rapports aux médecins et, plus généralement, au corps médical) et, enfin, dans celui de l'accès au droit à réparation des maladies professionnelles. Là s'exerce une forme de violence particulière, insoupçonnée de prime abord : en revendiquant l'origine professionnelle de leur cancer, les patients se placent en effet en porte-à-faux avec une vision dominante de la santé publique davantage centrée sur les facteurs et comportements individuels que sur les facteurs structurels, comme le travail ou l'environnement, et avec leur employeur, comme ils le découvrent souvent au cours de l'instruction de leur dossier de déclaration. Au fur et à mesure de l'enquête, certains patients ou leur famille modifient alors le regard qu'ils portent sur la maladie : elle ne leur apparaît plus comme le fait du hasard ou le résultat de leurs comportements « déviants¹⁵² », mais comme le fruit des rapports sociaux de production. Ce faisant, ils s'éloignent du registre du « problème personnel » et politisent leur regard sur leur situation.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 43.

¹⁵⁰ Catherine Herbert et Guy Launoy, « Les cancers », dans Didier Fassin et al. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2000, p. 239-250.

¹⁵¹ Gérard Menvielle et al., « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 33, 2008, p. 289-292. Et aussi Annie Thébaud-Mony et Michèle Vincenti Delmas, « Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis : une recherche-action pour réduire les inégalités », dans Louise Potvin et al. (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES éditions, 2010, p. 161.

¹⁵² R Crawford, « "C'est de ta faute" : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé », dans Bozzini et al. (dir.), *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981, p. 481-512.

Le témoignage de Josette Roudaire, ancienne ouvrière et responsable syndicale à l'usine Amisol¹⁵³, à Clermont-Ferrand, est à cet égard éloquent :

« Les maladies normales, c'est toi. Donc forcément, les gens en font un problème privé. [...] Quand c'est une maladie professionnelle, ça devient un problème extérieur à ton privé. C'est une incursion de l'entreprise et de la société dans ton intérieur. C'est ton intimité qui est agressée et non toi qui a un défaut. Ce n'est plus la même chose. Cela devient un problème collectif. La maladie professionnelle, c'est une agression collective. C'est comme si on était dans le métro tous ensemble et que les terroristes nous attaquent. C'est la même relation. On ne les culpabilise pas, les passagers, de s'être trouvés là ! [...] C'est ça qui change quand on est en maladie professionnelle : victime de l'amiante. Le mot n'est pas neutre, il faut l'employer, le sur-employer, l'employer matin, midi et soir. Les victimes de l'amiante, c'est pas des gens qui toussent quoi, les victimes de l'amiante, c'est comme lorsqu'on dit "les victimes du terrorisme." Ce sont des victimes, des gens qu'on a agressés contre leur volonté¹⁵⁴. »

Enfin, le dispositif d'enquête du GISCOP93, en cherchant à rendre visibles les facteurs professionnels dans la survenue du cancer, en favorisant l'accès au droit à reconnaissance des patients atteints de cancer, en leur confiant les moyens et outils d'agir, intervient dans un champ d'affrontement politique¹⁵⁵. Le recours au droit est envisagé ici sous l'angle de la justice sociale mais également comme une « arme¹⁵⁶ », un outil du répertoire d'action de la contestation. Comme l'écrit Annie Thébaud-Mony, on peut dire que « lorsque la recherche a pour objectif de démontrer que le travail peut mettre en danger la personne du travailleur, son enjeu ne s'inscrit pas dans un simple conflit d'intérêt¹⁵⁷ ». Elle touche à l'organisation sociale, à la place et au rôle de l'État, des industriels et de la science, aux risques – et aux morts – jugés acceptables, aux choix et politiques publiques. « Entre savoirs et pouvoirs¹⁵⁸ », la santé au travail est, tout comme la santé publique, un véritable « objet de tension politique¹⁵⁹ » et, pour paraphraser Rémi Lenoir, la reconnaissance de l'origine professionnelle des cancers est un « enjeu de lutte¹⁶⁰ ».

¹⁵³ L'usine Amisol, à Clermont-Ferrand, était une usine de tissage et filage d'amiante dans laquelle travaillaient une majorité d'ouvrières, fortement exposées à l'amiante.

¹⁵⁴ Témoignage de Josette Roudaire, cité dans Annie Thébaud-Mony, *Travailleur peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2016 [2008], p. 71.

¹⁵⁵ Les réticences à être enregistrés et à être cités dans le cadre de cette recherche, exprimées par plusieurs acteurs du champ de la reconnaissance, invoquant leur « devoir de réserve » alors même qu'ils sont retraités, représentent à cet égard une autre forme d'indice de la conflictualité présente sur ce terrain d'enquête.

¹⁵⁶ Liora Israël, *L'arme du droit*, Paris, Presses de Sciences Po, « Contester », 2009.

¹⁵⁷ Annie Thébaud-Mony, « Recherche engagée et... », chap. cité, 2013, p. 325.

¹⁵⁸ Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail : entre savoirs et pouvoirs*, Rennes, PUR, 2011.

¹⁵⁹ Fanny Chabrol et Gabriel Girard, « Réflexivité et postures de recherche : de l'individuel au collectif », dans Fanny Chabrol et Gabriel Girard (dir.), *VIH/sida, se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, ANRS, « Sciences sociales et sida », 2010, p. XVIII.

¹⁶⁰ Rémi Lenoir, « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 32, n° 1, 1980, p. 77-88.

2.2. Un dispositif de recherche inédit et fécond

« Formaliser une démarche qui se veut informelle n'est pas chose facile¹⁶¹ », comme l'ont constaté Patrick Bruneteaux et Corinne Lanzarini sur leur terrain d'enquête, au contact de SdF. Pour autant, « le bricolage, dès lors qu'il est pensé en pratiques et fait l'objet de tactiques permanentes d'adaptation au terrain peut néanmoins être explicité¹⁶² ». Il s'agira d'abord de préciser les termes retenus pour qualifier la démarche d'enquête mise en œuvre avant de rendre compte des modalités par lesquelles il a été possible de saisir l'expérience des patients ou de leurs proches.

2.2.1. Une démarche d'« intervention »

Le choix d'une terminologie pour qualifier ce dispositif de recherche s'est heurté à plusieurs écueils, en lien avec l'historiographie des disciplines et les jeux de concurrence entre les courants. Ainsi, le terme de « recherche interventionnelle » emprunté au financement dont a pu bénéficier cette recherche est-il très marqué par la recherche biomédicale. C'est par l'intermédiaire de la santé publique, et après un détour par le Québec où les « recherches interventionnelles en santé des populations » (RISP) sont fortement développées, que ce terme tend à prendre place peu à peu dans les sciences sociales en France. L'Institut national du cancer, notamment, contribue depuis 2010 à la popularisation de ce terme par une politique de financement et l'organisation de plusieurs colloques¹⁶³. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)¹⁶⁴ a, quant à lui, dédié en 2013 un dossier spécial de sa revue mensuelle *La santé en action* à cette entreprise de définition d'un « concept encore largement méconnu¹⁶⁵ ». Par sa filiation avec la recherche clinique et par l'espace de la santé publique dans lequel il se développe, ce terme désigne souvent des recherches menées selon les principes de *evidence-based medicine*, c'est-à-dire sur des interventions évaluées à l'aune de groupes test et de groupes témoin¹⁶⁶. L'évaluation est par ailleurs une composante incontournable de ces « recherches interventionnelles ». Louise Potvin, professeure à

¹⁶¹ Patrick Bruneteaux, Corinne Lanzarini, « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, n° 30, 1998, p. 166.

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ L'INCA est à l'initiative de l'organisation de plusieurs colloques internationaux destinés notamment à consolider une définition partagée de la recherche interventionnelle. Voir www.e-cancer.fr/Professionnels-de-la-recherche/Colloques-et-symposiums/RISP-2014 [consulté le 25 avril 2016].

¹⁶⁴ L'INPES s'est fondu, depuis le 1^{er} mai 2016, avec l'Institut de veille sanitaire (Invs) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) dans un seul et même organisme appelé Santé publique France.

¹⁶⁵ « Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble », *Santé en action*, n° 425, septembre 2013, p. 10. En ligne sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf> [consulté le 25 avril 2016].

¹⁶⁶ La traduction littérale de *evidence-based medicine* signifie « médecine reposant sur des preuves ». La preuve repose dans ce cas sur l'essai clinique randomisé (ECR), dans lequel un groupe bénéficie de l'action tandis qu'un autre groupe, dit « groupe témoin », n'en bénéficie pas. Dans ce même numéro de *Santé en action*, Tim Greacen, directeur du laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche à Paris, rend compte d'une recherche interventionnelle menée auprès de Sans domicile fixe (SdF) ayant des troubles psychiatriques sévères visant à mesurer l'impact d'un « chez soi » sur leur rétablissement. Menée auprès de 800 SdF, elle consiste à observer, chez le groupe test, l'impact d'un accès au logement tout de suite et, sur le groupe témoin, l'impact d'un accès au logement par paliers.

l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, qualifie d'ailleurs celles-ci de « science des solutions », en opposition avec la recherche académique qui serait la « science des problèmes ».

Par ailleurs, le terme « intervention » dans les sciences humaines et sociales a lui aussi sa propre histoire. Il évoque notamment un courant sociologique, autour d'Alain Touraine¹⁶⁷ et du laboratoire qu'il a fondé à l'EHESS, le Centre d'analyse et d'intervention sociologique (CADIS). *L'intervention sociologique* se donne pour objectif de « révéler les rapports sociaux, de les analyser, afin de démêler les différentes dimensions structurant l'action des acteurs » : elle repose sur des échanges organisés autour d'une problématique précise au sein de groupes de personnes encouragées par les sociologues d'intervention à « entreprendre un travail de réflexion, voire d'introspection, qui place en son centre l'analyse de la manière dont ils lisent et interprètent le monde social et qui interroge leur capacité à agir et à intervenir sur ce monde¹⁶⁸ ». Olivier Cousin et Sandrine Rui, dans l'article qu'ils consacrent à la genèse de cette méthode, ses caractéristiques et ses évolutions, rappellent également l'existence d'autres approches qui, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, se réfèrent à *l'intervention* et aux méthodes de groupe et pourraient se regrouper sous l'appellation large « d'intervention institutionnelle » :

« On y trouve un courant psychosociologique (J. Ardoino, J. Dubost, A. Lévy), les tenants de l'analyse institutionnelle (F. Guattari, G. Lapassade, R. Lourau, R. Hess), et la socio-psychanalyse (G. Mendel, le groupe Desgenettes). Ces pratiques d'intervention sont apparues dans l'immédiat après-guerre dans la psychiatrie d'orientation marxiste, dans le champ de l'urbain, ou encore dans la formation permanente et le travail social. D'autres pratiques relèvent, quant à elles, de la sociologie des organisations et des administrations (H. Simon, J. March, E. Friedberg, M. Crozier)¹⁶⁹. »

La recherche présentée ici ne s'inscrit dans aucun de ces courants plus ou moins institués. Elle combine plusieurs méthodes et, notamment, une démarche particulière que nous choisissons de nommer *démarche d'intervention* ou *accompagnement*. Cette intervention ne répond pas à un protocole précis, elle recouvre de multiples formes, de la simple transmission d'information aux enquêtés jusqu'à la négociation avec les médecins ou l'assurance maladie pour l'aboutissement des dossiers. Elle consiste à explorer le champ des possibles à partir du questionnement des patients, de ce qu'ils disent de leurs difficultés, de leurs hésitations, à parvenir à identifier ce qui peut favoriser la reconnaissance de leur cancer en maladie professionnelle, l'indemnisation la plus juste possible et à produire, ce faisant, de la connaissance dans cette intervention.

¹⁶⁷ Alain Touraine relate sa méthode dans son ouvrage, *La voix et le regard*, Paris, Seuil, 1978.

¹⁶⁸ Olivier Cousin et Sandrine Rui, « La méthode de l'intervention sociologique. Évolutions et spécificités », *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 3, 2011, p. 514 et 515.

¹⁶⁹ *Ibid.*

2.2.2. Saisir l'expérience des patients et de leur famille

C'est sous la forme d'un courrier que se réalise le premier contact avec les enquêtés. Il leur restitue les résultats de l'expertise de leur parcours professionnel, leur précise à quels postes ils ont pu être exposés à des cancérrogènes et les informe qu'ils peuvent prétendre au droit à réparation de leur cancer au titre des maladies professionnelles. Il leur propose enfin un accompagnement dans les démarches à entreprendre.

C'est au téléphone que se déroule ensuite l'essentiel des interactions avec les enquêtés – les patients et/ou leur famille – et leurs propos font l'objet d'une prise de notes systématique. L'accompagnement peut également avoir lieu à leur domicile ou au guichet des différentes administrations concernées, la CPAM notamment. La collecte des dates des événements (déclaration, reconnaissance...) pour répondre aux besoins de la recherche n'intervient plus alors comme un dérangement, une surcharge pour eux, mais comme une nécessité pour les soutenir, les orienter, tout comme l'accès aux pièces du dossier et la copie des courriers échangés avec la Caisse. Se constitue ainsi, *in situ*, un corpus de documents administratifs et médicaux très riche : fiches de paye, certificats de travail, dossiers médicaux, courriers reçus de la Caisse... Il est ainsi possible de bénéficier d'un observatoire des pratiques de cette institution et de la perception qu'en ont les requérants.

2.2.2.1. Une approche longitudinale qui ouvre sur le temps biographique

De la restitution de l'expertise jusqu'à l'aboutissement du dossier, la relation nouée avec les enquêtés s'instaure sur le temps long. Les délais d'instruction des dossiers fixés à six mois par la loi, ne correspondent pas le plus souvent à la réalité vécue par les requérants. D'une part, ces délais ne tiennent pas compte du temps de l'amont, celui où se dessinent les possibilités et la volonté de déclarer son cancer en maladie professionnelle dont on a vu qu'ils pouvaient courir de deux à quatre ans selon les situations. D'autre part, ces délais ignorent le temps de l'aval, une fois le dossier instruit. Dans le meilleur des cas, celui d'une reconnaissance, le parcours des requérants est en effet loin d'être achevé au terme des six mois réglementaires d'instruction. Pour obtenir une indemnisation, plusieurs mois peuvent encore s'écouler, réclamant de nouvelles démarches. Ensuite, si, durant ces délais réglementaires, la maladie ne correspond pas aux tableaux ou ne figure sur aucun d'entre eux, leur dossier est transmis par la Caisse à un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) et, dans ce cas, la durée d'instruction échappe dans les faits à toute échéance de durée, le dossier du requérant se situe alors dans un espace temps flou, sans contours.

Enfin, dans le cas d'un refus de reconnaissance et si la personne souhaite le contester, elle se confronte à d'autres temporalités, celles de la justice. Il peut ainsi s'écouler plus d'un an entre le recours devant le tribunal et la première audience et plusieurs

audiences sont le plus souvent nécessaires avant de donner lieu à une conclusion. Le dossier d'un patient du GISCOP93 a ainsi mis douze ans pour aboutir favorablement, au terme d'un long contentieux. La démarche de reconnaissance en maladie professionnelle pouvant se poursuivre devant le TASS par un recours en faute inexcusable de l'employeur ou, dans le cas d'expositions à l'amiante, par une demande d'indemnisation auprès du FIVA, plusieurs années sont parfois nécessaires.

Ce temps long, loin de n'être qu'un temps d'attente, est émaillé de multiples événements, plus ou moins importants, qui nécessitent pour les requérants ou leur famille de fournir de nouvelles pièces, d'entamer de nouvelles démarches, de résoudre de nouveaux problèmes. Cette relation avec les requérants ou leur famille peut se dérouler en plusieurs séquences : à des moments de clôture peuvent succéder des moments de reprise. Mme Gougère par exemple m'informe en février 2011 de l'indemnisation de son père et m'invite à clore son dossier ; elle reprend contact un an plus tard suite au décès de son père pour s'enquérir des nouvelles démarches à entreprendre. Une autre victime, M. Memsic, immobilisé à domicile, me confie tous les originaux de ses documents administratifs pour construire son dossier de déclaration et demeure ensuite injoignable ; quatre ans plus tard, sa fille prend contact, m'apprend qu'il est décédé juste après ma visite et souhaite savoir si et comment elle peut poursuivre ces démarches. De son côté, la veuve de M. El Boustani n'avait jamais répondu au premier courrier de contact et avait donc été inscrite dans la catégorie des « injoignables » ; trois ans plus tard, une assistante sociale me sollicite pour savoir ce qu'il est encore possible de faire pour cette « veuve sans ressources qui ne s'en sort pas avec ses quatre enfants¹⁷⁰ ».

Selon les patients, la relation qui se noue avec eux ne recouvre pas la même durée ni la même épaisseur. Avec ceux avec lesquels la relation se vit sur le temps long, il est possible de profiter ainsi d'une approche longitudinale facilitant l'observation d'un processus, avec ses reconfigurations, ses bifurcations et leurs motifs, ce que ne permettrait pas un entretien, mené à un moment donné. La connaissance se construit au fur et à mesure, dans la démarche d'accès au droit en train de se vivre. Il est possible d'obtenir des indices sur des aspects difficiles à questionner autrement, au regard du contexte spécifique de cette enquête. Le montant de leur indemnisation, et par là celui de leur salaire, peut ainsi se révéler sans que la question n'ait été franchement posée, en les invitant à vérifier soigneusement le montant de leur rente lorsqu'ils en reçoivent la notification : « Avez-vous vérifié, correspond-il à votre niveau de salaire ? » Selon leur réponse – et souvent leur étonnement – on peut estimer un montant, leur demander s'ils touchaient des primes (elles ne sont pas prises en compte) et, parce qu'ils mesurent alors les enjeux de ce travail de vérification, certains d'entre eux transmettent ensuite une copie de leur notification. Le dispositif de recherche permet de décaler le regard :

¹⁷⁰ Entretien téléphonique avec Mme A., assistante sociale, mars 2010.

les patients ne se considèrent pas l'objet de l'indiscrétion du chercheur, mais participent avec lui, leur allié, à observer à leur profit le fonctionnement des institutions. Ils font eux-mêmes enquête, avec la participation du chercheur.

Avec certains d'entre eux, au regard du temps et des moments partagés, il a été possible de faire une demande formelle d'entretien pour obtenir, en bout de parcours, leur regard sur le temps écoulé, les épreuves traversées, les bénéfices retirés... Là se lisent aussi des relectures, des évolutions dans leur représentation qui confirment la nature processuelle de l'accès au droit et de ses impacts : le discours est alors plus lisse, débarrassé des émotions et des hésitations, s'organisant autour de motifs davantage rationnels.

2.2.2.2. L'espace de l'intimité, territoire incontournable

Avec certains patients, l'échange ne se prolonge pas au-delà d'un ou deux coups de téléphone. Avec d'autres, il se répète et se poursuit dans le temps, au fil de leurs difficultés administratives, mais pas seulement. Certains d'entre eux se saisissent en effet de cette possibilité pour discuter, tout simplement, raconter leur journée, confier leurs inquiétudes, faire part de leurs réflexions.

Pour exemple, M. Foresti appelle un jour au prétexte de n'avoir « toujours rien reçu comme courrier » :

Je lui réponds que c'est bien normal, il ne recevra rien avant septembre [je le lui ai déjà dit une semaine auparavant]. Monsieur m'explique qu'il se sent très seul et très irritable. « Je suis tout seul, alors ça fait du bien de parler à quelqu'un. Je me fâche avec tout le monde. Faut pas me contrarier, le moindre truc et je pars en vrille. Je me suis fâché avec mon fils et ma belle-fille. C'est toujours pour des bêtises. » Je lui dis que c'est souvent l'une des conséquences des traitements, qu'il n'est pas le seul à me parler de ce changement d'humeur, qu'il ne faut pas hésiter à l'expliquer à son entourage. « Oh, je ne veux pas les embêter avec ça, ils ont déjà leurs problèmes. Je me suis même fâché avec ma femme. Pourtant, elle est super gentille. Et puis, elle est encore plus fragile que moi, elle a un cancer de la thyroïde. Mais je ne sais pas pourquoi, elle sait qu'il ne faut pas me contrarier, elle le fait quand même. » Je lui demande si sa femme travaille encore, avec son cancer. « Oui, à la blanchisserie industrielle X à P. Elle a 59 ans. Je lui ai demandé si elle pouvait prendre un congé pour m'accompagner dans tous mes examens, mais son patron ne veut pas. Entre les consultations, les examens, je passe ma vie à ça. On n'aura même pas de vacances, même pas une semaine. » [Journal de terrain, juillet 2011]

Ces confidences permettent de préciser dans quel contexte se situe ici la possibilité de recourir au droit, la solitude du patient, la vulnérabilité des aidants, la maladie qui « grignote » le temps disponible, quel que soit par ailleurs le soutien de l'entourage.

Quels qu'ils soient, les échanges avec les enquêtés ont tous pour caractéristique de ressembler davantage à une conversation, souvent décousue, qu'à un entretien sous forme de questionnaire ou même de grille semi-directive. L'anecdote, comme le rappelle Stéphane Beaud, est à prendre très au sérieux, tellement elle est un « formidable

révélateur et analyseur de situations sociales¹⁷¹ », elle autorise la relance, la demande de précisions. Le questionnement ou les échanges s'adaptent toutefois à la disponibilité apparente des patients ou de leurs proches, toute variable. Il est parfois possible d'ouvrir largement l'éventail des interrogations, quand d'autres fois il convient d'à peine l'entrouvrir, sous peine de faire violence à son interlocuteur. Les dimensions intimes et existentielles prennent en effet une grande place dans les propos des patients ou de leur entourage. Ils sont atteints d'un cancer ou parents très proches d'un malade, ils vivent au rythme de soins lourds, peuvent être frappés par le deuil, sont confrontés à un cumul de difficultés, notamment économiques. Une question d'ordre administratif peut ouvrir la boîte noire des angoisses existentielles, donner envie de se raconter¹⁷². L'irruption du cancer fait en effet figure de situation extrême et, dans cette configuration :

« Tout témoignage sur cette expérience met en jeu non seulement la mémoire, mais aussi une réflexion sur soi. Voilà pourquoi les témoignages doivent être considérés comme de véritables instruments de reconstruction de l'identité, et pas seulement comme des récits factuels, limités à une fonction informative¹⁷³. »

Même s'ils ne sont pas limités à une fonction informative, celle-ci est pour autant très importante, tant sur l'appartenance sociale des interlocuteurs, que leur histoire de vie, leur rapport aux « papiers », etc. Il est d'ailleurs fort difficile d'opérer une distinction dans les multiples préoccupations des enquêtés : imbriquées le plus souvent l'une à l'autre, elles s'expriment souvent ensemble ou sont départagées selon l'urgence du moment. Elles rendent compte de phénomènes difficilement transmissibles autrement : le temps qui est compté, la confusion liée à la maladie, au « coup de massue », les bouleversements du quotidien, les recompositions familiales...

Dans cette quête d'indices sur les facteurs de déclaration et de non-déclaration il est impossible de faire l'économie de cette « plongée » dans l'essentiel de ce qui constitue alors le quotidien des patients et de leur entourage. De son expérience d'accompagnement des mourants en service de soins palliatifs, Marie de Hennezel relate ainsi que « ceux qui ont le privilège d'accompagner quelqu'un dans les derniers instants de sa vie savent qu'ils entrent dans un espace de temps très intime. La personne, avant de mourir, tentera de déposer auprès de ceux qui l'accompagnent l'essentiel d'elle-même¹⁷⁴ ».

¹⁷¹ Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales, Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Politix*, n° 35, 1996, p. 243.

¹⁷² Le média téléphonique joue sans aucun doute une fonction facilitatrice dans l'expression de l'intimité, comme en témoignent plusieurs travaux. Se reporter notamment à « Usages de la téléphonie », *Réseaux*, volume 15, n°82-83, 1997.

¹⁷³ Michaël Pollak, *L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale*, Paris, Métailié, 1990, p. 15.

¹⁷⁴ Marie de Hennezel, *La Mort intime*, Paris, Robert-Laffont, « Aider la vie », 1995, p. 14.

2.2.3. L'adversité comme alliée

Dans la plupart des cas, mon rôle auprès des patients consiste à expliquer la procédure, à décrypter les courriers reçus, à alerter sur les échéances importantes, à les soutenir dans leurs démarches, à leur fournir par exemple des modèles de courrier, à les orienter vers des services compétents. Mais je peux aussi être contactée à propos d'un souci, d'un obstacle à surmonter, d'une urgence à régler, se situant parfois en dehors du champ de la réparation. Et s'ouvre alors un champ d'investigation plus large encore, qui m'invite à se rendre au domicile des patients, à entrer en contact avec d'autres acteurs, leur soumettre les problèmes rencontrés par les patients ou leur famille, obtenir des éléments de réponse, comme autant de vecteurs de compréhension. La relation nouée avec l'enquêté s'enrichit d'une certaine forme de complicité, le plus souvent dans l'adversité, pour résoudre le ou les problèmes. Engagé à leurs côtés dans la résolution du problème, impliqué, le chercheur partage pour une part ce qu'il vit, ce qu'il peut ressentir. Il se constitue ainsi une forme « d'expérience sociale » – au sens que lui confère Germaine Tillion¹⁷⁵ – de certaines des épreuves que les patients traversent, avec bien sûr d'importantes limites : ni sa vie ni son être ne sont en jeu, mais il perçoit ce qu'ils ressentent en bien plus grande proximité que si les patients ne faisaient que lui raconter ce qu'ils vivaient.

Se rendre au domicile d'un patient, attendre vainement que l'ascenseur fonctionne, entendre la colère des locataires maugréant que « ça ne marche jamais », que « ça fait plusieurs mois que ça dure ! », monter à pied les neuf étages, reprendre son souffle et imaginer son interlocuteur, atteint d'un cancer du poumon, amputé d'un lobe et extrêmement affaibli par ses traitements, devoir affronter chaque jour ces escaliers en est une illustration. Mais la perception est encore plus forte lorsque le chercheur prend à son compte les démarches qui ont échouées, qu'il s'engage dans le processus et se confronte lui-même, aux côtés des patients ou de leur famille, à l'absence d'interlocuteur ou à leur incompetence, à la résistance des institutions à appliquer le droit, à l'univers parfois kafkaïen des démarches administratives, aux attitudes discriminatoires en raison de l'origine et/ou de l'appartenance sociale¹⁷⁶, aux tensions entre l'urgence des situations et le temps long des réponses institutionnelles, à l'investissement que ce

¹⁷⁵ Dans un recueil de textes rassemblés et présentés par Tzvetan Todorov, Germaine Tillion revient notamment sur son parcours de recherche – elle était ethnologue – et raconte comment son expérience concentrationnaire, durant la Seconde guerre mondiale, l'a conduite à reconsidérer ses travaux d'avant-guerre à la lumière de ce qu'elle avait vécu, perçu, traversé comme expérience humaine. « Il n'est que de vivre pour se convaincre que les événements vécus sont la clé des événements observés... À quelques âmes tourmentées et rares, il est parfois donné de comprendre d'emblée l'expérience des autres, mais la plupart des hommes ne connaissent et ne comprennent que ce dont ils ont fait, personnellement et minutieusement, l'apprentissage. » Germaine Tillion, *Fragments de vie*, Paris, Seuil, 2009, p. 276.

¹⁷⁶ Le 14 juin 2016, l'Assemblée nationale a voté un texte instaurant un nouveau critère de discrimination dans le code pénal et le code du travail, la discrimination pour précarité sociale. Désormais toute discrimination dans l'accès aux biens et aux services envers des personnes pour leur « particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue » est passible de poursuites et susceptible de peine pouvant aller jusqu'à 45 000 euros d'amende et 3 ans de prison. Voir sur www.cnle.gouv.fr/La-loi-contre-la-discrimination.html [consulté le 7 juillet 2016].

travail administratif représente. La découverte, en situation, des écarts entre le droit et son application, représente à cet égard une formidable émulation pour interroger, investiguer, chercher à comprendre.

2.2.4. L'accès aux « coulisses » de l'instruction

Ces écarts entre le droit à réparation et son application émergent au cours de l'accompagnement des patients dans leurs démarches de recours au droit : délais réglementaires non respectés, déclarations jamais enregistrées, dossiers en souffrance, ou perdus, ou mal orientés, obstacles à la consultation des pièces du dossier, dossiers reconnus et pourtant non indemnisés, etc. La mise en place de réunions régulières de restitution avec la Caisse permet d'explorer, avec les représentants des services concernés, leurs modes de justification de ces décalages : dans ce contexte se règlent, au cas par cas, de nombreux obstacles à la déclaration, à la reconnaissance ou à l'indemnisation mais émergent aussi des contradictions, des différences d'appréciation entre les différents participants, se dévoilent des usages, des adaptations aux contraintes, se distinguent des motifs de nature différente – réglementaires, organisationnels, humains... Cet exercice de confrontation permanent favorise l'accès à la « boîte noire » de l'instruction, aux « coulisses¹⁷⁷ » d'un service spécifique au sein de l'Assurance maladie, celui des AT-MP, encore très rarement étudié¹⁷⁸.

Dans ce contexte de décalage entre les pratiques de la Caisse et les exigences du droit, l'engagement dans le recours au contentieux est à l'origine d'une autre forme de confrontation, féconde elle aussi dans une perspective de compréhension du processus d'accès au droit à réparation¹⁷⁹. En complément de l'observation ethnographique du travail de la Caisse, l'observation du recours au contentieux – par l'organisation et la participation aux rendez-vous des requérants chez les avocats, la participation aux audiences, la collecte des « écritures » et des jugements – offre un éclairage très riche sur une large palette de phénomènes : les indices de distance au droit de la part des enquêtés du GISCOP93, leur ignorance des « règles du jeu » pour reprendre la typologie proposée par Marc Galanter¹⁸⁰, les jeux d'acteurs dans l'arène judiciaire, les formes de

¹⁷⁷ Ces notions de boîte noire et de coulisses renvoient aux travaux sociologiques sur le travail des agents de l'administration, parmi lesquels Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008 et Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, « Études politiques », 2003.

¹⁷⁸ Se reporter au chapitre 7.

¹⁷⁹ L'accès aux avocats pour les patients du GISCOP93 est ici facilité par des modalités de paiement tout à fait favorables : à l'instar de ce qui existe aux États-Unis, mais dans le respect des obligations françaises – le principe de l'interdiction du pacte de *quota litis* [honoraires au résultat] est inscrit à l'article 10 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 qui précise : « est interdite toute fixation d'honoraire qui ne le serait qu'en fonction du résultat judiciaire » –, la convention d'honoraires repose avant tout sur des « honoraires de résultat », c'est-à-dire que le requérant n'a quasiment rien à déboursier en amont de la décision, ni si celle-ci est défavorable.

¹⁸⁰ Selon ce professeur de droit américain, « un système juridique formellement neutre peut reproduire et même augmenter les avantages des dominants, au détriment de ceux qui étaient déjà défavorisés ». Il existe ainsi une disparité de ressources et d'avantages face à la justice entre ceux qu'ils nomment les « joueurs occasionnels » – la victime d'un accident par exemple –

résistance de la Caisse à l'application du droit, la prégnance du pouvoir des circulaires au détriment des lois et règlements... Le recours au contentieux dévoile des pratiques et routines de la Caisse ou du tribunal et révèle de fortes tensions entre, par exemple, le point de vue médical et le point de vue juridique sur la notion de causalité ou encore entre ce qui importe à l'avocat et ce qui coûte moralement à la victime dans l'établissement du préjudice. Dans ce sens, il apparaît particulièrement heuristique.

2.2.5. S'offrir des points de comparaison

Une démarche ethnographique se caractérise par une immersion longue sur un terrain. Ce faisant, elle appréhende son objet comme un « cas » empirique particulier, inscrit dans un contexte spécifique. Dans cette recherche sur le recours au droit à réparation des cancers d'origine professionnelle, la singularité du terrain est importante. Elle est ancrée dans l'histoire institutionnelle de la Seine-Saint-Denis et dépend pour une part d'un réseau d'acteurs – médecins hospitaliers, agents de la CPAM et du service social, élus et médecins du Conseil général... – et de leurs évolutions respectives. Par ailleurs, les Caisses départementales d'assurance maladie sont des organismes de droit privé, jouissant donc d'une autonomie dans leur organisation comme dans leurs décisions : indice des spécificités territoriales, le taux de reconnaissance d'une même pathologie est ainsi très hétérogène d'une caisse à l'autre, comme l'ont confirmé de nombreux rapports administratifs.

Comment alors distinguer ce qui pouvait être propre à ce qui se déroulait en Seine-Saint-Denis, à une génération d'acteurs, au fonctionnement d'une Caisse de ce qui ne l'était pas et pouvait participer à l'identification des motifs du (non) recours au droit ? Comment distinguer ce qui pouvait relever de l'exception ou de la règle, de « l'erreur » humaine ou d'une inadaptation organisationnelle, d'un « dysfonctionnement » ou d'un obstacle structurel à la réparation ?

Il s'agissait alors d'accéder à d'autres morceaux de mosaïque, pour reprendre la métaphore de Howard Becker, selon laquelle « chaque pièce ajoutée à la mosaïque enrichit un peu plus notre compréhension de l'ensemble du tableau¹⁸¹ ». C'est d'abord un service hospitalier partenaire qui en a donné l'occasion. Situé à la frontière du Département, il accueillait de nombreuses personnes atteintes de cancer et demeurant en Seine-et-Marne, le territoire limitrophe. Exclure une partie de leurs patients des bénéfices de l'enquête du GISCOP93 sur la base de critères de résidence ne correspondait

et les « joueurs réguliers » – le représentant des assurances dans ce cas. Ces deux acteurs « ne jouent pas le jeu judiciaire de la même manière ». Marc Galanter, « Pourquoi c'est toujours les mêmes qui s'en sortent bien ? Réflexions sur les limites de la transformation par le droit », *Droit et société*, vol. 3, n° 85, 2013, p. 575-640.

¹⁸¹ « Quand beaucoup de morceaux ont été placés, nous pouvons voir, plus ou moins clairement, les objets et les individus dans le tableau ainsi que leurs relations réciproques. Des morceaux différents enrichissent diversement notre compréhension : certains sont utiles pour leur couleur, d'autres parce qu'ils permettent de discerner le contour d'un motif. » Howard Becker, « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 106.

pas à l'éthique d'une égalité de traitement et de chance portée par ces médecins. Des patients résidant en Seine-et-Marne ont ainsi rejoint l'enquête, favorisant l'amorce de possibilités de comparaison entre les pratiques respectives de ces deux Caisses de région parisienne. Ce premier pas de côté par rapport au territoire d'observation en a appelé d'autres.

D'une part, la démarche d'accompagnement s'est également élargie à des victimes de cancers d'origine professionnelle issues d'autres départements, sensibilisées à l'enquête du GISCOP93 par les médias. D'autre part, notamment pour prévenir l'usure liée aux dimensions individuelles de l'accompagnement, j'ai rejoint un collectif¹⁸² regroupant plusieurs associations de défense des victimes de maladies professionnelles ainsi que des médecins et inspecteurs du travail, des syndicalistes, des chercheurs, etc. Enfin, invitée à partager l'expérience du GISCOP93 en matière d'accompagnement dans l'accès au droit à réparation, j'ai pu travailler avec d'autres collectifs comme celui des dockers de Nantes/Saint-Nazaire et celui des anciens verriers de Givors et profiter de l'expertise du syndicat CFTD des mineurs lorrains, à Freyming-Merlebach, à l'initiative d'une liste d'échange et de diffusion extrêmement riche et d'une formation nationale à laquelle j'ai pu participer.

Ces perspectives comparatistes ont contribué, par effet de balancier, à stimuler l'enquête sur le « cas » de la Seine-Saint-Denis, puisque « l'on ne saisit véritablement "de quoi son cas est-il le cas" que lorsque celle-ci est terminée¹⁸³ ».

2.3. Recherche intervention : des logiques en tension

Si l'observation participante requiert une vigilance constante, une attention permanente portée aux contextes comme aux paroles, aux gestes, aux interactions, cette nécessité se vérifie éminemment dans le contexte d'une démarche « d'intervention » : en effet, si elle offre l'accès à des connaissances autrement inaccessibles, elle peut également être source, sur le terrain d'enquête, de confusions et de tensions qu'il convient d'éclaircir.

2.3.1. Un statut hybride, une relation ambivalente

Sur ce terrain, la démarche d'enquête est identifiable, d'autant plus qu'elle s'insère dans une dynamique collective, sous l'identité d'un « groupement d'intérêt scientifique » (GIS). Je n'opère donc pas totalement à couvert, *incognito*. Grâce au dispositif du GISCOP93, les patients sont déjà, à cette étape de l'accompagnement dans l'accès au droit à réparation,

¹⁸² L'association Henri-Pézerat « travail-santé-environnement », créée après le décès du toxicologue du même nom, a « pour but de créer et de faire vivre un réseau d'échanges d'expérience et d'aide aux luttes sociales concernant la santé des personnes en lien avec le travail et l'environnement ». S'y retrouvent notamment le CAPER Auvergne, les associations de défense des victimes de l'amiante du Tarn, du Sud-Est, l'association EDATET des victimes de France télécom, l'association des victimes de la chimie, celle des irradiés de Brest, etc. Source : www.asso-henri-pezerat.org [consulté le 2 septembre 2013]

¹⁸³ Camille Hamidi, « De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites », *Politix*, vol. 4, n° 100, 2012, p. 89.

sensibilisés aux perspectives d'une démarche de recherche : sur proposition de leur médecin, ils ont donné leur accord pour y être inclus, ils ont ensuite accordé de leur temps pour la reconstitution de leur parcours professionnel. Pour autant, même s'ils ont signé un consentement pour y participer, la perception qu'ils peuvent avoir du caractère de cette enquête et, par là, de mon statut de chercheur, n'est pas toujours très claire. À défaut d'avoir pu observer le moment où le consentement est proposé à leur signature, il est possible de s'appuyer sur quelques indices et, notamment, sur ce témoignage d'un des médecins partenaires :

« Sur une consultation, je ne peux pas proposer l'enquête du GISCO93, ce n'est pas possible, ce n'est pas audible. Déjà, vous décimez les gens, vous leur faites un Tchernobyl dans la tête quand vous leur dites qu'ils ont un cancer, alors leur parler ensuite de l'enquête ou de la déclaration... Dès qu'il y a de l'amiante, c'est une heure par patient. Je suis docteur et je dois répondre à dix personnes différentes : la CPAM, le mésopath, les avocats, l'Addeva, Onco93¹⁸⁴, vous... Il existe aussi plusieurs protocoles, par exemple une étude génétique qui veut aussi faire des entretiens avec les patients. On n'en peut plus et les gens non plus. Ils n'y comprennent rien. Un patient m'a dit : "Je vais signer des papiers combien de temps comme ça ?" Je vous prends le cas de la dernière personne que j'ai vue, elle est métastatique donc, statistiquement, dans un an elle est morte. Je la laisse tranquille... » [Journal de terrain, pneumologue de Alpha lors d'une restitution des résultats de l'enquête, mars 2010]

Il apparaît ainsi que la notion de « consentement éclairé » ne rend pas compte des conditions dans lesquelles ce consentement survient et ce à quoi consentent exactement les patients : dans un contexte où ils sont fortement déstabilisés par leur diagnostic de sombre pronostic, fatigués par les effets de la maladie, sollicités par de nombreux acteurs au sein de l'enceinte hospitalière, on ne peut ignorer l'influence que peut avoir sur leur accord à participer la personne qui leur propose l'enquête, leur propre médecin.

Les représentations que les enquêtés se font du « chercheur accompagnant » diffèrent alors selon les personnes, mais également auprès d'une même personne, selon les moments, les enjeux, les opportunités, sans compter qu'au sein d'une même famille tous les membres ne sont pas au même niveau d'information, certains d'entre eux découvrant l'existence de cette enquête suite au décès du patient, au hasard du tri des papiers. L'identité même du dispositif du GISCO93, à proximité et en partenariat avec les services hospitaliers et la Caisse, contribue à brouiller la frontière entre institution, groupe de recherche, association. Différents rôles peuvent alors être attribués au « chercheur accompagnant ». Une même personne peut appeler un jour pour rendre compte du déroulement de la procédure – *« Je sais que vous prenez tout en note, alors voilà, je voulais vous dire, j'ai reçu un courrier, c'est comme vous m'aviez dit, celui où ils disent que c'est pris en charge, c'est tout ce que je voulais vous dire, c'est pour vous »* –, un

¹⁸⁴ Ce médecin évoque, respectivement, MESOPATH, un réseau de pneumologues spécialistes du mésothéliome et garants de la fiabilité des diagnostics, l'Association départementale des victimes de l'amiante (ADDEVA93), le réseau Oncologie 93 qui tend à organiser la prise en charge tant sociale que psychologique des patients atteints de cancer. Tous ces acteurs partagent avec le GISCO93 le même territoire d'intervention et parfois les contacts avec les mêmes patients.

autre jour pour faire part de son mécontentement suite au retard pris par l'Assurance maladie dans la transmission d'un document et le suivant pour s'enquérir du temps qu'il reste à vivre à son mari. L'exaspération qu'elle exprime sur le déroulement de la procédure administrative peut illustrer la confusion quant au statut du chercheur mais peut représenter aussi une forme d'exutoire, en lien avec l'absence d'interlocuteur dédié au sein de la caisse. Les questions relatives à la mort, quant à elles, représentent sans doute l'un des « risques » majeurs de ce terrain et exigent de la part du chercheur accompagnant qu'il précise en permanence son extériorité au corps médical.

Il est bien sûr impossible, quoi qu'on fasse, de maîtriser ce que l'on représente pour l'autre. Dans cette enquête de terrain, le chercheur accompagnant représente pour les patients ou leur famille une source de conseils. Il offre aussi une oreille, la possibilité de parler, de questionner, parfois de s'emporter contre « l'injustice » de cette situation, sans pour autant prendre de risque : il n'est pas médecin, ni agent de la Sécurité sociale, il demeure invisible à la majorité d'entre eux, juste une présence au téléphone, disponible. La richesse des échanges menés avec les patients et leur famille réside sans doute dans cette dimension « hors-cadre ». Il se construit alors souvent un système d'échange d'informations. Les patients savent que le « chercheur accompagnant » n'est pas spécialiste, ses questionnements en témoignent, et comprennent que leur expérience le nourrit, qu'il apprend en retour : « *Si je peux vous aider, ce sera avec plaisir* », la phrase revient souvent.

Cette pluralité des figures du chercheur ne représente pas en soi un écueil d'ordre méthodologique, à condition toutefois de veiller à maintenir dans cette pluralité le « souci des autres¹⁸⁵ », comme le démontre Juliette Sakoyan :

« D'une part, parce que l'attitude de "care" qui traverse l'ensemble des figures du chercheur déployées dans les relations ethnographiques – et donc chacun des contre-dons, des prises de position, etc. – maintient une cohérence d'ordre éthique entre ces différentes figures. D'autre part, parce que nos interlocuteurs, professionnels ou non, sont finalement plus habitués qu'on ne se l'imagine à jongler avec les identités plurielles, les leurs, mais aussi les nôtres. [...] Il en ressort que le chercheur qui est amené à se considérer lui-même comme il considère les acteurs auprès desquels il enquête, à savoir comme des "acteurs pluriels", expérimente le fait que la cohérence éthique n'est pas nécessairement fondée sur la continuité des postures ethnographiques. L'incohérence méthodologique, loin de mettre en péril la cohérence éthique pourrait même aussi, quelquefois, la conditionner¹⁸⁶. »

¹⁸⁵ Le « souci des autres » est une traduction du terme *Care*, proposée par Patricia Paperman et Sandra Laugier : « Ni principe général (ontologique), ni valeur morale abstraite, le souci des autres (autre traduction possible que nous proposons ici) n'a rien de spectaculaire, il fait partie de ces phénomènes vus mais non remarqués assurant l'entretien (en plusieurs sens, dont celui de la conservation et de la préservation) d'un monde humain. » Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, EHESS, « Raisons pratiques », 2005, n° 16, p. 10.

¹⁸⁶ Juliette Sakoyan, « L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires », *Ethnographiques.org*, n°17, novembre 2008.

La démarche d'intervention contribue toutefois à fortement brouiller les pistes, avec les patients et leur famille, mais également avec toutes les institutions partenaires et exige une vigilance permanente à cet égard.

2.3.2. Pièges et ambivalences de l'intervention

2.3.2.1. *Entre objectif de recherche et nécessités de l'accompagnement*

On a vu combien une démarche d'intervention peut être heuristique. Mais elle place également le chercheur en tension permanente entre des attendus de nature et de temporalité différentes, ceux de la recherche et ceux de l'intervention, souvent combinés avec ceux du financeur, parfois contradictoires.

Qu'est-ce qu'un résultat par exemple ? Au regard des attentes, normées, du financeur, l'intervention doit pouvoir être évaluée par l'augmentation du taux de déclaration et de reconnaissance dans la population d'enquête. Il s'agirait alors pour le chercheur de favoriser le recours au droit et, ce faisant, d'identifier les obstacles, les difficultés ou, au contraire, des leviers facilitateurs et de confirmer leur pertinence par des taux à la hausse. Mais saisi par ces objectifs, il prend le risque d'ignorer que le non-recours peut également représenter un choix de vie, un choix moral, le choix de vivre autre chose qu'un combat pour le droit sur le temps qu'il reste à vivre. Certains patients ne manquent pas de le signifier, à l'instar de M. Nestor qui argumente ainsi son refus de poursuivre ses démarches d'accès au droit :

« Je vais m'en tenir là. Je ne sais pas, je ne suis peut-être pas un gros bagarreur, mais ce qui compte pour moi aujourd'hui ce sont mes petits-enfants. Je m'en occupe, ce sont mes rayons de soleil. » [Journal de terrain, mai 2011]

D'autres, s'ils ont poursuivi leurs démarches en s'appuyant sur cette démarche d'intervention, ont toutefois pu ressentir une profonde souffrance, une fois la reconnaissance acquise. C'est le cas par exemple de Mme Ferroti, ayant souhaité être accompagnée au guichet de la Caisse, à l'étape de la présentation des pièces de l'instruction, avant la décision finale¹⁸⁷ :

L'agent de la Caisse lui tend une épaisse pochette dans laquelle chaque document est plié en deux. À peine en sa possession, elle la pose devant moi en me disant qu'elle n'y comprend rien. Je commence alors à compulsier les différentes pièces et repère rapidement l'avis du CRRMP [avis qui s'impose à la Caisse]. Alors même que j'en doutais fortement, je découvre que la maladie est reconnue professionnelle par ce Comité et me tourne vers Madame pour le lui dire, avec sans doute ce qui s'apparente à une satisfaction, au signe d'une victoire. Elle s'écroule immédiatement en larmes en s'exclamant : « C'est donc le travail qui l'a tué ! ». [Journal de terrain, août 2011]

¹⁸⁷ Le droit de la Sécurité sociale prévoit la possibilité pour les deux parties, le déclarant et l'employeur concerné, de pouvoir accéder aux pièces contradictoires du dossier d'instruction, afin de pouvoir éventuellement enrichir leur dossier avant que la décision finale ne soit arrêtée. Le chapitre 7 en rendra compte plus précisément.

À partir de cet exemple, il est possible de mesurer l'éventail des perceptions d'un « bon » et d'un « mauvais » résultat : au chercheur accompagnant, la reconnaissance de l'origine professionnelle du décès de son mari apparaît un bon résultat d'intervention, elle est pour Mme Ferroti la source d'une profonde douleur. Le chercheur se situe alors dans une configuration particulière, en tension permanente entre ses objectifs d'intervention et ses objectifs de recherche, l'intérêt du patient, celui du financeur et celui de la connaissance. Il doit veiller à ne pas se retrouver prisonnier d'une vision de l'obtention de la reconnaissance comme un défi à relever et s'attacher davantage au processus d'accès au droit qu'à son aboutissement. Le non-recours ne doit pas être envisagé comme un échec de l'intervention, mais comme un résultat de recherche, ce qui encourage à accepter les défections, entendre les hésitations, les mises en retrait, les documenter sans les contrarier, tout en maintenant ouvertes les possibilités de l'accès au droit.

De la même façon, cette identité de « chercheur accompagnant » peut être à l'origine de quiproquos quant à la nature de la relation qui le lie aux patients. Dans leur guide de l'enquête de terrain, Stéphane Beaud et Florence Weber s'appuient sur le terme américain, *fieldwork*, pour rappeler ce qui est spécifique à l'enquête ethnographique au regard d'autres types de présence sur le « terrain » :

« Le terrain, c'est un travail, pas un passage, une visite ou une présence. Le fieldworker ne va pas simplement sur le terrain, il y reste et surtout il y travaille¹⁸⁸. »

L'enquête ethnographique place inévitablement l'enquêteur en lien avec les enquêtés, en relation. La proximité et la confiance qu'il parvient à instaurer sont d'ailleurs des nécessités pour « faire parler » son terrain. Elles se construisent ici, avec les patients, dans un contexte délicat et spécifique, celui d'une « situation limite¹⁸⁹ », d'une situation extraordinaire qui rend la mort tangible, extrêmement proche et ouvre les portes d'une intimité le plus souvent préservée. La relation se charge alors d'une forte dimension émotionnelle, parfois lourde. La dimension interventionnelle du dispositif d'enquête ajoute de l'épaisseur à cette relation : dans l'adversité, dans la confrontation avec les institutions, se nouent des liens plus forts, complices, en lien avec l'épreuve et les émotions partagées, avec les stratégies construites ensemble.

Pour autant, la nature de ces relations n'est pas amicale ; elle s'apparente davantage à des relations de travail, d'engagements partagés. Elle demeure en tous cas très inégalitaire, en lien avec la position d'accompagnateur occupée par le chercheur. La rupture de ces relations, leur interruption, n'a rien de naturel, elle est déterminée par les temporalités et les contraintes de la recherche. Pour faire face à l'inévitable

¹⁸⁸ Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, « Grands repères », 4^e édition augmentée, 2010, p. 6.

¹⁸⁹ Pierre Aïach et al., *Vivre une maladie grave*, Paris, éditions Méridiens Klincksieck, « Réponses sociologiques », 1989, p. 19-20.

sentiment de trahison qui accompagne la « sortie » du terrain, deux modalités différentes ont émergé et se sont affirmées au fur et à mesure.

D'une part, il a fallu apprendre à accepter des offrandes, à entendre les patients dans leur besoin de « re-donner », à admettre cette démarche comme partie prenante de leur parcours de réparation. Mme Lazari aborde ainsi le sujet par téléphone :

« Avec mon mari, on s'est dit..., mais comment vous dire... On veut vous remercier mais on ne sait pas comment, parce que vous nous avez beaucoup aidé.

J'ai fait mon boulot.

Non, il n'y a rien qui vous oblige à écouter les gens comme vous le faites, vous êtes la seule à nous avoir écoutés, on veut vous remercier, c'est important pour nous. Et puis vous aviez demandé à mon mari qu'il vous montre des lieux où il y avait de l'amiante, il est d'accord, c'est quand vous voulez. » [Journal de terrain, août 2011]

Lorsque la rupture relationnelle coïncide pour les patients avec l'aboutissement positif de leurs démarches de recours au droit, elle est le plus souvent de leur fait ; mais ils ressentent alors le besoin de la ritualiser sous la forme d'un message écrit de remerciements, voire par la transmission de présents – bouquet de fleurs, boîtes de chocolat, bouteille d'alcool, flacon de parfum, gâteaux maison. Le chercheur fait ici le délicat apprentissage du « contre-don » conceptualisé par Marcel Mauss¹⁹⁰ :

Scène difficile au travail aujourd'hui. M. Medjkoune est venu me montrer les derniers courriers qu'il a reçus : tout roule, la rente et le FIVA, qui a dû augmenter le montant de l'indemnisation suite au jugement de la Cour d'appel. Il a dû ouvrir un nouveau compte bancaire, son compte épargne étant plafonné. Au moment de partir, nous sommes debout devant la porte, il me tend une enveloppe, je l'ouvre, une liasse de billets de banque. Sous le coup de la surprise, je réagis comme si une guêpe m'avait piquée, lui redonne brusquement en lui disant : « Non ! Je ne peux pas accepter ! » Lui de me répondre, avec insistance : « C'est normal, vous m'avez aidé, sans vous je n'aurais jamais eu tout ça, c'est normal de rendre. » Je lui dis, tout en reculant, que je ne peux pas, que je ne fais que mon travail, que je suis salariée pour ça et j'ajoute, en croyant être plus persuasive encore, qu'en plus je n'ai pas le droit d'accepter. M. Medjkoune se met à pleurer et, me regardant dans les yeux, me dit qu'il est très blessé, que je le soupçonne de corruption, que ce n'est pas gentil, que c'est un homme avec sa fierté et que c'est important pour lui de « rendre ». Je bafouille, lui dis que je comprends bien son envie de me remercier, mais que de mon côté j'ai beaucoup appris, que nous sommes quittes. Il insiste, je lui dis alors, pensant gagner du temps, qu'il n'est pas question de remercier avec de l'argent. Ce faisant, j'ouvre la porte à la possibilité de me remercier autrement. Il me promet des boucles d'oreille lors de son prochain retour du pays. [Journal de terrain, septembre 2012]

Si ces retours matériels ont, le plus souvent et dans la mesure du possible, pu être « collectivisés » avec l'équipe du GISCOP93, façon de réaffirmer l'identité collective de cette recherche et de pouvoir aussi remiser ces signes d'alliance à l'espace matériel du laboratoire, on comprend qu'avec des boucles d'oreille, par exemple, la relation s'inscrit, en revanche, à très bas bruit, au-delà de l'espace et du temps de la recherche.

¹⁹⁰ Marcel Mauss, *Essai sur le don*, Paris, Presses universitaires de France, 2007 [1925].

D'autre part, il est également délicat de mettre un terme à la relation quand les démarches de recours au droit se soldent par un refus de reconnaissance. Une interruption des liens à ce moment peut ajouter de la violence à une situation déjà ressentie comme une profonde injustice. L'accompagnement a ainsi pu se poursuivre au-delà du résultat de recherche, le temps pour eux de « reprendre pied » ou de « boucler la boucle ».

2.3.2.2. *En équilibre instable : garder le terrain ouvert*

De nombreux travaux rendent compte des malentendus et des conflits qui peuvent naître de la recherche, mais ceux-ci apparaissent le plus souvent au terme de la présence sur le terrain, à l'issue de la restitution¹⁹¹. Ils consacrent le décalage entre les attendus des acteurs sur le terrain et ceux de la recherche scientifique. Dans le cas de cette recherche, la restitution n'a pas seulement lieu à la fin de l'enquête de terrain. Elle s'opère presque en permanence auprès des différents acteurs concernés, institutionnels notamment. Vis-à-vis de la CPAM par exemple, en identifiant des écarts au droit, en interrogeant les agents sur leurs pratiques, en livrant ses propres interprétations du droit, le « chercheur accompagnant » bénéficie en retour de réactions, qui sont parfois des éléments de précision, d'autres fois des témoignages d'agacement ou encore le prétexte à réactiver des autorités hiérarchiques ou des jeux de concurrence entre agents.

Les modalités de l'enquête de terrain ont pris forme au gré des rencontres, du travail pour faire aboutir les dossiers, des sollicitations posées ou reçues, elles reposent aussi, pour reprendre les termes d'Olivier Schwartz, sur « une série discontinue d'aventures intersubjectives¹⁹² ». Elles ne font en tous cas pas l'objet d'un protocole clairement établi avec les acteurs concernés par la réparation. Parce que la démarche d'intervention est source de confrontation – le cas du recours au contentieux en est l'illustration la plus forte –, la présence sur le terrain du « chercheur accompagnant » est synonyme d'intranquillité, comme sur le fil du rasoir. Elle requiert une vigilance extrême, tout à la fois pour parvenir à la faire durer et pour ne pas mettre en danger par maladresse les acteurs concernés, les uns dans leur quotidien grignoté par la maladie, les autres dans leur espace de travail, milieu dense d'interconnaissance traversé par de francs rapports de pouvoir et de subordination.

Les occasions de crispation et de malentendus sont effet nombreuses. On peut citer pour exemple, le soutien des patients ou de leur famille dans l'accès au contentieux. Parce qu'il accompagne ces patients ou leurs proches à leurs premiers rendez-vous auprès des avocats, le chercheur développe avec ceux-ci une relation qui repose sur la régularité de

¹⁹¹ Pour exemple, Florence Weber, « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, vol 1, n° 70, 2008, p. 140-150.

¹⁹² Olivier Schwartz, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France, 1990, p. 40.

leurs rencontres, les échanges sur le contenu des dossiers, la confrontation partagée à la souffrance des requérants. Au terme de quelques semaines, il devient un « habitué » des lieux et peut alors être saisi dans de multiples formes de cordialité avec les personnels, comme les embrassades en guise de salut, les rires partagés. Dans leur travail sur les métiers funéraires, Pascale Trompette et Sandrine Caroly ont pu identifier le même type de décalage :

« La famille frappée par le deuil vit un événement unique dans son histoire personnelle [...], à l'inverse, le professionnel qu'elle rencontre enchaîne quotidiennement le traitement des décès. [...] La quotidienneté expose à une forme de détachement dans la confrontation au deuil des familles, à la manifestation de la douleur et du désarroi¹⁹³. »

Si cette situation est le propre de plusieurs métiers, dans l'exercice desquels les travailleurs « perçoivent comme une routine quotidienne ce qui constitue une situation de crise pour ceux qui font appel à leur service¹⁹⁴ », elle revêt, dans le cadre de l'espace judiciaire une portée soupçonneuse de la part des justiciables. La familiarité qui intervient dans les relations entre le chercheur accompagnant et les professionnels du droit peut être ressentie par les requérants comme une forme de complicité d'intérêt dont ils seraient l'instrument, quand bien même il s'agit de défendre leurs intérêts¹⁹⁵, l'un d'entre eux allant jusqu'à s'interroger sur le montant des « commissions » touchées par le chercheur sur ces dossiers. Dans ce contexte, et compte tenu de la distance sociale qui sépare ces avocats des requérants, ma place aux côtés des patients ou de leurs ayants droit, doit être stable, soutenante et exclusive pour ne pas perdre en crédibilité : il s'agit de les préparer à ces entretiens toujours émotionnellement très chargés, entendant en amont leurs inquiétudes, les portant si besoin¹⁹⁶.

Parmi d'autres points de tension identifiés, la réaction défensive de certains acteurs institutionnels face aux démarches entreprises par les patients ou leurs proches. L'accompagnement, parce qu'il donne aux requérants des outils pour revendiquer leurs droits – l'information sur leur existence, les articles réglementaires, les modèles de courrier –, parce qu'il leur permet de se sentir plus légitimes dans leurs démarches,

¹⁹³ Pascale Trompette et Sandrine Caroly, « En aparté avec les morts... », *Terrains*, 43/2004, en ligne sur <http://terrain.revues.org/index1836.html> [consulté le 5 décembre 2015].

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ Ce phénomène de cordialité est régulièrement observé entre avocats des parties adverses et contribue, selon Rémi Lenoir, à nourrir chez les requérants le sentiment d'une « complicité réglée entre des adversaires professionnels ou des professionnels de l'adversité (qui peut aller jusqu'à l'aversion) participant du même champ ». Rémi Lenoir cite ainsi le témoignage d'une avocate : « Oui, j'ai de bonnes relations avec les juges, souriantes, contrairement à ce que pensent les gens et qui même quelquefois sont suspectées par mon client puisqu'on a de bons rapports ... On est courtois, en plus on est des gens en général tous bien élevés, ce qui fait que les gens se demandent même si on n'est pas du même bord (...) ». Rémi Lenoir, « Une cause "naturelle" : les droits de l'homme », *Politix*, Vol. 4, n° 16, 1991, p. 61.

¹⁹⁶ La plupart du temps, ces rendez-vous sont préparés avec les requérants, pour les alerter notamment sur le type de questions auxquelles ils devront répondre, sur leur charge émotionnelle. Les patients ou leurs proches expriment alors le plus souvent des inquiétudes sur le montant des honoraires, la durée de la procédure, le coût moral de leur implication, inquiétudes que certains d'entre eux taisent ensuite devant l'avocat, par déférence et sentiment d'infériorité sociale : il m'arrive alors très fréquemment de les porter pour qu'ils puissent entendre les réponses données.

contribue à bousculer des routines installées dans certaines administrations. La demande d'accès à certaines pièces du dossier médical hospitalier a par exemple pu susciter de la part du service « des droits des malades » d'un hôpital partenaire, jusqu'alors conciliant, une réaction hostile et pénalisante pour les patients, transformant une démarche jusqu'alors gratuite en coût lourd à porter¹⁹⁷.

Ces différents points de tension contribuent à fragiliser la présence du « chercheur accompagnant » sur le terrain, saisi dans des considérations éthiques, déontologiques ou stratégiques. Comment ne pas mettre en danger les acteurs de ce terrain ? Les sociologues brouillent en général les pistes, en modifiant les noms des lieux, des institutions, en anonymisant les noms des personnes citées. Sauf à négliger la réflexion sur les conditions de réalisation de cette enquête, il apparaît impossible de transformer le territoire de la Seine-Saint-Denis en un territoire imaginaire qui ne pourrait être reconnu. De même, l'anonymat n'apparaît pas comme un garde-fou suffisamment fort pour garantir la confidentialité des propos et des pratiques des enquêtés au regard du niveau d'interconnaissance qui peut exister, par exemple entre les salariés de la Caisse ou les responsables des organismes sociaux sur le département.

2.3.2.3. *Risques de la métamorphose en expert*

Au fur et à mesure de sa présence sur le terrain, la position du chercheur accompagnant se modifie. Il perd en candeur, en ignorance, devient jour après jour davantage au fait des enjeux et des formes de l'instruction, capitalisant la connaissance apportée par chaque cas, dans ses relations avec les patients, l'Assurance maladie, les avocats et les autres collectifs de défense des victimes du travail. Il devient alors en mesure d'identifier les étapes importantes dans le parcours en réparation, les points de faiblesse d'un dossier, d'élaborer des stratégies pour favoriser leur aboutissement. Ces compétences, pouvant s'apparenter à celles d'un salarié d'une permanence juridique et sociale, peuvent bénéficier aux patients. Mais elles placent le chercheur en porte-à-faux, tant au regard de l'accompagnement qu'au regard de la recherche, ces deux dimensions étant totalement imbriquées.

Le dispositif d'accompagnement n'a pas été ici conçu comme consistant à « faire à la place » des patients. D'une part, pensé comme support d'une dynamique d'autonomisation, c'est-à-dire, pour reprendre la définition de l'*empowerment* livrée par Marie-Hélène Bacqué, au « processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper¹⁹⁸ », l'accompagnement est

¹⁹⁷ Cet épisode est relaté plus précisément au chapitre 3.

¹⁹⁸ Marie-Hélène Bacqué, « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires*, n° 460, 2005, p. 32-35. Je retiens ici le terme québécois d'autonomisation, retenu par l'Office québécois de la langue française. Sa définition – « processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » – ne diffère pas vraiment de celle que propose Marie-Hélène Bacqué.

conçu comme un élément de ce processus et non pas comme une forme d'assistance. D'autre part, plus pragmatiquement, il ne serait pas possible d'observer et de saisir les perceptions et usages du droit à réparation par les patients si le chercheur se substituait à eux dans leurs démarches. Il s'agit donc de veiller en permanence à ne pas prendre la responsabilité de telle ou telle démarche et, lorsque le chercheur est sollicité, face à un choix, pour dire quel serait le sien, de prendre garde à toujours en présenter plusieurs, en expliquant les différentes configurations possibles et l'incertitude des résultats. Toutefois, parce que « dire ou décrire, c'est en même temps prescrire¹⁹⁹ », le principal garde fou à une trop grande influence consiste à réinterroger en permanence la place prise par le chercheur accompagnant et les rôles que les enquêtés tentent de lui faire jouer.

En devenant « expert » de l'accès au droit à réparation, le chercheur court le risque de perdre en disponibilité, en capacité d'étonnement, en curiosité, leviers indispensables à la démarche de recherche. Il risque aussi, sans y prendre garde, et face à « la fatigue d'être soi²⁰⁰ » des patients, de privilégier l'efficacité du résultat à l'attention à la démarche. Il n'est ainsi pas à l'abri d'opérer des formes de « tri » entre les dossiers, pas toujours conscientes, à l'appui de l'expérience qu'il s'est construite des limites du système, entre les cas faciles à défendre et ceux qui ne le seront pas, dans un espace ambivalent entre jouer le jeu du droit et anticiper le risque de refus : interviennent les caractéristiques du dossier mais aussi, dans le cas de dossiers difficiles, la perception qu'il peut avoir de la fragilité de la ou des personnes qui (sup)portent la démarche. Dans la file active des dossiers, il arrive alors que certains patients ne soient pas relancés, quand bien même les experts ont préconisé une orientation vers la déclaration.

Le risque de glissement vers une posture d'expert repose aussi sur un état de saturation. On l'a vu, il existe sur ce terrain, une importante charge émotionnelle. Le travail d'accompagnement est prenant, dispersé, il requiert une forte concentration. Dans le contexte du cancer, « observer » les démarches des patients vis-à-vis de la déclaration en maladie professionnelle interdit de se mettre en « routine ». En tension permanente entre la vie et la mort – « on ne balance pas d'un pôle à l'autre, on est tiraillé au quotidien²⁰¹ » – le terrain de l'échange est « miné ». La souffrance ou l'angoisse de la mort ne sont pas de l'ordre de la banalité de l'existence, quand bien même elles sont indépassables, incontournables. Par ses questions, l'enquêteur court parfois le risque de rompre chez ses enquêtés des équilibres – individuels, familiaux – précaires.

¹⁹⁹ Didier Éribon, *Principes d'une pensée critique*, Paris, Fayard, « À venir », 2016, p. 151.

²⁰⁰ J'emprunte cette expression au sociologue Alain Erhenberg qui en fait le titre d'un de ses ouvrages (*La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998). Si celui-ci traite plus particulièrement de la dépression, il s'agit aussi pour l'auteur de s'intéresser aux conséquences de l'individualisme, consubstantiel au libéralisme, qui fait reposer sur les individus la responsabilité entière de ce qu'ils vivent. Atteints par un cancer du poumon, mes enquêtés doivent parfois choisir entre plusieurs protocoles de soin, entre les différentes orientations de différents médecins, avec en tête l'idée qu'ils peuvent jouer leur vie en faisant le mauvais choix. Dans ce contexte, l'injonction à l'autonomisation repose sur de sérieuses limites.

²⁰¹ Arnaud Hédouin, « Observer la... », art. cité, 2004, p. 702.

Les pièges sont parfois inattendus. Les patients ne sont pas tous informés de la nature de leur maladie par exemple, quand bien même les médecins ont maintenant l'obligation de dévoiler le diagnostic, la famille ayant fait barrage à cette obligation pour « épargner » leur proche. L'accompagnement place parfois le chercheur au cœur de conflits familiaux. Il doit alors être en éveil, mesurer en permanence son langage, les mots choisis. L'état de saturation du chercheur accompagnant repose également sur un fort sentiment d'impuissance, de lassitude : lorsque les mêmes difficultés se répètent, les mêmes obstacles surviennent, lorsque ce qui a été gagné pour un dossier se révèle inefficace pour un autre, mais aussi face à la mauvaise foi, aux discriminations, à l'inégalité structurelle des forces en présence. Dans le cadre de l'accompagnement, il s'agit de parvenir à maintenir une écoute compréhensive à l'égard des « croyances » et des espoirs – « il va s'en sortir ! », « on va déménager et on va tout oublier » – tout en anticipant les décès, sur le mode d'une stratégie de protection, jusqu'à être surpris parfois de la survie d'un patient.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, on a découvert le cadre dans lequel se déroule la recherche visant à restituer l'expérience des salariés et anciens salariés atteints de cancer dans leur accès au droit à réparation des maladies professionnelles. Cette recherche est ainsi doublement située sociologiquement. D'une part, parce qu'à la façon des poupées russes – enquête inscrite dans une autre enquête – elle s'inscrit dans une filiation qui vise à rendre visible les atteintes à la santé par le travail. D'autre part, construite sur une démarche d'accompagnement au plus près des sollicitations des enquêtés, elle repose sur une forte implication du chercheur qui, ainsi, devient l'un des acteurs du processus de conversion de la maladie en préjudice.

Le dispositif d'accompagnement donne accès à des situations et à des phénomènes difficiles, voire impossibles à observer autrement. Il permet de resituer le recours au droit à réparation au cœur d'espaces, d'acteurs et d'enjeux extrêmement divers et le plus souvent en tension. L'exercice du droit à réparation ne se situe pas « hors sol » et ne se limite pas à une démarche de « déclaration ». Dans le même temps, il donne sa marque au matériau ethnographique recueilli. Celui-ci est fonction du parcours de réparation, il en dépend, il en témoigne. Il est ainsi composé de fragments, rend visible des situations, en laisse d'autres dans l'ombre.

Marquée par la polyvalence et des parcours de travail morcelés, la population d'enquête de cette recherche l'est aussi par la polyexposition aux cancérogènes. Mais, comme le chapitre suivant en rend compte, la plupart des ces salariés ou anciens salariés l'ignore jusqu'à ce que le Giscop93 ne leur restitue les résultats de l'expertise à laquelle leur parcours professionnel a été soumis. Ils ne sont ainsi pas en mesure de penser le lien entre leur cancer et leur travail passé.

Chapitre 2

Se savoir exposé aux cancérogènes : un processus complexe

« L'ouvrier, même très ignorant, qui plonge les mains dans un liquide inconnu de lui, et voit aussitôt ses mains se couvrir de boutons, fait aisément la relation de cause à effet. Mais il faut avoir beaucoup de connaissances spécialisées pour traquer un poison qui n'est toxique qu'à long terme¹. »

« L'ouvrier connaît les nuisances qui le frappent dur. On lui laisse ignorer celles qui le rongent. Lentement. À son insu². »

Pour recourir au droit à réparation, les (anciens) salariés atteints de cancer d'origine professionnelle doivent parvenir à se sentir concernés, c'est-à-dire être en mesure de penser l'existence d'un lien entre la survenue de leur cancer et leur activité professionnelle. Ce chapitre vise à montrer ce qui peut faire obstacle à penser ce lien et, partant, à déclarer sa maladie auprès de la Caisse d'assurance maladie.

Cette question s'inscrit dans celle, plus générale, de la perception des risques au travail. De nombreux travaux ont déjà exploré comment la perception des liens entre santé et travail est le plus souvent entravée par des mécanismes tout à la fois économiques, sociaux et psychologiques : la santé au travail a « ses masques³ ». Deux dimensions sont particulièrement mises en évidence. La première s'intéresse aux différentes formes de défense psychique face au danger et à la pénibilité de certaines conditions de travail⁴ : « occultation, euphémisation, évitement, rationalisation, entre autres, qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux⁵ ». Christophe Dejours évoque des « stratégies défensives de métier⁶ », la prise de risque, résumée parfois dans la notion de

¹ Anne Guérin-Henni, *Les pollueurs. Lutttes sociales et pollutions industrielles*, Paris, Seuil, 1980, p. 321.

² Olivier Targowla, *Les médecins aux mains sales. La médecine du travail*, Belfond, « l'Echappée », 1976, p. 142.

³ Michel Gollac et Serge Volkoff, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 163, n° 3, 2006, p. 4-17.

⁴ Pierre Logeay et Charles Gadbois, « Les astreintes psychiques des situations dangereuses au travail », *Documents pour le médecin du travail*, n° 44, 4^e trimestre 1990, INRS.

⁵ Pascale Molinier, « Souffrances, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 10, n° 2, 2010, p. 99-110.

⁶ Christophe Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998. Pascale Molinié, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, Genre et Société*, n° 3, 2000.

« virilisme » peut être une de ces stratégies : défier le risque pour en combattre sa peur. Une deuxième fait reposer le déni des liens entre santé et travail par leur monétarisation. La revendication et l'obtention d'augmentation des salaires ou de primes – de nuit, de poussières, de salubrité, de hauteur... – contribueraient à placer au second plan l'existence de risques pour la santé au travail.

Ces approches demandent à être nuancées. Ainsi, « L'histoire [...] incite à ne pas donner trop de poids au virilisme ouvrier, supposé expliquer des prises de risque. D'une part, ces traits de culture de travail sont plus des formes de consentement que des causes, et d'autre part bien des femmes se sont résolues de longue date, elles aussi, à prendre des risques pour leur santé afin d'exercer leur emploi⁷ ». De même, revendiquer des primes de risques n'entre pas forcément en contradiction avec revendiquer de meilleures conditions de travail. Les ouvriers de Penarroya mobilisés en 1971 à Lyon écrivent ainsi dans leur manifeste de revendications « Notre santé n'est pas à vendre, mais dans l'immédiat, nous voulons une prime de chaleur pour ceux qui travaillent aux fours, une prime de pénibilité pour ceux qui empilent les lingots⁸ » ; la revendication d'une prime « vise à faire hâter par la direction de l'entreprise l'amélioration des installations, en même temps qu'elle permet dans l'immédiat une augmentation de salaire⁹ ». Il peut en être ainsi de la revendication des valeurs limites d'exposition conçues, non comme des fins en soi, mais comme des étapes de mobilisation.

En tout état de cause, les risques cancérigènes, parce qu'ils échappent à la perception et n'offrent la preuve de leur nocivité qu'à effet très différé, représentent un type de risque particulièrement difficile à appréhender. Ainsi, même si l'obligation de porter des équipements de protection, voire des dosimètres-alarmes dans le cas exceptionnel du nucléaire¹⁰, peut alerter les salariés de l'existence d'un danger cancérigène, elle ne permet toutefois pas qu'ils prennent la mesure de ses effets sur la santé, à court et à moyen terme.

Il est bien sûr impossible d'objectiver ce que les salariés et les anciens salariés savaient et ce qu'ils ne savaient pas de leurs expositions aux cancérigènes. Comme le fait remarquer Emmanuel Henry, « raisonner en ces termes laisse deux présupposés dans l'ombre, le premier qu'avoir conscience d'un danger implique automatiquement un retrait, le second que la possibilité de se retirer librement est laissée ouverte aux ouvriers exposés¹¹. » En développant la notion de « régimes de perceptibilité¹² »

⁷ Nicolas Hatzfeld, « L'histoire des mobilisations, ressource pour le présent », dans Annie Thébaud-Mony et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 2015, p. 545.

⁸ Cité par Xavier Vigna, *L'insubordination ouvrière dans les années 68. Essai d'histoire politique des usines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p. 161.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Pierre Fournier, « Attention dangers ! Enquête sur le travail dans le nucléaire », *Ethnologie française*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 69-80.

¹¹ Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale improbable, sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Res Publica », 2007, p. 35.

Michelle Murphy rappelle que la connaissance du risque n'est pas accessible à tous et qu'elle n'est jamais définie une fois pour toutes : étroitement imbriquée aux contextes – politique, social, scientifique, territorial... –, elle dépend ainsi des instruments de mesure, des relations de travail, des controverses, de l'expérience des personnes qui le subissent, etc.

Dans une première partie, ce chapitre rend compte, à partir de l'exemple emblématique de l'amiante, qu'en dépit de son extrême médiatisation, des salariés ignorent encore aujourd'hui qu'ils sont exposés à ce cancérogène ou qu'ils l'ont été. Leur méconnaissance des autres cancérogènes est encore plus importante. La notion même de cancer professionnel demeure alors un impensé.

Dans la deuxième partie de ce chapitre, il apparaît que le contexte du travail lui-même, parce qu'il est tout à la fois espace de subordination, d'attachement et de risques multiples, transforme les questions de responsabilité et peut faire écran à la perception d'un préjudice.

1. Le « cancer professionnel » comme impensé

Être en mesure de penser le lien entre sa maladie et son travail ne va pas de soi, et sans doute plus encore dans le cas des pathologies cancéreuses. Cela suppose d'être en mesure de s'abstraire d'une représentation dominante de la maladie qui la relie aux comportements individuels et à l'hygiène de vie, voire même au hasard. Mais d'une part, les caractéristiques médicales et cliniques du cancer ne soutiennent pas en elles-mêmes l'éventualité d'une origine professionnelle et, d'autre part, les (anciens) salariés ont ignoré être exposés à des cancérogènes ou l'ignorent encore.

1.1. Une maladie à distance du travail

La pathologie cancéreuse a comme caractéristiques d'être multifactorielle et de survenir à distance d'une exposition à des facteurs cancérogènes.

1.1.1. Une absence de signature spécifique

À de rares exceptions près¹³, il est médicalement impossible d'identifier des spécificités cliniques et biologiques qui permettraient de distinguer un cancer d'origine professionnelle d'un autre cancer. Parmi toutes les localisations cancéreuses, le cancer

¹² Michelle Murphy, *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty: Environmental Politics, Technoscience, and Women Workers*, Duke University Press, 2006.

¹³ Il existe un consensus scientifique et médical pour admettre que le mésothéliome, cancer de la plèvre, serait quasi-exclusivement en lien avec des expositions à l'amiante, comme le cancer de l'ethmoïde le serait avec les poussières de bois et l'angiosarcome, une forme spécifique de cancer du foie, avec le chlorure de vinyle monomère (CVM).

du poumon en est un exemple particulièrement emblématique. Cette pathologie n'est spécifique d'aucun cancérigène en particulier. Elle partage avec d'autres – comme les TMS par exemple – la particularité d'échapper au schéma, hérité des maladies infectieuses, d'une cause à l'origine d'un effet. Elle ne résulte pas « d'une relation simple entre un risque et une cellule, mais d'un processus qui met en jeu des relations complexes entre certains facteurs de risques cancérigènes et l'histoire biologique, humaine et sociale de l'individu¹⁴ ». Multifactorielle, elle met au défi la science de parvenir à isoler et à hiérarchiser les facteurs de risque qui sont à l'origine de sa survenue. Face à un ancien chauffagiste ayant manipulé de l'amiante durant toute sa vie professionnelle et de surcroît fumeur, il est impossible de distinguer, entre les deux cancérigènes que sont l'amiante et la cigarette, le principal facteur en cause dans la survenue de son cancer broncho-pulmonaire. Ces différentes expositions peuvent s'additionner, mais elles interagissent le plus souvent en synergie, selon un modèle multiplicatif : ainsi, selon les résultats d'une étude pionnière publiée en 1979, un fumeur exposé à l'amiante risque 53 fois plus de contracter un cancer qu'une personne non fumeuse et non exposée à l'amiante, ce rapport étant de 10 fois s'il n'était que fumeur ou de 5 s'il n'était exposé qu'à l'amiante¹⁵.

1.1.2. Un important délai de latence et un phénomène aléatoire

Par ailleurs, les cancérigènes agissent avec un effet différé et le cancer n'apparaît qu'au terme de plusieurs années d'évolution à bas bruit, sans symptôme décelable. Les évolutions de la recherche en biologie cellulaire et moléculaire ont permis d'identifier plusieurs étapes qui, en amont, s'enchaînent jusqu'à l'apparition d'une tumeur ou d'une anomalie sanguine. De « l'initiation » (qui correspond à une modification des gènes au sein d'une cellule sous l'action d'un cancérigène) à la « promotion » (qui correspond au clonage de cette cellule permettant ensuite sa multiplication) jusqu'à la formation d'une tumeur, plusieurs dizaines d'années peuvent s'écouler. Des mutations dans les cellules « initiées » peuvent ainsi demeurer latentes un long moment avant qu'une substance ne jouant le rôle de « promoteur » révèle le cancer :

« La transformation d'une cellule normale en cellule tumorale implique l'action de plusieurs agents à des moments différents. On introduit donc ainsi la notion d'actions combinées qui ne vont pas

¹⁴ Annie Thébaud-Mony et al., « Parcours-travail et... », art. cité, 2003.

¹⁵ Ces données sont issues d'une étude réalisée à partir d'une étude de cohorte de plusieurs décennies sur des travailleurs de l'isolation. Initiée à la fin des années 1950, cette enquête s'est poursuivie jusqu'aux années 1990. En partant du fichier de la caisse de retraite de ces travailleurs, elle a permis de reconstituer finement leur activité de travail, de caractériser précisément leurs expositions à l'amiante et au tabagisme et, dans le cadre d'un suivi de ces salariés, de pouvoir recenser systématiquement leurs pathologies et décès. E. C. Hammond et al., « Asbestos Exposure, Cigarette Smoking and death rates », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 330, December 1979, p. 473-790. Voir également www.inrs.fr/risques/amiante/effets-sante.html [consulté le 5 septembre 2016].

s'ajouter, mais s'articuler les unes sur les autres, d'où l'apparition d'effets de synergie, ou effet unique résultant de l'action de plusieurs facteurs¹⁶. »

Il est ainsi admis qu'il existe un temps de latence le plus souvent supérieur à dix ans entre l'exposition professionnelle et l'apparition de la maladie¹⁷, et jusqu'à cinquante ans dans le cas d'une exposition à l'amiante. Cette « déliaison temporelle ¹⁸ » rend particulièrement ardue la perception par les salariés d'un lien entre leur travail – leurs expositions passées – et leur maladie, plus encore pour les retraités, à distance de leurs années d'activité exposées.

Les expositions cancérogènes

De nombreux procédés de travail peuvent être cancérogènes, c'est-à-dire provoquer le cancer ou le favoriser, et de plusieurs façons.

D'une part, ils peuvent mettre le travailleur en contact avec un agent dont le caractère cancérogène a été établi. Il peut alors s'agir de substances physiques (comme les rayonnements ionisants), biologiques (comme le virus de l'hépatite B ou le papillomavirus) ou encore chimiques (comme la silice, l'amiante, les poussières de bois, le benzène, les amines aromatiques, l'acide chromique...). Ces agents peuvent exister en tant que tels ou résulter de procédés de fabrication, comme des produits de dégradation (suie de combustion du charbon et hydrocarbures aromatiques polycycliques, poussières de bois...) ou des fumées, de soudage par exemple. L'interaction de plusieurs composants non cancérogènes lorsqu'ils sont isolés peut également devenir cancérogène. On parle « d'effet cocktail¹⁹ » ou encore de synergie, voire de potentialisation, phénomène identifié de longue date mais le plus souvent ignoré par les études toxicologiques et épidémiologiques.

D'autre part, ils peuvent soumettre le travailleur à une organisation du travail qui facilite la cancérogénèse. Le CIRC a ainsi reconnu en 2007 le travail de nuit posté comme « cancérogène probable pour l'homme » (catégorie 2A) : en perturbant le rythme biologique, il peut affecter la division cellulaire et favoriser un processus de cancérogénèse, quand dans le même temps, il réduit la production de mélatonine dont l'action est anti-cancérogène. Plusieurs études ont ainsi montré le lien entre la survenue de cancers du sein et le travail posté.

Les voies d'exposition à ces cancérogènes sont, elles aussi, variées et peuvent se cumuler : par inhalation, par ingestion ou par pénétration cutanée voire par irradiation, avec ou sans contact.

Les cancérogènes sont le plus souvent reliés à des organes cibles, comme par exemple les poussières de bois et les sinus, le chlorure de vinyle et le cancer du foie (angiosarcome), mais un même cancérogène peut affecter plusieurs organes. L'amiante par exemple est en cause dans le cancer de la plèvre (mésothéliome), celui du poumon, mais aussi celui du larynx, des ovaires. Quant aux radiations ionisantes, elles seraient associées, selon la loi d'indemnisation des victimes des essais nucléaires en France, à vingt-deux localisations cancéreuses et vingt-huit selon la loi américaine sur les maladies professionnelles.



Pictogramme représentant depuis 2011 le danger toxique, notamment cancérogène.

¹⁶ Henri Pézerat, « Les mécanismes du cancer », dans Bernard Cassou et al. (dir), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 303-307.

¹⁷ Hygiène et sécurité du travail, *Cahiers de notes documentaires*, INRS, 2e trimestre 2006.

¹⁸ Jean-Paul Teissonnière, « Les risques invisibles », *Semaine sociale Lamy*, 2005, p. 17.

¹⁹ Marine Jobert, « Gérard Lasfargues : « Il ne faut pas tout attendre de l'évaluation réglementaire », *JNE* [En ligne], le 24 décembre 2013 [consulté le 4 juillet 2015].

Ensuite, toutes les personnes exposées au même poste et dans les mêmes conditions ne développeront pas forcément cette pathologie. L'événement cancer n'apparaît alors pas d'emblée associé au travail, comme phénomène collectif au sein de l'espace de travail, mais plutôt comme un sort individuel. Cette lecture s'impose d'autant plus que, dans la plupart des cas, les enquêtés ignoraient le caractère cancérigène des procédés de travail, voire l'ignorent encore aujourd'hui.

1.2. Des expositions cancérigènes ignorées

Si la notion de cancer d'origine professionnelle demeure étrangère à la plupart des enquêtés, c'est également parce qu'ils ignorent le plus souvent les risques cancérigènes auxquels ils ont été confrontés. Des études en amont de la mise en place du GISCOP93 avaient pu en rendre compte. Interrogés en 1990 sur les risques auxquels ils avaient pu être confrontés, les patients ne retenaient le plus souvent que ce qui leur avait « piqué le nez », « brûlé la peau ». Deux ouvriers de la métallurgie s'exprimaient ainsi :

« Je travaillais à la main, à la lime, au tour et à la fraiseuse. J'utilisais des huiles de coupe, il y avait un jet qui arrivait sur l'outil. Mais ce n'est pas dangereux ça. Ça a une odeur caractéristique, mais pas désagréable. [...] Dans l'atelier, il y avait des gaz toxiques lorsque l'on coulait la fonte pour les blocs moteurs, les culasses. C'était une odeur vraiment désagréable. Je pense que ça, c'était dangereux. » Ajusteur, 58 ans.

« On utilisait de l'huile de coupe pour refroidir l'outillage. À moins qu'on y soit allergique, ce n'est pas mauvais. C'était de la vieille huile, c'est pas méchant. [...] On fumait des cigarettes presque trempées d'huile, on avait toujours les mains pleines d'huile. » Tourneur, 62 ans²⁰.

La nature cancérigène de l'huile de coupe – un produit cancérigène dérivé de la houille ou du pétrole – à laquelle ils sont tous deux fortement exposés, est ici totalement ignorée. Au contraire, son utilité, refroidir les parties chaudes sur les outils, lui confère auprès de ces ouvriers qualifiés un statut d'innocuité. On retrouve ici les critères de perception des nuisances qu'évoque Geneviève Massard-Guilbaud dans son travail historique sur les pollutions : ils sont le plus souvent de nature sensorielle – le nez est ainsi le « premier baromètre de la nuisance²¹ », viennent ensuite le bruit, les trépidations, les fumées tout au moins celles qui avaient une odeur désagréable et/ou provoquaient la toux. Une typologie similaire dans l'appréhension du risque pour la santé au travail apparaît dans des travaux récents.

²⁰ Annie Thébaud-Mony et al., « Les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, Etude coopérative INSERM/SPAS », rapport ronéo, mars 1990, cas n° 2 et n° 5 [Archives GISCOP93].

²¹ Geneviève Massard-Guilbaud, *Histoire des pollutions industrielles. France, 1789-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2010, p. 69.

Dans le milieu hospitalier par exemple :

« La dangerosité d'une situation de travail à juger, à jauger, ne s'évalue pas seulement en fonction de critères techniques, les sens sont également mis à contribution. La vue et l'odorat sont particulièrement mobilisés : la vue car est considéré comme "propre" ce qui ne comporte pas de traces apparentes de souillure ; l'odorat car la liaison entre puanteur, saleté et nocivité construit l'odeur non seulement comme incommodante mais aussi comme un signal de dangerosité potentielle²². »

Le risque cancérigène est le plus souvent ignoré parce qu'il est dans la plupart des cas imperceptible : invisible, inodore, diffus et toujours à effet différé, il échappe à la perception d'un risque. Même lorsqu'il s'agit de poussières, ce ne sont pas toujours celles qui sont visibles qui sont les plus dangereuses, mais celles qui échappent au regard, même parfois au microscope, les plus fines d'entre elles.

Le juriste Jean-Paul Teissonnière remarque ainsi que, contrairement à l'accident, « l'intoxication, la contamination, les irradiations n'offrent aucun spectacle permettant de les déceler, aucun processus d'alerte ne s'offre spontanément à la victime potentielle²³ ». Dans ce cas exemplaire des rayonnements ionisants, Gabrielle Hecht distingue ainsi l'existence du risque – la radioactivité, « un phénomène physique qui existe indépendamment qu'il soit détecté ou politisé²⁴ » – de la possibilité de le percevoir comme tel, qu'elle nomme la « nucléarité », qui « émerge des relations sociales selon lesquelles le savoir est produit » et qui diffère donc selon les lieux et les époques, mais aussi selon les travailleurs concernés et les enjeux géopolitiques en lien avec l'extraction, la commercialisation, la transformation de l'uranium dans le cas de son étude²⁵.

En présence de la plupart des substances cancérigènes, le salarié n'a pas à disposition, comme ce peut être le cas dans certains univers radioactifs, un instrument de mesure qui objective le risque pris. Ainsi, le plus souvent, la nature cancérigène des substances et procédés de travail n'est pas connue par les travailleurs²⁶. L'exemple de l'amiante permet de rendre compte des espaces d'ignorance qui subsistent.

²² Danièle Carricaburu et al., « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique*, vol. 20 (HS), 2008, p. 64.

²³ Jean-Paul Teissonnière, « Les risques ... », art. cité, 2005, p. 17.

²⁴ Gabrielle Hecht, *Uranium africain. Une histoire globale*, Paris, Seuil, 2016, p. 22.

²⁵ Gabrielle Hecht, « L'Afrique et le monde nucléaire : maladies industrielles et réseaux transnationaux dans l'uranium africain », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 2014, p. 173-205.

²⁶ Dans le cadre du dispositif du Giscop93, let parce qu'une étude de faisabilité avaient montré qu'ils ignoraient le plus souvent le caractère cancérigène de leurs expositions, les (anciens) salariés sont interrogés leurs activités réelles de travail et non pas sur leurs expositions.

1.2.1. L'amiante comme exemple emblématique

Le cas de l'amiante – cancérigène professionnel et environnemental le plus visible dans l'espace social et médiatique – est à cet égard particulièrement significatif. Je m'en saisis ici comme d'une matrice explicative pour illustrer, en miroir, combien l'ignorance peut être encore plus forte pour les autres cancérigènes.

L'amiante

L'amiante désigne un ensemble de minéraux fibreux dont les caractéristiques sont notamment d'être résistant à la chaleur, au feu ainsi qu'à la décomposition chimique et biologique. Il a été massivement utilisé dans la construction des maisons, des immeubles, des navires, dans leur isolation thermique, phonique et leur résistance au feu. Il est également présent dans une vaste gamme de matériaux et produits pour ses capacités de résistance à l'usure, à la rupture : on le trouve dans des matériaux de construction, de friction, dans des vêtements de protection, des tissus, des matériaux d'emballage, des isolants et autres produits manufacturés, comme les housses de planche à repasser ou certains grille-pain à poser sur la flamme. Les occasions d'exposition professionnelle à l'amiante sont nombreuses et concernent de nombreux secteurs d'activité.

La taille moyenne de la fibre d'amiante (de 400 à 2 000 fois plus fine qu'un cheveu) facilite son inhalation et ne permet pas son rejet par des mécanismes comme la toux ou les vomissements. Ses propriétés physiques empêchent toute dégradation chimique tout comme l'élimination naturelle de la fibre par le corps humain. Inhalées, ces fibres s'installent dans les alvéoles des poumons. Elles sont à l'origine de plusieurs maladies, pour la plupart très handicapantes, voire mortelles : l'asbestose, le cancer broncho-pulmonaire, le mésothéliome. Elles concernent également d'autres organes comme le colon, le larynx, les ovaires.

Sur la base des échanges avec les patients, émergent deux formes majeures de méconnaissance : le fait d'avoir ignoré durant son activité professionnelle le caractère cancérigène de l'amiante, le fait d'ignorer jusqu'à aujourd'hui avoir été exposé à l'amiante.

1.2.1.1. Le caractère mortifère de l'amiante : « On n'en savait rien. »

Quand bien même la plupart des enquêtés est aujourd'hui au fait de la nature cancérigène de ce « *magic mineral* », ils étaient nombreux à n'en rien savoir aux moments de leur contamination, 20 à 50 ans en arrière, lorsque l'amiante était justement largement et légalement utilisé. Âgé de 53 ans, M. Thomas travaille sur les chantiers depuis 37 ans, comme ferrailleur d'abord, puis comme coffreur-boiseur pour des grandes entreprises du BTP, quand son cancer du poumon est diagnostiqué. Il a notamment participé au chantier de construction de la Grande Arche de la Défense. Il soudait, graissait le métal, sciait le bois pour réaliser des coffrages. Il a été exposé pendant des dizaines d'années à la silice, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), aux poussières de bois et aux solvants chlorés. À aucun moment selon lui, il n'a été informé du risque cancérigène qu'il courait. Lorsque je le contacte pour savoir quelles étapes il a déjà franchies dans la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle, il me répond, entre deux quintes de toux :

« Vous savez, je ne sais pas combien de temps il me reste. J'ai un collègue de ma dernière boîte, il vient d'avoir un cancer du côlon. Comme on dit, on a bossé 39 ans sans être malades, comme des cons, et puis voilà. J'ai commencé à travailler jeune et, à 20 ans, on ne pense pas à ces choses-là, on se croit invincible.

Vous saviez que c'était dangereux ?

Mais pas du tout, on ne savait rien, même sur l'amiante. L'amiante, on a commencé à en parler avec Jussieu, quand c'était des profs. Mais avant, rien. Tant que c'était des immigrés ou des Bretons, comme moi... on n'en parlait pas. Et là vous savez, on commence à voir les dégâts, autour de moi, les gars du chantier, les vieux, après 54 ans, ça ne fonctionne plus très bien. »
[Journal de terrain, juillet 2010]

Dans le parallèle qu'il établit entre son origine bretonne et la situation des travailleurs immigrés, M. Thomas rend compte d'un partage du même sort : celui d'hommes qui ont dû affronter le déracinement pour travailler, qui se sont consacrés à leurs travaux de force, sur les chantiers de construction, pour une durée de vie finalement très limitée²⁷. Il se saisit de l'exemple de l'amiante comme d'un marqueur social et interroge les motifs du « scandale » qu'a représenté la crise de l'amiante : l'empoisonnement des travailleurs n'aurait-il pas continué si la lutte contre cette fibre mortelle n'avait pas également concerné des professeurs d'université parisiens ?

1.2.1.1.1 Une visibilité médiatique inégale dans le temps et dans l'espace

Emmanuel Henry a reconstruit avec précision plusieurs séquences de visibilité et d'invisibilité des risques liés à l'usage de ce matériau jusqu'à leur transformation en « scandale improbable²⁸ ». Au milieu des années 1970, la mobilisation sur le campus universitaire de Jussieu et dans plusieurs villes de France où sont implantées des usines de transformation d'amiante correspond « à la première publicisation du problème auprès d'un large public, par le relais [qu'elle trouve] auprès de certains médias²⁹ ». Auprès des travailleurs d'Amisol, à Clermont-Ferrand, ou de Ferodo, à Condé-sur-Noireau³⁰, ces acteurs universitaires jouent selon lui un rôle *d'entrepreneurs*, au sens développé par Howard Becker sur les « entrepreneurs de morale³¹ » : « Avec leur intervention, une situation auparavant perçue comme allant de soi et appartenant au devenir commun de ces ouvriers devient un problème auquel il faut trouver des solutions³². » Cette première publicisation est toutefois de courte durée, elle s'achève à la fin des années 1970, après la parution d'un arrêté interdisant le flocage amianté dans les locaux d'habitation et d'un décret encadrant l'usage professionnel de l'amiante³³,

²⁷ M. Thomas décède à l'âge de 56 ans, un peu plus de deux ans après cet échange.

²⁸ Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007.

²⁹ *Ibid.*, p. 18.

³⁰ Ces mobilisations sont détaillées dans l'ouvrage du Collectif intersyndical sécurité des universités Jussieu, CFDT, CGT, FEN, *Danger ! Amiante*, Paris, Éditions François Maspéro, « Cahiers libres » n° 334, 1977.

³¹ Howard S. Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, p. 157 et suivantes.

³² Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007, p. 20.

³³ Arrêté du 29 juin 1977 interdisant le flocage amianté dans les locaux d'habitation. Décret n° 77-949 du 17 août 1977 « relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante ». Les niveaux d'empoussièrement sont encadrés par des valeurs limites, l'information sur les risques de

ouvrant la route à son « usage contrôlé³⁴ ». Elle s'inscrit dans une critique plus générale de l'ordre social et trouve avant tout place dans des journaux aux orientations politiques marquées à gauche comme les quotidiens *L'Humanité*, *Le Matin* et *Libération*³⁵. « Le problème traduit dans des termes très politisés ne retient que temporairement l'attention du grand public et ne s'inscrit pas durablement dans l'espace public³⁶. » Le dossier de l'amiante quitte l'espace public pour rejoindre « celui, plus feutré, de l'administratif et du politique ». M. Thomas, lui, est âgé de 16 ans lorsqu'il commence à travailler, en 1973, dans le BTP. S'il entend parler des dangers de ces fibres à partir du milieu des années 1970, c'est pour apprendre aussi vite que l'usage de l'amiante peut toutefois être « contrôlé » et demeurer sans risque pour la santé des travailleurs exposés³⁷.

La seconde période de publicisation débute en 1994, en lien avec le dépôt d'une plainte par les veuves de quatre enseignants victimes d'une exposition à l'amiante dans les locaux de leur lycée, à Gérardmer et le développement d'un important mouvement social rendant visible les victimes de l'amiante. L'amiante occupe alors une place de plus en plus importante dans les médias « jusqu'à devenir véritablement centrale durant l'été 1996 », en lien avec l'annonce faite par le ministre du Travail et des Affaires sociales, Jacques Barrot, de l'interdiction prochaine de l'amiante et celle faite par le Président de la République, Jacques Chirac, de la fermeture prochaine du campus universitaire de Jussieu aux étudiants³⁸.

L'analyse du traitement médiatique sur l'amiante effectuée par Emmanuel Henry révèle par ailleurs des différences d'approche entre la presse et la télévision mais également entre la presse nationale et la presse régionale, voire selon les médias régionaux. Pour exemple, en 1995, la problématisation de l'amiante dans le journal régional *La Montagne* diffère largement de celle de son homologue *Ouest France*. Dans un cas, à Clermont-Ferrand, le journal prend parti pour les victimes et pour l'interdiction de l'amiante : le

l'amiante est rendue obligatoire en direction des salariés exposés, les travaux doivent être réalisés par voie humide ou dans des locaux sous dépression et, à défaut, des protections individuelles doivent être mises à la disposition des salariés. Le personnel exposé est soumis à une surveillance médicale spéciale.

³⁴ La notion d'un usage contrôlé de l'amiante, portée en France par un lobby d'industriels de l'amiante, est parvenue à s'imposer auprès des pouvoirs publics et des organisations syndicales par l'intermédiaire du Comité permanent amiante (CPA), faisant obstacle pendant près de 20 ans à son interdiction. Elle reposait sur l'idée qu'à condition de respecter des règles de sécurité, l'usage de l'amiante pouvait être inoffensif. Se reporter notamment à Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007, p. 33-34.

³⁵ *Ibid.*, p. 25-26.

³⁶ Emmanuel Henry, « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », *Sociétés contemporaines*, n° 52, 2003, p. 40.

³⁷ L'usage de l'amiante ne sera interdit qu'en janvier 1997, par le décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiante, pris en application du code du travail et du code de la consommation. En 1996, la France utilisait encore 35 000 tonnes d'amiante (source : « Le drame de l'amiante en France : Dériot Gérard et Jean-Pierre Godefroy, *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information n° 37 (2005-2006) fait au nom de la mission commune d'information*, 26 octobre 2005, en ligne sur [www.senat.fr/rap/r05-037-1.html](http://www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-1.html) [consulté le 18 février 2012].

³⁸ Annonces faites respectivement les 3 et 14 juillet 1996. Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007, p. 67-68.

souvenir de la mobilisation des salariés d'Amisol, 20 ans plus tôt, a laissé des traces sensibles, notamment sur la journaliste en charge de la question pour laquelle les conséquences sanitaires de l'amiante sont une « maladie de classe³⁹ ». Dans l'autre, à Condé-sur-Noireau, le journal ouvre ses colonnes à la communication institutionnelle de l'entreprise de fabrication de matériaux de friction amiantés, Allied Signal (ex Férodo), vantant par exemple son « souci de l'environnement » ou son engagement pour « l'art, le sport, la santé au travail contre le tabac⁴⁰ ». Il apparaît notamment que « l'activité économique liée à la transformation de l'amiante est encore importante dans la ville, et l'usine reste un lieu de pouvoir vis-à-vis duquel il est difficile pour un journaliste de s'opposer frontalement⁴¹ ». La fabrication de l'information⁴² peut dépendre de la sensibilité individuelle des journalistes mais se réalise aussi au sein d'espaces plus ou moins contraignants, en lien avec les actionnaires, les publicitaires, les pouvoirs politiques et économiques. Selon les territoires de diffusion des journaux, l'information donnée aux lecteurs peut alors différer grandement.

Emmanuel Henry note également que c'est au moment où la question des risques mortifères de l'amiante acquiert une dimension publique à l'échelle nationale que la part professionnelle de ces risques tend justement à être au fur et à mesure occultée, « bien qu'ils constituent l'essentiel du problème en terme de santé publique⁴³ ». Dans la presse, l'amiante prend figure d'un « scandale sanitaire » comme les autres, nombreux durant cette décennie 1990 – le sang contaminé, la crise de la vache folle, l'hormone de croissance, la maladie de Creutzfeld-Jakob.

1.2.1.1.2 *Un savoir extrêmement dépendant des contextes*

Ces deux épisodes de forte médiatisation des dangers de l'amiante ne permettent donc pas de renseigner l'espace de réception de ces informations et d'en déduire que les dangers de l'amiante, parce qu'ils sont visibles dans un espace médiatique, sont connus des travailleurs exposés. Ce rapport à la connaissance ou à l'ignorance au poste de travail varie selon les périodes d'activité ou selon la nature de l'entreprise, ce qu'elle produisait, sa taille, les postes occupés, la stabilité dans son parcours ou au contraire son morcellement, le statut d'emploi, le ou les cancérogènes, le sexe, l'âge, les modes d'insertion sociale et autres caractéristiques sociales.

Sur le territoire d'enquête de cette recherche, le département de Seine-Saint-Denis, se croisent ainsi deux situations emblématiques relevant, pour l'une, d'une prise de

³⁹ *Ibid.*, p. 137.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 146-147.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² J'emprunte cette expression au livre de Florence Aubenat et Miguel Benasayag, *La fabrication de l'information*, Paris, La Découverte, « Sur le vif », 2007.

⁴³ Emmanuel Henry, « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié "résoudre" la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique*, vol. 54, n°2, avril 2004, p. 289-314.

conscience précoce des dangers de l'amiante, pour l'autre, plutôt tardive⁴⁴. Projeteur d'amiante chez Wanner Isofi⁴⁵, à Aubervilliers, Lucien Marache, dont la santé est « irrémédiablement compromise⁴⁶ », adresse dès 1977 une alerte à Simone Veil, alors ministre de la Santé, pour dénoncer son employeur et son médecin du travail. Il l'accompagne de la liste des noms de quinze de ses collègues décédés et de douze autres malades : « *Si cette lettre pouvait éviter d'autres cas, j'aurais au moins atteint un but*⁴⁷. » En revanche, c'est seulement au début des années 2000 que Abdelhak Zombo, alors âgé d'une quarantaine d'années, agent technique dans un hôpital de Seine-Saint-Denis et membre du CHSCT, découvre le risque amiante dans son travail : « *C'est tout récent et pour moi c'est une grande surprise. C'est à l'occasion d'un audit en 2005 dans l'établissement, mais avant ça, aucune information n'avait circulé*⁴⁸. » Dans ces deux cas, la proximité avec l'amianté n'est pas la même, le savoir d'expérience non plus : Lucien Marache travaille directement en prise avec un matériau amianté qu'il projette contre les murs et plafonds, ses habits de travail en sont recouverts⁴⁹, plusieurs collègues sont décédés ou malades ; Abdelhak Zombo, lui, ne travaille pas avec l'amianté, mais ses activités le font intervenir dans des environnements qui peuvent en contenir (faux-plafonds, plâtre des murs, peinture...). Il paraît donc impossible de généraliser l'état d'une connaissance et d'un savoir sur les dangers de l'amianté sans tenir compte des micro-conditions d'accès au savoir.

1.2.1.2. *Des expositions insoupçonnées :*
 « *Je n'ai jamais travaillé dans l'amianté !* »

Le mouvement des victimes de l'amianté et ses recours judiciaires ont largement contribué à rendre visibles dans l'espace public les caractéristiques mortifères de ces fibres, à partir du milieu des années 1990. Cette connaissance est aujourd'hui largement partagée. Mais une autre forme d'ignorance fait obstacle au recours au droit à réparation : celle d'ignorer avoir été exposé à l'amianté.

L'exemple de M. Lorcy est particulièrement significatif à cet égard. Lorsque cet homme de 74 ans, cadre commercial à la retraite, apprend qu'il est atteint d'un cancer broncho-

⁴⁴ Il serait d'ailleurs intéressant de réaliser, à partir de plusieurs monographies, une cartographie historique du savoir d'expérience sur les dangers de l'amianté, dans les différents bassins d'emploi concernés. L'appréhension de ces dangers pourrait par exemple être mise en perspective à partir du cas des mineurs d'amianté à Canari (années 1950), en Corse, les travailleurs de Ferodo à Condé sur Noireau, dans le Calvados (années 1970-80) et les artisans plombiers d'aujourd'hui.

⁴⁵ Wanner-Isofi, entreprise qui avait repris Ferodo et se nomme aujourd'hui Kaeffer.

⁴⁶ Lettre de Lucien Marache à Simone Veil, 7 novembre 1977 : image d'un entretien filmé que j'ai mené avec sa fille, Aline Fabre, en 2006, dans le cadre de la Biennale pour l'environnement en Seine-Saint-Denis [Support vidéo, archives personnelles]. Lucien Marache est décédé en 1980, à l'âge de 59 ans, d'un cancer bronchopulmonaire.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Entretien avec Abdelhak Zombo, 2006, dans le cadre de la Biennale pour l'environnement en Seine-Saint-Denis [Support vidéo, archives personnelles].

⁴⁹ Ce bleu de travail recouvert de poussière d'amianté est à l'origine de la contamination de la femme et de la fille de Lucien Marache qui, toutes deux en décéderont à plusieurs années d'intervalle. Aline Fabre est décédée d'un mésothéliome en 2011. Voir Fanny Doumayrou, « Amianté, la mort en héritage », *l'Humanité*, vendredi 19 mars 2010.

pulmonaire, il pense immédiatement à sa consommation de cigarettes, interrompue depuis une vingtaine d'années : « 30 cigarettes par jour de 1950 à 1992 ». Mais le pneumologue est catégorique : M. Lorcy aurait été exposé à l'amiante.

« Quand j'ai appris ça, à l'hôpital, j'ai pris une drôle de claque. Je n'ai pas voulu y croire. J'ai dit au médecin "mais je n'ai jamais travaillé dans l'amiante !" J'en étais persuadé. J'ai dit "non, il n'y a pas de raison". Il m'a répondu "si, ça se voit sur la radio". Et sur les prélèvements, au microscope, ils avaient trouvé de l'amiante. » [Journal de terrain, mai 2010]

Confronté à cette information pour lui improbable, M. Lorcy effectue alors une plongée mémorielle, revenant sur les différentes étapes de son parcours professionnel. Retraité depuis 20 ans, il a été cadre commercial durant les 14 années qui ont précédé sa pré-retraite. Mais auparavant, il a exercé le métier d'ouvrier miroitier depuis son retour du service militaire, en 1956, jusqu'à sa promotion, en 1975. Il mobilise Internet, surfe sur une masse de documents et s'arrête sur un répertoire de produits contenant de l'amiante⁵⁰ qui évoquent une activité qu'il a fini d'exercer 34 ans auparavant.

« Alors, j'ai cherché et j'ai trouvé la marque du mastic que j'utilisais. Ce mastic, j'en ai tellement remué, des tonnes ! On le pétrissait à la main, on mettait une poudre verte, très fine, qui servait de durcisseur et on remuait, on remuait. J'ai fait un chantier d'un an, à Gonesse, avec 600 logements, il a fallu remuer 35 tonnes de mastic mélangé. Ça faisait beaucoup de poussière. Il fallait pétrir des tonnes de mastic, pendant des heures et des heures. Il fallait en faire des grosses boules. Avec mon beau-frère, on a fabriqué et posé tous les joints de fenêtre. Pour poser les vitres, le mastic était rentré au couteau. J'en avais plein les mains et entre les ongles. Mes bleus de travail étaient tellement raides à la fin de la journée qu'on ne pouvait pas les plier. Ils ont fait une liquidation, j'ai pas voulu rester. Mais avec la boîte qui m'a embauché ensuite, on a eu le contrat d'entretien pour les vitres de ce lotissement. [...] Mon beau-frère, il est décédé il y a 3 ans, je ne sais pas de quoi parce qu'on s'est perdu de vue. J'aimerais bien savoir... » [Journal de terrain, mai 2010]

Bien au fait du caractère cancérigène de l'amiante, M. Lorcy ne pouvait pas soupçonner que ce minéral avait pu prendre la forme d'une poudre verte utilisée pour durcir le mastic. Ayant toujours ignoré avoir travaillé au contact de l'amiante, il ignorait donc tout des risques qu'il encourait. La réaction d'un des membres du collectif d'experts lors de la séance consacrée au parcours de M. Lorcy illustre à cet égard une situation inversée :

« Bingo ! Je savais que ça existait le mastic amianté, mais je n'avais jamais encore croisé le cas. Et là, c'est un monsieur qui faisait les mélanges, en plein dedans ! » [Journal de terrain, expertise du 3 mars 2010]

⁵⁰ *Amiante, les produits, les fournisseurs*, INRS, ED 1475, 4^e édition, novembre 2014. En ligne sur www.inrs.fr/media.html?reflNRS=ED%201475. Voir aussi http://andeva.free.fr/expositions/gt_expos_produits.htm [consulté le 26 décembre 2015].

Pour cet expert, informé de l'existence de mastic amianté, le cas de M. Lorcy fait figure de « preuve⁵¹ » ; ses connaissances jusqu'alors théoriques trouvent matière à s'incarner dans les gestes et procédés de travail de ce miroitier-vitrier.

Sans l'intervention de son pneumologue à l'appui d'éléments de preuve irréfutables comme la présence de fibres d'amiante visibles dans ses poumons⁵², M. Lorcy n'aurait jamais accompli cette recherche documentaire ni pu relier sa maladie à son travail. Encore a-t-il eu la possibilité d'accéder à cette liste et qu'elle mentionne le mastic qu'il utilisait. Convaincu de son exposition professionnelle, il exerce son droit à réparation en fournissant les éléments de preuve d'exposition collectés au cours de son enquête et obtient rapidement la reconnaissance de son cancer « au titre de la législation sur les maladies professionnelles ». Mais, quelques mois plus tard, au moment de l'échange qui suit, le choc est toujours là : celui d'avoir été victime, non de son ignorance, mais d'un déficit d'information, qui concernerait également selon lui les habitants qui résident dans les 600 logements dont il a monté les vitres, plus de 40 ans auparavant :

« Faut l'encaisser le coup quand on vous l'annonce. Je vous dis, c'est dur ! C'est une vacherie ! Sur Gonesse, j'ai travaillé un an et je passe encore devant. Les gens habitent toujours dedans, ça s'appelle Orly Parc, et l'amiante est toujours là. Je passais devant à chaque fois que j'allais à mes séances de radiothérapie, ça me faisait quelque chose, mon dieu, c'est là-dedans que j'ai attrapé ça. Voilà, j'ai travaillé toute ma vie et je me suis pourri la vie avec cette putain d'amiante. J'ai été vraiment étonné quand le médecin me l'a dit. Je ne me suis jamais arrêté beaucoup. Dans toute ma carrière, peut-être deux mois pour une pleurésie. D'ailleurs, à y penser, c'était peut-être déjà ça. » [Journal de terrain, juillet 2010]

En faisant le lien entre son travail et sa maladie, M. Lorcy réalise dans le même temps l'injustice de la situation. Alors que ses employeurs successifs n'ont pas eu à subir d'absentéisme de sa part, c'est au détriment de sa retraite que survient cette maladie, comme rappel du travail effectué.

1.2.1.3. *Un espace de contamination aux limites floues*

Dans son processus de prise de conscience d'un préjudice, M. Lorcy bénéficie d'une série de circonstances particulières et relativement exceptionnelles : la présence de fibres d'amiante dans ses poumons et la mention du mastic qu'il utilisait dans un inventaire de produits amiantés accessible au public. La stabilité dans le temps des marques, des noms commerciaux conjuguée à l'instabilité des compositions contribuent à brouiller

⁵¹ J'emprunte ce terme à Josette Roudaire, ancienne de l'usine d'amiante Amisol qui, relatant la rencontre des ouvrières de cette entreprise avec Henri Pézerat, alors chercheur à Jussieu explique : « Henri avait le savoir et nous on avait le vécu. Le vécu expliquait le savoir, le savoir confortait le vécu. On était la preuve. » Voir Inès Léraud et Guillaume Baldy, « Henri Pézerat, l'homme de l'amiante : le temps des prises de conscience », *Sur les docks*, France Culture, 31 mars 2010.

⁵² Lorsque des fibres d'amiante ou de silice inhalées se déposent dans les membranes pulmonaires, il est parfois possible de les identifier, en cas de biopsies ou autres prélèvements, par examen des échantillons au microscope, quand elles n'ont pas été éliminées naturellement. Cette situation demeure très rare et, *a contrario*, l'absence de fibres ne signifie pas que la personne n'ait pas été exposée à l'amiante. Les autres cancérogènes ne laissent, eux, aucune signature spécifique.

l'information et à rendre le risque cancérigène invisible. Ainsi, le mastic qu'utilisait M. Lorcy, le Perrenatorwerk© ou le Perrenator©, est-il toujours présent sur le marché, avec la mention « sans présence d'amiante⁵³ » : sauf à parvenir à recontextualiser l'histoire d'un produit et de ses composants, il est donc particulièrement aisé pour les travailleurs d'ignorer le risque auquel ils ont pu être exposés, même lorsqu'il s'agit du cancérigène le plus connu et le plus médiatisé.

Dans le cadre de l'enquête du GISCOP93, il est d'ailleurs très fréquent que l'identification de la présence d'amiante dans les procédés de travail ou d'équipements de protection soit le fait du collectif d'experts : tel ouvrier en fonderie, convaincu que ses gants pour saisir les louches de métal en fusion étaient en cuir, découvre que c'était de l'amiante, tel ouvrier couvreur apprend que le bitume qu'il appliquait sur les toits était amianté ; tel tapissier que les tentures murales qu'il posait étaient en tissu amianté, pour protéger du feu. Le risque d'exposition à l'amiante en toute ignorance n'est pas propre aux décennies passées. Aujourd'hui encore, les professionnels du bâtiment ou qui interviennent sur des équipements anciens peuvent ignorer être exposés à l'amiante. Une récente étude menée par l'INRS auprès d'entreprises artisanales de plombiers chauffagistes montre qu'un tiers de ces travailleurs étaient exposés à l'amiante dans leurs interventions ; 40 % d'entre eux « pensaient ne jamais avoir été en contact avec des fibres d'amiante⁵⁴ » et 63 % n'avaient jamais mis en œuvre de moyens de prévention.

À ce jour, il n'existe aucun inventaire centralisé et exhaustif qui permette d'identifier la présence d'amiante dans les multiples compositions auxquelles il a été associé : colles, colles de plinthe, colles de carrelage, plâtre, peinture, mastic, dalles de sols, ragréages, fibrociment, certains fils électriques... « J'ai encore des surprises tous les jours, je trouve des matériaux que je ne pensais pas amiantés et qui en fait le sont », constate ainsi Sylvie Zannotti, architecte « chasseuse d'amiante », comme elle se définit elle-même⁵⁵. La brochure éditée par l'INRS sous le titre *Amiante, les produits, les fournisseurs* avoue les limites de ses ambitions. Elle se présente encore, dans son édition la plus récente, comme une « liste, non exhaustive, établie par l'Inrs avec les fabricants, de produits et de matériaux contenant de l'amiante susceptibles d'être présents dans des bâtiments ou des équipements⁵⁶ ». À la ligne du mastic utilisé par M. Lorcy, il est inscrit « amiante jusqu'en 1983 », suivi d'un astérisque qui renvoie à cette mention : « non renseignée après cette date ». L'absence d'information ne signifie donc pas que l'amiante a disparu de la composition de ce mastic, mais seulement qu'il manque l'information en

⁵³ Pour exemple, www.adler-sa.fr/catalogue/catal_fr/catalogue_fiche.asp?REF=37004X [consulté le 9 juillet 2016].

⁵⁴ Céline Eypert-Blaison et al., « Amiante : un badge pour améliorer la perception du risque », *Hygiène et sécurité du travail*, n° 234, janvier-février-mars 2014, p. 46-50.

⁵⁵ Emmanuel Roy, *La Part du Feu*, Shellshock, 88 mn, 2013 (documentaire).

⁵⁶ Souligné par moi. *Amiante, les produits, les fournisseurs*, INRS, ED 1475, 4^e édition, novembre 2014. En ligne sur www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%201475 [consulté le 2 septembre 2016].

provenance des fabricants pour le savoir. Ainsi, l'information donnée au public sur le caractère amianté de nombreuses compositions dépend-elle des fabricants eux-mêmes.

Vingt ans après la disparition du Comité permanent amiante (CPA) créé par les industriels de l'amiante et actif promoteur de la notion « d'usage contrôlé », il s'avère ainsi impossible de parvenir à identifier toutes les compositions et tous les espaces où l'amiante soumet encore les salariés à ses dangers. L'espace de contamination est incernable. L'évolution des outils techniques d'évaluation de la présence de fibres d'amiante dans l'atmosphère révèle même des niveaux de contamination jusqu'alors indécélables. Le recours à la microscopie électronique à transmission analytique (META) a ainsi permis, en 2010, d'identifier sur des chantiers de désamiantage des fibres courtes et fines⁵⁷ qui échappaient autrement au dénombrement. Face à ces fibres, aucun équipement de protection ne serait aujourd'hui adapté pour garantir la préservation de la santé, notamment des salariés affectés au désamiantage⁵⁸, plus particulièrement dans le cas des plâtres amiantés riches en fibres fines. Plus encore, selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), même « si les performances des filtres s'améliorent, il n'en reste pas moins que le problème de l'étanchéité au visage demeure et que ce phénomène est encore actuellement peu étudié en situation réelle ; plusieurs auteurs s'attachent à étudier des fuites induites (perçement de la pièce faciale, valve défectueuse, etc.) mais ne s'attachent pas à étudier les caractéristiques de la fuite au visage⁵⁹ ». La situation est si incertaine que plusieurs organisations syndicales d'inspection du travail appellent leurs adhérents à ne plus remplir leurs missions de contrôle sur certains chantiers. Sud Travail recommande ainsi fortement aux agents de « refuser cette mise en danger légalisée, et par conséquent de ne pas entrer en zone sur les chantiers de désamiantage⁶⁰ ». Deux experts de l'INRS admettent ainsi toute l'acuité du risque cancérigène lié à l'amiante :

« Certes, les années passant, les dernières utilisations massives de l'amiante en France s'éloignent, mais l'omniprésence du matériau dans notre environnement, l'invisibilité d'une partie du risque, la difficulté d'appliquer certaines mesures de la réglementation, le manque de conviction de certains acteurs ainsi, bien sûr, que le temps de latence très long avant l'apparition de certaines pathologies (cancers pulmonaires et mésothéliomes) font que le sujet reste d'actualité⁶¹. »

⁵⁷ On distingue plusieurs types de fibre d'amiante, selon leur taille : les FFA, fibres fines, les FCA, fibres courtes et les « fibres OMS ». Voir sur www.anses.fr/fr/content/fibres-courtes-d-amiante [consulté le 14 juin 2013].

⁵⁸ Voir la synthèse établie par l'INRS de la « Campagne de mesures par microscopie électronique à transmission analytique » en ligne à cette adresse : www.inrs.fr/actualites/campagne-META.html [consulté le 8 septembre 2016].

⁵⁹ ANSES, « Moyens de protection des travailleurs aux fibres courtes et fibres fines d'amiante », 2016, en ligne sur www.anses.fr/fr/content/moyens-de-protection-des-travailleurs-aux-fibres-courtes-et-fibres-fines-d-amiante [consulté le 15 septembre 2016].

⁶⁰ Fédération Sud Travail, Affaires sociales, « Le scandale de l'amiante : travailleurs du privé et du public même combat ! », Tract du 10 janvier 2013 en ligne sur http://sud-travail-affaires-sociales.org/IMG/pdf/TractAmiante_SUD_janvier_2013.pdf [consulté le 4 août 2016].

⁶¹ Michel Héry et Pierre Goutet (dir.), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, Les Ulis, INRS et EDP sciences, 2015, p. 8.

Confirmant les travaux portant sur les régimes de perceptibilité, l'accompagnement de salariés et anciens salariés dans leur accès au droit à réparation démontre que la perception du risque dans le cas de l'amiante n'est pas établie auprès de tous ni une fois pour toutes. L'apparition de nouveaux instruments de mesure éclaire un nouvel espace de risques jusqu'alors invisibles. Si l'on considère l'amiante comme un « excellent "traceur" des risques cancérigènes en milieu de travail [...], il est extrêmement peu vraisemblable que la situation soit meilleure pour les autres cancérigènes professionnels⁶² ».

1.2.2. Au-delà de l'amiante : un faible savoir sur les risques cancérigènes

À partir de cet exemple construit autour du cancérigène bénéficiant de la plus forte visibilité sociale, il est possible de mesurer, en miroir, combien les enquêtés ignorent le caractère cancérigène des autres substances avec lesquels ils ont pu être en contact. D'un patient à l'autre, les procédés de travail tout comme la réglementation en vigueur ont bien sûr pu largement différer. Ils ont exercé leurs activités à des époques différentes – nés entre 1923 et 1979, certains d'entre eux ont même commencé à travailler avant la Seconde Guerre mondiale – et dans plusieurs cadres nationaux : des ouvriers d'origine italienne, yougoslave, portugaise, espagnole, tunisienne, algérienne, marocaine ont pu débiter leur parcours de travail dans leur pays de naissance avant de rejoindre la France. Quelles que soient leurs périodes d'activité, ils ont travaillé avec des substances dont ils ignoraient la nature cancérigène et qu'ils ignorent encore aujourd'hui pour la plupart.

Hormis l'amiante, dont l'usage est interdit depuis janvier 1997, aucun autre agent cancérigène n'a fait l'objet d'une interdiction. Si les cancérigènes font aujourd'hui l'objet de recommandations d'usage plus ou moins contraignantes – notamment en terme d'information à délivrer aux salariés et de valeurs limites d'exposition –, celles-ci s'inscrivent dans des textes réglementaires relativement récents et fort peu publicisés. Hormis l'amiante, les 54 agents (ou groupes d'agents) cancérigènes retenus par l'enquête du GISCOP93 sont l'objet d'une importante « méconnaissance sociale⁶³ », même si l'on réduit la liste à ceux qui concernent le plus grand nombre de patients de l'enquête : la silice, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), le benzène (dans les mélanges), les solvants chlorés, les fumées de soudage, les gaz d'échappement diesel et le plomb, auxquels s'ajoutent, plus spécifiquement pour les femmes, le formol et le tabagisme passif.

⁶² Marcel Goldberg et Ellen Imbernon, « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail ? » Le rôle de l'Institut de veille sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2008, p. 23.

⁶³ Emmanuel Henry, *Un scandale improbable...*, mémoire. cité, 2000, p. 34.

1.2.2.1. *Le collectif d'experts du GISCOP93 : un rôle essentiel*

L'observation des séances d'expertise du GISCOP93 au cours desquelles les parcours de travail sont analysés offre une mesure de cette méconnaissance. L'extrait ci-dessous est particulièrement significatif. L'un des membres du collectif d'experts, hygiéniste industriel, rend compte à ses collègues du parcours qu'il vient d'étudier :

« Celui-là il était un peu bizarre. Premier emploi, une forge, il fait du soudage, donc fumées de soudage et j'ai mis de l'amiante, il ne le signale pas, il n'en parle jamais, mais je ne vois pas comment il n'en aurait pas eu. C'est quand même curieux... J'ai aussi un problème avec le deuxième emploi, il fait le réglage des presses et il les teste : il dit qu'il y a beaucoup de bruit mais pas de fumée et pas de poussière et pas de produit utilisé. Mais, pour moi une presse, il y a de l'huile, donc des HAP, pas de fumée et pas de poussière, entre 1962 et 1968, c'est bien curieux, bien qu'il ne le dise pas, ce n'est pas possible autrement, la machine était grasse...

Enquêtrice : Ceci dit, il se faisait disputer par sa femme, elle remarquait qu'il ne disait pas grand-chose, elle le titillait en lui disant "ils sont là pour toi", mais il nous a dit que ça...

Après, dans le troisième emploi, il est tourneur, il fait des boulons pour les voitures, il dit "rien à signaler". Je suis encore désolé, je lui ai mis des fluides d'usinage, ce n'est pas précisé mais... Ensuite, quand il travaille pour son beau-père, là il commence à reconnaître qu'il a peut-être été exposé à quelque chose : fumées de soudage pendant 27 ans, solvants chlorés pendant 27 ans, il le dit lui-même. Et il travaille sur des pétroliers donc j'ai mis du benzène parce que du pétrole sans benzène c'est rare et il y a des pétroliers qui transportent du benzène pur. [...] Voici quelqu'un qui a été exposé et qui n'a pas l'air de... C'est quand même un peu curieux, il travaille à la presse, il n'y aurait pas d'huile, il est tourneur, il n'y aurait pas de fluide d'usinage... » [Retranscription de l'enregistrement de la séance d'expertise du 4 juillet 2007]

Dans les années 1960 et 1970, la cancérrogénicité des huiles de coupe et des fumées de soudage n'avait pas encore été scientifiquement établie et institutionnellement admise. Il n'est donc pas étonnant que le patient ignore alors le risque cancérogène encouru au contact des substances avec lesquelles il a travaillé. La surprise exprimée par l'hygiéniste industriel repose davantage sur les non-dits du patient. Relatant son activité de travail, quarante ans après l'avoir exercé, celui-ci ne fait aucune mention des huiles de coupe et fluides d'usinage, pourtant au cœur du fonctionnement des presses et des tours à métaux qu'il utilise. Sans doute que leur présence est d'évidence pour cet ancien salarié, ces liquides font corps avec la machine, ils n'ont pas de réalité qui leur soit propre. De la même façon, signaler l'existence de fumées de soudage peut relever de l'incongruité pour un soudeur, sauf à vouloir témoigner des gênes relatives à son activité. N'existant pas en elles-mêmes, elles échappent à son histoire du travail. Elles n'apparaissent pas à ses yeux comme des « expositions », encore moins comme un risque.

Ce retour sur la séance d'expertise permet de rendre compte du processus d'identification des cancérogènes par le collectif d'experts du GISCOP93, des savoirs mobilisés, jusqu'à parvenir à reconstruire les conditions de l'exercice du travail, omises par le patient, parce que naturalisées. Lors de ces séances, le décalage entre la

connaissance des experts et celle des patients sur les risques encourus se révèle souvent dans toute sa crudité. Dans cet autre extrait d'une séance d'expertise, l'un des experts lit à voix haute le travail d'un patient tel que celui-ci l'a décrit : ouvrier dans une entreprise de fabrication de batteries pour automobile dans les années 1960, il « alignait des plaques dans une boîte. Cette boîte partait ailleurs dans l'atelier et on y versait de l'acide (il ne sait pas de quel type). Il ne sait pas en quoi étaient faites ces plaques, cependant il explique qu'elles étaient marron clair et qu'elles s'effritaient assez facilement, dégageant des miettes⁶⁴. » Un autre expert réagit :

« Il ne sait pas de quel type est l'acide, ben moi je sais ! De l'acide sulfurique ! » [Quelques lignes plus loin] « Il ne sait pas en quoi étaient faites ces plaques, ben moi je sais ! C'est la première fois qu'on met [dans les fiches d'exposition] du styrène, monomère du polyester, un neuro-toxique⁶⁵. » [Journal de terrain, mai 2010]

Le plus souvent, les patients et/ou leur famille ne prennent donc connaissance de leurs expositions cancérigènes qu'au terme de l'expertise du GISCOP93. Sans celle-ci, qui représente alors le principal vecteur d'information sur les risques cancérigènes auxquels ils ont été confrontés, ils seraient nombreux à ne pas parvenir à concevoir de liens entre leur travail et la survenue de leur maladie.

1.2.2.2. *De multiples freins à l'identification des expositions*

Cette expertise ne peut toutefois s'effectuer qu'à l'appui de la mémoire des patients, de leur capacité à décrire leur travail, de leur force de précision. Un parcours professionnel « haché », constitué d'une succession de courtes périodes d'emploi, à des postes différents, de changements d'activité ou d'une large polyvalence de tâches se prête moins au récit descriptif. Le souvenir de la présence de certaines substances dans le procédé de travail peut s'effacer d'autant plus que la confrontation avec elles aura été de courte durée.

M. Benbara par exemple a cumulé vingt-neuf employeurs différents sur ses trente-et-une années d'activité professionnelle. Il a commencé à travailler dès l'âge de 13 ans, en Algérie, à la pêcherie du Port, où il découpe des poissons. Il rejoint la France en 1965 et s'occupe d'abord de l'entretien d'espaces verts, de jardins, pour des particuliers. Il est ensuite ouvrier agricole dans une exploitation agricole de Seine-Saint-Denis, puis manœuvre en bâtiment, terrassier, avant de devenir peintre en bâtiment pour une vingtaine d'employeurs successifs, de 1970 à 2002. Durant ce parcours haché, les périodes qui se succèdent vont de quelques jours à deux ans, pour la plus importante. Il décrit son activité de la même façon sur toute la période, se souvenant des récurrences davantage que des dissemblances⁶⁶. Le collectif d'experts identifie une exposition à neuf cancérigènes différents au cours de ce parcours, en ignorant les premiers emplois, insuffisamment renseignés.

⁶⁴ Toutes les descriptions de ce parcours de travail sont extraites du parcours de RBA PNO 09045, entretien de février 2010 [Archives GISCOP93].

⁶⁵ Le styrène est classé cancérigène possible pour l'homme par le CIRC.

⁶⁶ Reconstitution du parcours MFE PNO 12017 [Archives GISCOP93].

Un patient qui a exercé différentes activités successivement, dans une grande polyvalence, peut avoir tendance à s'attacher davantage à l'activité dans laquelle il s'est investi le plus longtemps et à oublier ce qui a pu n'être vécu que comme des parenthèses dans son parcours. Le récit de la période d'apprentissage notamment peut être négligé ou imprécis. Et pourtant, l'âge et le cumul d'expositions, même courtes et faibles, prennent sens dans le processus de cancérogénèse. L'impact de ces expositions est d'autant plus important que l'exposition est précoce – dès l'âge de 14 ans pour les apprentis – ou lorsque les expositions sont nombreuses, successivement, au fil du parcours, ou simultanément, au même poste. La polyexposition est d'ailleurs massive dans l'enquête : une majorité des patients a été exposée à plusieurs cancérogènes, au moins trois pour 64 % des hommes et 16 % des femmes. Enquêtrice durant plusieurs années au GISCOP93, Flavienne Lanna note également que :

« La difficulté de se souvenir des détails d'un grand nombre d'activités dans chacun des emplois et des postes peut être soulevée, mais l'hypothèse d'une certaine dévalorisation de soi en tant que travailleur peut être évoquée dans ce cas. Ainsi, certains patients se montrent rétifs à décrire des activités socialement considérées comme dégradantes, notamment ceux ayant occupé les positions les plus subalternes de la division sociale du travail⁶⁷. »

Aux inégalités face à la maladie, à la maîtrise de la langue ou au contenu du travail, se surajoutent alors en aval des inégalités dans les possibilités de dévoilement du contexte cancérogène. Pour les patients de l'enquête du GISCOP93, le contexte de l'entretien est déterminant, il est situé dans l'espace de la maladie, des traitements. Selon l'état de fatigue du patient, l'existence d'atteintes cérébrales ou non, le travail de remémoration sera plus ou moins facilité. D'autres situations limitent les possibilités d'élocution comme la maîtrise linguistique ou les séquelles d'opération (trachéotomie ou ablation de la langue⁶⁸). À la lecture d'un parcours, il arrive que les experts avouent leur impuissance :

« Il y a sûrement autre chose mais on ne peut pas en dire beaucoup plus à partir de ce qu'on a. »
 « Préparateur de peinture, il ne dit pas grand chose. Entre 1957 et 1958, il a pu en préparer des spéciales, mettre de l'amiante dedans ou des HAP, mais je n'ai aucune information là-dessus donc je m'en tiens à benzène dans les solvants, chromates et plomb. Il y a peut-être autre chose mais là, sans élément je ne peux rien dire... » [Retranscription des enregistrements de séances d'expertise 2007]

Ils peuvent également, et le chapitre suivant en rendra compte, être confrontés à des univers de travail très éloignés de leur champ de compétence et de connaissance, relevant du secteur public par exemple ou de la sous-traitance. Ils doivent également composer avec des manques importants, comme le déficit d'études, notamment

⁶⁷ Flavienne Lanna, « Du travailleur au malade... », art. cité, 2013.

⁶⁸ *Ibid.*

épidémiologiques, portant plus spécifiquement sur les risques cancérigènes des femmes au travail⁶⁹.

Méconnue par les patients, la présence d'expositions cancérigènes dans l'activité de travail ne peut alors qu'être sous-estimée par le collectif d'experts dont les compétences ne peuvent pallier l'absence d'une mémoire institutionnelle des expositions, d'autant plus qu'en amont, aujourd'hui encore, comme en rend compte la dernière étude Sumer sur les conditions de travail, les « expositions aux produits de dégradation libérés en grande quantité » – comme les fumées (d'huile, d'essence...) et les poussières (de bois, de silice, de nickel...) – « demeurent difficiles à maîtriser techniquement⁷⁰ ». Des travaux récents sur la prévention des risques cancérigènes dans les entreprises attestent de la persistance d'une difficulté, pour les salariés et leurs représentants, à identifier ces risques « diffus⁷¹ » résistant à l'objectivation et marqués par « l'incertitude : incertitude de leur expression, incertitude de leur temporalité et même parfois de leur dangerosité⁷² ».

La transmission aux patients des résultats de l'expertise de leur parcours par le collectif d'experts du GISCOP93 joue un rôle essentiel dans leur processus de « réalisation » – pour reprendre les termes de Felstiner – d'un préjudice. Mais savoir qu'ils ont été exposés à un ou des cancérigènes ne suffit pas à l'engagement dans le recours au droit, il leur faut parvenir à l'admettre. Les caractéristiques de l'univers professionnel peuvent y faire obstacle.

2. Les ambivalences du travail, écran à la connaissance des risques

Comment parvenir, à partir des témoignages d'aujourd'hui, à saisir l'univers de perception du risque cancérigène subi 20 à 50 ans en arrière ? La question a son importance : elle touche au processus de construction d'un sentiment de préjudice. En observant le processus de recours au droit des (anciens) salariés atteints de cancer et, notamment, les raisons qu'ils donnent à leur hésitation ou à leur refus de s'engager dans cette démarche, il est possible de repérer quelques indices sur ce qui a pu faire obstacle à la connaissance ou à la conscience du risque à l'époque. Leurs difficultés à « réaliser » aujourd'hui le lien entre leur travail et leur cancer dépendent aussi de leur

⁶⁹ Les femmes étaient ainsi absentes de 86 % des études portant sur les cancers professionnels au milieu des années 1990 : Shelia Hoar Zahm et al., « Inclusion of women and minorities in occupational Cancer Epidemiological Research », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, n° 8, août 1994, p. 842-847. Voir également Michèle Paiva, *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes. Une analyse à partir de l'enquête permanente du Giscop93*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Paris 8, novembre 2016.

⁷⁰ Marine Cavet et Martine Léonard, « Les expositions aux ... », art. cité, 2013, p. 6.

⁷¹ Arnaud Mias et al., *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*, Toulouse, Octarès, 2013, p. 1.

⁷² *Ibid.*, p. 20.

positionnement d'hier, au travail et dans sa division sociale. Elles ne relèvent pas toutes des mêmes mécanismes et dépendent des époques et des espaces professionnels, des cultures d'atelier ou d'usine parfois très spécifiques. Cependant, des échanges avec les patients ou leur famille émergent des facteurs qui relèvent tous de la « production d'une méconnaissance sociale⁷³ » des risques cancérigènes dans l'espace du travail.

La relation que les patients entretenaient avec leur travail apparaît déterminante, dans toutes ses ambivalences. Espace de subordination, d'assujettissement, le travail peut aussi être un espace d'attachement, un espace d'arbitrage entre des risques de différente nature et un espace où le risque dépend étroitement de la place qu'on occupe dans la division sociale du travail, tout comme sa marge de manœuvre pour y faire face.

2.1. Un espace de subordination

Connaître les dangers implique d'en avoir été informé par son employeur ou son médecin du travail ou d'avoir pu se construire un savoir d'expérience, la sienne en propre ou fruit de la transmission des anciens, difficile à élaborer dans le cas de risques à effets différés. Mais ces possibilités sont également fondamentalement contraintes par la relation de travail salarié qui, plaçant juridiquement le travailleur dans une relation de subordination à l'employeur, « a été, et demeure, définie comme une relation où l'un peut commander et où l'autre doit obéir⁷⁴ » : « Dans le contrat civil, la volonté s'engage ; dans le contrat de travail, elle se soumet », rappelle ainsi le juriste Alain Supiot. Le salarié, quelle que soit sa position hiérarchique dans l'entreprise, ne possède pas les moyens de production et, sauf à travailler dans le cadre d'une société coopérative ouvrière de production (SCOP), est tenu à l'écart des orientations, des décisions et des choix relatifs aux finalités et aux procédés de production. Parce que « dans la relation de travail, le travailleur, à la différence de l'employeur, ne risque pas son patrimoine, il risque sa peau », le droit du travail va d'abord se construire pour sauver cette dernière. Alain Supiot se livre ainsi à un large éventail des dispositions inscrites dans le *Code du travail*, qui « opèrent une saisine juridique du corps, de ses organes, de leur possible détraquement, de leur inévitable usure ». Cette sensibilité du *Code du travail* aux atteintes du corps par le travail renseigne en miroir sur la relation de pouvoir et d'autorité dans laquelle est saisi le salarié, relation façonnée par la tension originelle entre propriété des moyens de production et location de la force de travail, entre santé économique et santé des travailleurs.

⁷³ Emmanuel Henry, *Un scandale improbable...*, mémoire. cité, 2000, p. 34.

⁷⁴ Alain Supiot, *Critique du droit du travail*, Paris, Quadrige/PUF, 2002 [1994], successivement pour les citations qui suivent p. 109, p. 123, p. 68 et p. 70.

2.1.1. Le caractère cancérigène du travail : un savoir entravé

L'atteinte cancérigène est l'une des plus difficiles à saisir par les salariés et par les collectifs syndicaux. Denis Duclos, au terme de plusieurs enquêtes réalisées auprès de salariés de la chimie, relate ainsi au début des années 1980 :

« Il n'est [...] pas étonnant que le risque chimique, en dehors des brûlures, asphyxies ou malaises immédiats qu'entraînent les manipulations industrielles, ne se soit pas prêté facilement à la contestation ouvrière et syndicale. Sans même parler de fatalisme, l'aspect insaisissable, voire improbable de la cause incriminée, l'illisibilité du symptôme, son retard, sa relative rareté dans une communauté de travail atteinte par bien d'autres agressions physiques et morales, rendait sa transformation en objet de lutte fort aléatoire⁷⁵. »

Pour autant, sur mon terrain d'enquête, la volonté de savoir a pu prendre forme chez certains travailleurs dans plusieurs entreprises parmi les plus importantes en terme d'effectifs. Elle s'est heurtée à différents obstacles qui s'inscrivent tous dans ce rapport de subordination : le « secret des procédés⁷⁶ », la répression des militants, la minimisation voire l'occultation des risques.

2.1.1.1. Le « secret des procédés »

M. Kamar relate ainsi que durant son emploi de pistoletteur dans une entreprise de revêtement de métaux, entre 1981 et 1996, il ne connaissait pas les produits avec lesquels il remplissait son pistolet : « Les étiquettes originales étaient arrachées et les noms étaient codés avec des chiffres et des lettres [pour respecter le] secret de l'entreprise⁷⁷ ». Son évocation du secret industriel fait écho au témoignage d'un délégué CHSCT d'une usine de fabrication de balais d'essuie-glace, située dans le centre de la France. Après avoir relaté ses inquiétudes suite aux démangeaisons, aux céphalées, aux saignements de nez qui surviennent chez les ouvriers en charge aujourd'hui des opérations dans le four à bain de sel, il poursuit :

« Au CHSCT, nous avons fait une grosse enquête, mais nous nous sommes confrontés à un mur, l'employeur qui disait "Aujourd'hui, vous n'aurez pas la composition de la lame parce qu'on ne veut pas qu'elle tombe aux mains des concurrents". Non, mais c'est vrai ! C'est compliqué d'avoir la composition des produits, alors c'est compliqué quand même de savoir à quels risques sont exposés les salariés si on ne sait pas avec quel composé est fait le produit. »
[Assemblée générale de l'association Henri-Pézerat, avril 2013]

⁷⁵ Denis Duclos, « Syndicalisme et risque industriel : entre le militantisme et l'expertise. Le cas du groupe "produits toxiques" à la CFDT », *Culture Technique*, n° 11, 1983, p. 219.

⁷⁶ Le « secret des procédés », ou encore « secret de fabrique », protège les informations qui permettent de connaître les techniques de fabrication ou le contenu des activités de recherche-développement des entreprises, telles que la description des matériaux utilisés. Il est l'une des composantes du secret en matière commerciale et industrielle qui s'applique à toute personne morale dès lors qu'elle déploie son activité, en tout ou partie, en milieu concurrentiel, en application de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978 [source : Commission d'accès aux documents administratifs, www.cada.fr].

⁷⁷ Reconstitution du parcours MFE PNO 09022 [Archives GISCO93].

La mention du secret industriel est aussi présente dans les articles du *Code du travail* qui guident les médecins du travail dans leur activité de prévention⁷⁸, elle peut constituer une réelle entrave à l'accès au savoir pour les salariés⁷⁹. Autre mode d'entrave constaté, la répression syndicale dans un contexte de forte conflictualité.

2.1.1.2. *La volonté de savoir : une source de conflit*

Le nom d'une entreprise de traitement des métaux, notamment précieux, revient dans les parcours professionnels de plusieurs des patient-e-s du GISCOP93. Sur une surface de plus de 30 000 m², elle a employé jusqu'à 1 000 salariés au début des années 1960, avant de fermer ses portes au milieu des années 2000. Dans le tissu économique de la Seine-Saint-Denis composé majoritairement depuis les années 1970 de petites et très petites entreprises, celle-ci sort du lot : l'employeur doit ici composer avec les institutions représentatives du personnel (IRP) – CE et CHSCT –, des syndicats mobilisés, notamment la CGT, et fait l'objet, comme en témoignent les documents versés aux archives départementales de Seine-Saint-Denis, d'une surveillance relative aux installations classées Seveso II et d'un contrôle assez régulier de l'inspection du travail.

Les risques cancérigènes sont très présents dans les procédés de travail. Au moment de mon enquête, M. A., ancien militant syndical CGT et élu CHSCT dans cette fonderie, tente justement avec deux de ses anciens collègues de s'opposer au projet de démolition de leur ancienne entreprise : ensemble, ils alertent les pouvoirs publics et les riverains sur la nécessité d'un confinement, des risques qu'il y aurait à détruire sans précaution. Lorsque M. A., tente à ma demande de dessiner un plan du site, voici un extrait de son commentaire :

« Ici il y avait l'affinage, là, la métallurgie, là, la maintenance, l'entretien et là, il y avait le bois, là, des bureaux, là, des contacts, là, les magasins, ça ne va pas être assez grand... là, le laminage argent [il change de feuille], là, la tréfilerie et, entre les deux, un espace, là, vous avez les fonderies, on va les mettre comme ça, là, un atelier, avec des filières, des petits engins avec cône en carbure, on tire et on régule la section des fils, là, un autre bâtiment, l'or, le laminage et la fonderie or, les tubes, la bijouterie, parce qu'il y avait un étage – on tréfilait par exemple les montures de lunettes en plaqué or, j'en ai fait des kilomètres – là le platine... Ah, j'ai oublié, ici il y avait quelque chose d'épouvantable, la presse à pieds, il y a quatre copains qui sont morts, et un à 38 ans, on ne se voyait pas à 3 mètres, de la vapeur de cadmium, [...] et là, un atelier ultra dangereux avec des poudres de nickel, ici un autre, mais je ne pense pas que..., le chlorure d'argent, j'ai beaucoup cherché et je pense que c'est peu dangereux par rapport au reste. » [M. A., entretien collectif fonderie métaux précieux mars 2012].

⁷⁸ « Le médecin du travail est tenu au secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués ayant un caractère confidentiel. » (Article R. 241-46 du Code du travail)

⁷⁹ Le secret industriel est également fortement intériorisé par de nombreux salariés et peut subsister au-delà de leur retraite. Ainsi, d'anciens salariés de Rhone-Poulenc Saint-Fons précisent-ils dès l'introduction d'un ouvrage qu'ils consacrent à cette entreprise qu'ils entendent respecteur le secret industriel même s'ils ont connu des épisodes très conflictuels avec leur employeur. Noël Aublanc et al., *Mémoires d'Usine (Rhone-Poulenc, St-Fons). Réalités, faits, soucis et humour de la vie quotidienne*, Éditions Claude Bussy, 1991.

Si cet ancien militant syndical parvient ainsi à reconstituer, plusieurs années après la fermeture de cette fonderie, une cartographie précise des risques cancérigènes auxquels étaient soumis les salariés selon les postes qu'ils occupaient et les espaces qu'ils traversaient, la connaissance dont cet ancien délégué rend compte ici résulte d'un long processus de collecte ; elle s'est construite en plusieurs séquences, mais surtout dans un contexte de très forte conflictualité avec l'employeur autour des conditions de travail.

La prise de conscience des dangers de l'amiante fut la première. Devant la reconstitution réalisée par le GISCOP93 du parcours d'une ancienne salariée de cette entreprise, ouvrière au début des années 1960 au laminoir or, exposée parce qu'elle travaillait avec des gants et sur un tapis d'amiante⁸⁰, M. B. réagit : « Et nous, comme des couillons à l'époque – je me souviens, j'étais au CHS – on réclamait des gants en amiante pour les fondeurs pour les protéger⁸¹. » M. A. prend le relais. Entré en 1974 dans l'entreprise, il prend conscience des dangers de l'amiante par la presse de son organisation syndicale, au milieu des années 1970. Il tente alors avec ses camarades une action dans la fonderie pour obtenir le retrait de l'amiante :

« C'était suite à Amisol, soutenu par *Antoinette*⁸². En 77, j'ai pris deux jours de mise à pied. On avait mené la bataille contre l'amiante. Le directeur nous avait dit "il n'y a plus d'amiante". On a été au magasin, on a demandé le livre [le registre comptable des fournitures], le responsable du magasin a refusé. Et c'est comme ça qu'on a eu la mise à pied. La bagarre juridique, ce n'était pas pour nous. Le taulier nous a dit "pourquoi vous ne vous battez pas contre les cigarettes ?", à l'époque, il y avait une usine Seita à Pantin. » [M. A., entretien collectif fonderie métaux précieux mars 2012].

La volonté d'être informé sur les risques pris en travaillant se heurte souvent à la résistance de l'employeur qui recourt alors aux modalités usuelles de répression syndicale pour faire taire ce qui fait figure pour lui de subversion. L'évocation du rôle du tabac participe ici clairement à disqualifier l'intérêt porté aux cancérigènes dans l'entreprise et à faire diversion.

2.1.1.3. *Entre minimisation et occultation*

Au-delà du secret des procédés et des formes de répression patronales, un autre mécanisme est à l'œuvre dans les entreprises, plus insidieux, moins direct, qui contribue à fabriquer de la méconnaissance sur les risques cancérigènes : la minimisation des risques par l'entreprise, leur occultation, voire leur négation.

⁸⁰ Reconstitution du parcours RBA PNO 11006 [Archives Giscop93].

⁸¹ Entretien collectif fonderie métaux précieux mars 2012.

⁸² M. A. évoque ici la lutte des ouvrières d'Amisol, à Clermont-Ferrand relaté par *Antoinette*, l'une des publications de la CGT, destinée particulièrement aux femmes.

M. Oubaali a exercé le métier de tôlier retoucheur durant 22 ans, entre 1969 et 1992, dans une vaste entreprise de l'industrie automobile comptant alors près de 4 500 salariés, l'usine Chausson de Gennevilliers. Il intervient sur les voitures pour souder des pièces manquantes et parfois, sur les chaînes de montage avec des pinces à souder ; il relate « qu'il y avait beaucoup de fumées de soudage dans l'atelier qui n'était pas ventilé. Il portait un écran facial et des gants. Mais rien ne l'empêchait de respirer les fumées [et] il s'est mis à vomir du noir, comme du goudron, quelques années après avoir quitté l'entreprise⁸³ ». Le collectif d'experts du GISCO93 identifie, pour cette activité, une longue exposition aux fumées de soudage.

La rencontre avec un ancien salarié de l'entreprise, responsable syndical CFDT, permet de lever le voile sur une exposition très spécifique à l'amiante, passée inaperçue aux yeux de ces experts⁸⁴. Elle révèle aussi les conditions dans lesquelles lui-même a pris conscience des dangers liés à ce cancérigène, fortement présent dans cette entreprise :

« Sur l'amiante et sa dangerosité, j'en ai pris conscience dans les années 70, parce que j'étais militant politique, au PSU, et on se souciait un peu de l'environnement. Et aussi en 1974, je crois, la Fédé de la métallurgie avait produit un petit fascicule sur l'amiante et ses dangers. Je me souviens, je travaillais alors sur Saint-Quentin [dans l'Aisne], qu'on avait eu une rencontre avec la chambre patronale et que, tout fiers, on avait sorti cette brochure en disant "voilà, faut qu'on fasse attention dans nos entreprises". C'était les patrons de la région qui étaient là, et on s'était fait ridiculiser, ils nous disaient "ça n'existe pas, l'amiante, il n'y a aucun danger, au contraire c'est un produit d'avenir". Je dois reconnaître que pour moi, c'était une prise de conscience plutôt théorique et que je n'avais pas le souci de regarder les produits que je manipulais dans les années 70, 75.

Ce n'est que vers les années 80 que les choses sont devenues concrètes. Pourquoi ? Parce qu'un camarade qui était mécanicien dans le même atelier que moi, aux presses, Amar Ben Tabet, avait constaté qu'on faisait remplacer les garnitures Ferodo qui étaient en Klingérite, un mélange d'amiante et de caoutchouc, par d'autres produits beaucoup moins performants qui s'usaient très très rapidement : sur les embrayages et les freins, il y a de gros disques, des embrayages de 2 m de diamètre, les disques se frottent les uns sur les autres, pour embrayer ou pour freiner et, à chaque fois, ça dégage de la poussière, de la chaleur, et on doit les remplacer régulièrement, au bout d'un millier d'heures. Amar s'est interrogé en disant "pourquoi on les remplace pour mettre des trucs bien moins performants ?" et la maîtrise nous avait répondu "ben, parce que c'est l'administration, c'est l'Europe ou j'sais pas qui, qui change de règles et voilà c'est toujours pareil, ils nous cassent les pieds".

On n'a pas eu véritablement des réponses jusqu'au jour [1994] où Amar, qui faisait de la course à pied, s'est rendu compte qu'il n'arrivait plus vraiment à courir, il a été voir son docteur, il a eu des examens et on s'est rendu compte qu'il avait un poumon atteint et là, ça a été collectivement un réveil, on s'est dit qu'il fallait que l'on regarde ce qui se passait dans cet atelier où il y avait toute cette poussière⁸⁵. »

⁸³ Reconstitution du parcours AVI ONC 09008 [Archives GISCO93].

⁸⁴ Se reporter au chapitre 6.

⁸⁵ Bernard Massera, intervention dans le cadre du séminaire « Des formes concurrentes ou complémentaires de l'expertise ? Mobilisations et production de connaissances pour l'intervention », 12 décembre 2014, Paris Dauphine.

Ce témoignage décrit finement les formes de perception des dangers de l'amiante et l'importance du positionnement social dans la compréhension du danger. Informé des risques cancérigènes liés à l'usage de cette fibre par l'intermédiaire des organisations politiques et syndicales auxquelles il est affilié, Bernard Massera n'en a toutefois qu'une compréhension « théorique » et n'a guère d'arguments à opposer aux employeurs lors de la rencontre régionale à laquelle il participe, à leur déni et à leur ironie. Renvoyé à sa place dans la division sociale du travail, son questionnement est disqualifié : douter de l'amiante « produit d'avenir », c'est se mettre en marge du progrès, de la modernité⁸⁶ et fragiliser l'emploi. La découverte d'un cancer broncho-pulmonaire chez un collègue, près de 20 ans plus tard, provoque une rupture, un « réveil », dans la représentation des poussières et de leurs effets : la prise de conscience jusqu'alors théorique prend soudain sens et lève le voile sur la stratégie d'occultation de l'employeur. Si le remplacement des matériaux de friction par d'autres de moins bonne qualité avait pu heurter la rationalité des mécaniciens en charge de l'entretien des presses, il correspondait en fait à de nouvelles obligations pour les employeurs – l'abaissement des valeurs limites d'exposition à l'amiante depuis le décret de 1977⁸⁷ – qui confirmait les risques sanitaires liés à l'inhalation de ces poussières. L'employeur n'en a pourtant pas informé ses salariés⁸⁸. Amar Ben Tabet se rappelle d'ailleurs qu'il « n'y avait jamais eu d'évaluation de l'empoussièrement dans l'atelier d'emboutissage⁸⁹. Les presses étaient dépourvues de système susceptible de pouvoir récupérer ces poussières très volatiles. Elles se déposaient partout, se confondant avec la couleur grise des machines⁹⁰ ». Aux questions posées par les syndicalistes, les cadres de la maîtrise rétorquent par l'évitement, convoquant le non sens de règles qui s'édicte bien loin des lieux de travail et ne correspondent à aucune réalité.

Saisis dans cette relation de subordination à l'employeur, les salariés le sont également dans une organisation du travail dont ils ne maîtrisent pas les tenants et les aboutissants, au sein de laquelle ils n'occupent qu'une fonction parcellaire et ne maîtrisent qu'un savoir partiel. Ce qu'André Gorz nomme la « division macro-sociale du travail⁹¹ », celle qui maintient à distance des salariés les procédés de production, les

⁸⁶ Céline Pessis et al., (dir.), *Une autre histoire des « Trente Glorieuses ». Modernisation, contestation et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte, 2013,

⁸⁷ La valeur limite d'exposition est fixée en 1977 à 2 fibres/cm³, puis régulièrement abaissée pour atteindre, en 1996, 0,1f/cm³. Elle est de 0,01f/cm³ depuis le 1^{er} juillet 2015 (décret de juin 2011).

⁸⁸ Plusieurs salariés de cette entreprise, atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante, gagnent d'ailleurs des décisions en faute inexcusable de l'employeur sur ce fondement.

⁸⁹ Cette situation n'est pas isolée : lorsque la question de l'amiante est fortement médiatisée en 1995, c'est aussi pour constater, comme un reportage *d'Envoyé spécial* en rend compte, que la réglementation de 1977 n'est pas ou très peu appliquée. Voir *Envoyé spécial* du 28 septembre 1995, France 2 (cité par Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007, p. 115). Voir également Jean-Claude Devinck, « Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977) », dans Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^e-20^e siècles)*, Rennes, PUR, « Pour une histoire du travail », 2011, p. 254.

⁹⁰ Bernard Massera et Daniel Grason, *Chausson : une dignité ouvrière*, Paris, Éditions Syllepse, 2004, p. 109.

⁹¹ André Gorz, *Métamorphoses du travail. Critique de la raison économique*, Paris, Gallimard, « Folio/essai », 2004, p. 97.

fournisseurs : « Chaque travailleur, groupe de travailleurs et unités de production, ne peut maîtriser qu'une fraction du savoir mis en œuvre dans les usines⁹². » Comme l'analyse Gilbert Mury, à propos des accidents du travail :

« En échange de son salaire, le système actuel demande au travailleur de se soumettre aux conditions matérielles de son métier. On ne lui laisse le choix, ni des emplacements sur lesquels seront installées les machines, ni des machines elles-mêmes, ni des outils qu'on met entre ses mains. Les espaces où il faut circuler, les masses qui passent dangereusement au-dessus de sa tête, les engins qui permettent le transport, la manutention ou le levage ne sont pas de sa propriété ; ils échappent par conséquent à son pouvoir d'organisation⁹³. »

Dans ce contexte, les conditions d'accès à la connaissance, mais aussi de résistance aux contaminations, au sein des murs de l'entreprise, sont fortement contraintes. Le cas de M. Boutef, l'un des plus jeunes patients du GISCOP93, peut l'illustrer. Ces quinze dernières années, il est ouvrier dans une entreprise de fabrication de moteurs d'avion – une multinationale –, et travaille au secteur fusion, au sein de la fonderie, dans un univers où sont présents de multiples cancérogènes. Il découpe les lopins de métal destinés à être fondus et en soude les chutes ; il découpe et pose des bandes de fibres céramiques réfractaires sur des moules ; il coule le métal dans différents types de four qu'il doit également nettoyer ; il démoule les pièces de métal de leur moule en fibres céramiques, il casse la carapace de fibres avec un marteau. Dans ce cadre, il « a pu être exposé à l'amiante, aux fibres céramiques et à la silice (cristobalite) ainsi qu'aux poussières métalliques (cobalt, nickel, chrome, etc.)⁹⁴ », estime le collectif d'experts du GISCOP93. La reconstitution de son parcours s'est réalisée grâce à ses collègues, M. Boutef étant décédé en quelques jours d'un cancer fulgurant, en 2013, à l'âge de 34 ans. L'accès à ses archives personnelles – il était élu CHSCT – permet de confirmer ces expositions. Elles rendent également compte des inquiétudes qu'il a pu, avec ses collègues, exprimer à l'égard des risques encourus au cours de l'activité de travail.

Leurs interpellations lors des séances de CHSCT apparaissent en effet constantes dès les premiers rapports disponibles, en 2002. L'abondance de poussières, par exemple, est constamment dénoncée. L'inquiétude est surtout dirigée contre les fibres céramiques et leurs poussières « que l'on voit à l'œil nu ». Les élus CHSCT évoquent les systèmes d'aspiration bouchés par les fibres, demandent un lieu de stockage pour les rouleaux de fibres avant de réclamer « l'abandon rapide des fibres céramiques dans les procédés de fabrication ⁹⁵ ». Selon eux, le risque d'exposition existe, même en portant les équipements de sécurité. D'ailleurs, les cagoules ventilées que doivent porter M. Boutef et ses collègues sont stockées dans l'atelier même, elles « sont infectées et, quand la

⁹² *Ibid.*

⁹³ Gilbert Mury, *Le sang ouvrier. Les accidents du travail*, Paris, Éditions du Cerf, « Objectifs », 1974, p. 7.

⁹⁴ Résumé d'expertise de RBA PNO 13046, décembre 2013 [Archives Giscop93].

⁹⁵ Rapport CHSCT fonderie du 13/06/2005, p. 20 [Archives privées Mme Boutef].

personne porte une cagoule, elle en respire encore plus⁹⁶ ». Le président du CHSCT tempère en affirmant la moindre nocivité de la nouvelle marque de fibres, dites « vertes ». Un élu s'en inquiète : « Nous en mangeons beaucoup plus parce qu'elle s'effrite beaucoup plus [...] et nous en mangeons 10 fois plus à la sortie du four, je ne sais pas si c'est mieux [que la standard]. » « Nous n'en savons rien⁹⁷ », lui répond le médecin du travail. La retranscription de la dernière séance de CHSCT à laquelle participe M. Boutef éclaire les termes du « dialogue social » au sein de ces institutions représentatives du personnel. Le bref extrait ci-après, consacré à la revendication – récurrente – d'un système d'aspiration, dont l'achat est renvoyé à l'année suivante, en rend compte pour une part :

M. Boutef. Ils travaillent donc sans aspiration jusqu'à 2012 ?

Le président. Étant donné le niveau d'exposition, cela ne paraît pas... il y a un renouvellement d'air dans la cabine. [...]

Élu 2. C'est un problème de coût ? De quoi ?

Le président. Oui, on est obligé de cadencer nos investissements. [...]

M. Boutef. Avant que les machines arrivent et qu'on les achète, les ouvriers ont été sondés, ils ont dit que tout était bien sauf l'aspiration et qu'il faudrait une aspiration dans le montage du projet. Il a été répondu que l'on verrait cela après et les étuves ont été installées sans aspiration. On l'avait demandé dès le début mais vous, vous êtes en train de me dire que cela n'a jamais été porté à votre connaissance, que ce n'était pas prévu comme cela et qu'on peut laisser aller. La fibre peut se balader dans l'atelier, c'est négligeable. [...]

Président. Si l'on constate que l'on est très inférieur au seuil, on est dans l'EPI [équipements de protection individuelle]. [...]

Élu 2. Sauf que l'on n'additionne pas les différents produits pour quelqu'un qui va travailler à l'emballage, en fusion, en décochage. On ne fait pas des analyses sur tous les produits qu'il respire et le mélange qui est absorbé par l'individu. C'est pour cela que des personnes sont venues nous voir pour nous demander s'il était possible d'avoir une aspiration [...].

[La discussion se poursuit sur le nettoyage des fours et la revendication, là encore, d'une aspiration. Le président refuse ou renvoie au calcul du taux d'empoussièrement.]

Président. C'est simple, c'est d'aller dans un autre secteur. [...] Ce sont des opérations qui sont effectivement difficiles et salissantes. [...] S'ils ne veulent plus faire ce nettoyage et si l'opération de nettoyage est insupportable, vous pouvez aussi chercher un poste où vous...

Élu 1. On ne parle pas d'un cas particulier, on parle de 3 équipes qui font le nettoyage tous les lundis. [...]

Président. Aujourd'hui, on est dans un nettoyage en combinaison avec EPI. Mettre une aspiration qui suive l'opérateur pendant l'opération de nettoyage ne paraît pas simple. Il y a des aspirateurs, on n'a pas trouvé la solution technique. [...]

M. Boutef. Si vous voulez connaître la pertinence de l'aspiration, vous n'avez qu'à passer l'été quand le soleil traverse l'atelier et vous verrez beaucoup de particules en suspension. Vous dites que vous ne pouvez pas le faire, mais vous ne pouvez pas non plus jouer avec notre santé. Il y a d'autres réponses que de changer de secteur⁹⁸.

Ce bref échange témoigne bien du conflit d'intérêt sous-jacent aux questions de santé et sécurité au travail. L'antagonisme fondamental entre salarié et employeur s'explique en

⁹⁶ Rapport CHSCT fonderie du 23/03/2006, p. 64 [Archives privées Mme Boutef].

⁹⁷ *Ibid.*, p. 41-42.

⁹⁸ Rapport CHSCT fonderie du 07/07/2011, p. 51 et suivantes [Archives privées Mme Boutef].

partie parce que « dans son rapport avec l'employeur, le travailleur n'engage pas un élément distinct de sa personne, il engage sa personne même. Il ne met pas en jeu ce qu'il a, mais ce qu'il est⁹⁹ ». Les questions posées par M. Boutef et ses collègues témoignent d'une réelle prise en compte des risques liés aux poussières et au caractère potentiellement dangereux des produits inhalés par les ouvriers en fusion. L'aspiration à la source qu'ils revendiquent est prévue par les textes qui définissent une hiérarchie des modes de prévention, la substitution du produit dangereux intervenant en premier ressort, la protection individuelle [EPI] en dernier¹⁰⁰. En remettant en cause les modes de calcul des valeurs limites d'exposition – les « seuils » dans cet extrait –, ils réalisent le décalage qui existe entre leur situation réelle de travail, les exposant à un « mélange » de produits, et les normes existantes ne considérant les produits qu'isolés les uns des autres. La réponse de l'employeur porte, elle, sur les coûts, la nécessité de les répartir dans le temps, le respect des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) qu'il instrumentalise comme mode de protection¹⁰¹, et renvoie les ouvriers travaillant au nettoyage des fours à une responsabilité individuelle, celle de changer de secteur si les conditions s'avèrent trop dures pour eux. Il rappelle ainsi crument les règles du « jeu » dans l'entreprise : l'existence d'un rapport de force irréductible, à l'avantage de l'employeur, et la faible marge de manœuvre des salariés.

Si les délégués de CHSCT ont obtenu depuis 1974, dans les textes, un renforcement de leur pouvoir et un élargissement de leurs missions¹⁰², Sonia Granaux précise aussi que « la dynamique législative et institutionnelle des CHSCT vers plus d'autonomie ne recouvre pas leur dynamique réelle¹⁰³ ». Et que sans l'existence de mobilisations sociales en dehors de cette instance, les possibilités des délégués restent limitées à leurs interventions orales sans impact immédiat pour la prévention des salariés¹⁰⁴. M. Boutef et ses collègues ont beau s'inquiéter sur les risques qu'ils subissent, protester contre leurs expositions, revendiquer les moyens de leur protection, ils n'ont pas le pouvoir de

⁹⁹ Luigi Mengoni, cité par Alain Supiot, *Critique du droit...*, ouvr. cité, 2002 [1994], p. 58.

¹⁰⁰ Notamment la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité au travail.

¹⁰¹ En matière de cancérigène, il n'existe pas de seuil en dessous duquel le risque n'existe pas. Les VLE ne sont pas des seuils d'innocuité mais correspondent à des compromis politiques. Lire à ce sujet Emmanuel Henry, ouvr. cité, 2017.

¹⁰² Le décret du 1^{er} avril 1974 renforce l'effectif de la délégation salariale et ajoute aux missions du CHS (que sont les enquêtes après accident du travail ou maladies professionnelles) « le droit de proposer des initiatives portant sur les méthodes et procédés de travail et d'œuvrer pour la recherche de méthodes et de procédés de travail "plus sûrs". » Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les établissements de fabrication de produits chimiques. Etude comparative des pratiques d'une institution de santé au travail méconnue*, thèse pour le doctorat en sociologie, EHES, novembre 2010, p. 38. L'élargissement de ces missions a pu éroder certaines attributions des commissions pour l'amélioration des conditions de travail (Act) mises en place dans les grandes entreprises comme en témoigne par exemple Christian Corrouge : Christian Corrouge et Michel Pialoux, *Résister à la chaîne. Dialogue entre un ouvrier de Peugeot et un sociologue*, Marseille, Éditions Agone, « Mémoires sociales », 2011, p.69.

¹⁰³ Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010, p. 78.

¹⁰⁴ Les interventions des élus lors des séances des CHSCT, consignées dans les rapports, peuvent toutefois représenter un support inestimable ensuite, en cas de démarche de reconnaissance en maladie professionnelle et de faute inexcusable de l'employeur.

déterminer leurs conditions de travail. Juste celui, comme leur indique l'employeur, de s'extraire de ce travail. Le risque du chômage peut alors prendre le pas sur le risque du cancer comme les pages suivantes en rendront compte.

À rebours de travaux qui mettent l'accent sur le déni viril des risques, le déni du danger ou la recherche de primes, on considère plutôt que « dans ce contexte de forte asymétrie entre les partenaires sociaux, les salariés n'ont bien souvent que la solution du consentement, qui ne peut être lue pour de la résignation ou de la passivité¹⁰⁵ ». Il n'est alors pas surprenant, dans ce contexte contraint, que la prise de conscience du danger s'impose surtout lorsque la mort survient parmi les (anciens) salariés. Le décès soudain et prématuré de M. Boutef a ainsi constitué un traumatisme parmi ses collègues, dont l'onde de choc nourrit aujourd'hui le contentieux entre la famille du défunt, son employeur et la CPAM, ces deux derniers refusant de reconnaître le lien entre le décès de ce jeune fondateur et son travail. Dans ce contexte, plusieurs collègues de M. Boutef osent témoigner de leurs conditions de travail dans des attestations produites au tribunal, prenant ainsi le risque d'une confrontation avec leur employeur, « pour que ça change ». Mais le plus souvent, compte tenu de l'effet différé des cancérogènes, la pathologie cancéreuse survient à un âge plus avancé : les salariés ne parviennent souvent à « compter leurs morts » (voir encadré ci-dessous) – et donc à prendre réellement conscience du péril – qu'après la fermeture de leur entreprise, à condition d'être restés en contact.

Cette évocation des rapports de force au sein de ces grandes entreprises et des formes d'entrave au savoir permet de mesurer en creux la faiblesse des moyens et l'étroite marge de manœuvre de salariés travaillant dans des entreprises de taille moins importante, majoritaires dans le tissu industriel de la Seine-Saint-Denis et, partant, leur ignorance des risques cancérogènes auxquels ils ont été confrontés. Saisis dans cette relation de subordination à leur employeur, les patients ne peuvent pour autant soupçonner que le risque cancérogène soit un risque « acceptable », normalisé, intégré au processus de travail, autorisé par la loi.

Compter les morts

Dans une émission radiophonique consacré à « Henri Pézerat, l'homme de l'amiante : le temps des prises de conscience¹⁰⁶ », Josette Roudaire, ancienne ouvrière d'Amisol, relate la rencontre avec ce toxicologue par lequel elle et ses collègues ont appris que l'amiante était cancérogène : « *Il était très pédagogue. Il nous a fait compter les morts depuis la fermeture de l'usine. Il a fallu compter et on s'est rendu compte.* » On retrouve cette notion de « compter ses morts » comme mode de prise de conscience d'un risque cancérogène collectif, dans d'autres collectifs de travail. Près de Lyon, par exemple, la verrerie de Givors ferme ses portes en 2002

¹⁰⁵ Anne-Sophie Bruno et al., « La santé au travail. Regards comparatistes sur l'historiographie récente », dans Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^e-20^e siècles)*, Rennes, PUR, « Pour une histoire du travail », 2011, p. 27.

¹⁰⁶ Inès Léraud et Guillaume Baldy, *Sur les docks*, France Culture, 31 mars 2010.

dans un climat de forte tension sociale. Les anciens verriers continuent de se voir, se retrouvent pour boire un verre : « *Un jour, on était chez nous, avec quatre verriers, et quelqu'un est venu nous annoncer un décès. À chaque fois, quelqu'un venait annoncer un décès. Et j'ai eu un déclic, je leur ai dit "ce n'est pas normal !"*¹⁰⁷ » L'intuition de la femme d'un verrier, militant syndicaliste, a conduit celui-ci à entamer une enquête à l'appui du fichier des adhérents de la mutuelle dont il était le vice-président : celle-ci a révélé un taux important de décès et de maladies, elle a été le point de départ d'une mobilisation pour la reconnaissance des risques cancérigènes dans le travail verrier et celle des maladies d'origine professionnelle¹⁰⁸. Il en est de même à Nantes, suite à la survenue d'un cancer chez deux dockers, Robert Guérin, docker à Saint-Nazaire et Jean-Luc Chagnolaud, secrétaire du syndicat CGT des dockers de Nantes. Celui-ci cherche à comprendre et, avec ses camarades, lance une première enquête auprès des dockers : sur 243 contactés, 85 ont signalé être atteints d'une maladie grave, surtout cancéreuse, et 43 étaient décédés¹⁰⁹. Dans le cas des vétérans des essais nucléaires français, c'est également la création d'une association, ses interventions publiques et la mise en visibilité de personnes malades, qui ont participé « d'un processus de réalisation du problème des conséquences sanitaires des essais nucléaires » chez de nombreux vétérans et que « la question d'un lien possible entre leur expérience militaire et leur état de santé s'est posée¹¹⁰ ».

2.1.2. Des risques cancérigènes supposés sous contrôle

Au fil des échanges avec les patients, dans l'espace décousu des conversations, se révèlent de nombreux problèmes de santé liés au travail, dans leur trajectoire personnelle ou dans celles de leur entourage proche, conjoint-e, enfants, fratrie. Des mots, des expressions reviennent souvent pour justifier les changements de poste, d'emploi, les arrêts maladie : « C'était trop dur », « usant », « difficile », « je n'y arrivais plus », « on ne pouvait pas tenir longtemps ». Le cadre de travail peut donc être ressenti comme un espace de risques, de nuisances. L'accident est toujours possible, la fatigue et l'usure incontournables, les conditions de travail parfois éprouvantes. Ouvriers en fonderie, peintres en cabine ou en milieu confiné, soudeurs, ouvriers du nettoyage et de la maintenance, ils sont nombreux à faire part de chaleurs extrêmes, d'odeurs fortes et suffocantes, de poussières irrespirables.

Un peintre en bâtiment évoque les portes qu'il décapait au chalumeau avec de fortes odeurs de peinture brûlées, ses narines « qui prenaient la couleur des peintures utilisées¹¹¹ » lorsqu'il travaillait au pistolet. Un autre relate que les odeurs de peinture et de solvants étaient tellement fortes et insupportables qu'il était « obligé de s'arrêter de travailler toutes les deux heures¹¹² ». Un patient a monté des silos destinés à stocker de la potasse, il dit que « cette substance brûlait la peau et faisait tomber les cheveux », à tel point qu'il a abandonné ce travail. Devenu ajusteur d'entretien, il intervient dans des

¹⁰⁷ Entretien avec Mercedes Cervantes, octobre 2012.

¹⁰⁸ Pascal Marichalar, *Qui a tué...*, ouvr. cité, 2017.

¹⁰⁹ Marie Kayser, « La mobilisation d'une profession, entretien avec Gilles Rialland, Christian Zimmer et Patrick Dubreuil », *Pratiques*, n° 76, janvier 2017, p. 14-17. Christophe Coutanceau, « Reconstitution des conditions de travail et des expositions cancérigènes à partir de la mobilisation collective : conception et réalisation du programme Escapes », *La revue du CURAPP*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Paradoxa » (sous presse).

¹¹⁰ Yannick Barthe, « Cause politique... », art. cité, 2010, p. 86.

¹¹¹ Reconstitution du parcours RBA PNO 09031 [Archives GISCOP93].

¹¹² Reconstitution du parcours AVI ONC 09083 [Archives GISCOP93].

centrales nucléaires et thermiques, à proximité d'autres corps de métier. Des grilles séparent les différents niveaux d'intervention, lui se situe en bas, sur le « plancher des vaches » : il reçoit tout ce qui tombe, les étincelles et les poussières (notamment l'amiante provenant du calorifugeage des tuyaux) et travaille comme « dans le brouillard¹¹³ ». Un carrossier se souvient s'être évanoui tellement l'atmosphère de travail était chargée en poussières : il ponce, il gratte, il soude, il tronçonne, il utilise du diluant, de la fibre de verre, il respire également les gaz d'échappement émanant des voitures et les effluves de peinture¹¹⁴. Un forgeron se souvient de l'atelier de découpe et de finition, « de loin le secteur le plus pénible », pour la poussière et parce qu'il a en permanence le visage et les mains « noirs ». Même après une semaine de vacances, il lui arrive de se moucher « noir » et de recracher des poussières noires, ajoute son épouse¹¹⁵.

Mais le fait qu'un procédé habituel et routinier de travail ait intégré un risque de contamination mortelle à long terme dépasse l'entendement de la plupart des patients. D'une part, certains dispositifs ont pu leur donner le sentiment d'être protégés et, d'autre part, ils n'imaginent pas que l'employeur échappe au droit commun qui encadre l'organisation sociale et interdit d'attenter à la vie d'autrui ou de la mettre en danger¹¹⁶.

2.1.2.1. *L'illusion d'être collectivement protégés*

Dans les récits rétrospectifs qu'ils font de leur travail, il arrive que les (anciens) salariés mentionnent l'existence, au cœur de conditions de travail pénibles, de pratiques ou d'instruments qu'ils assimilent à des dispositifs de protection. Exposés régulièrement ou fortement aux poussières, plusieurs salariés évoquent ainsi la ou les bouteilles de lait que leur donnaient la direction ou le médecin du travail pour nettoyer l'organisme. Un tôlier travaillant entre 1968 et 1972 dans une carrosserie pour transformer des camionnettes en véhicules pour commerçants décrit ainsi des conditions de travail « infernales » : « l'atelier était rempli de poussière, avec une couche de 5 cm de poussière par terre », l'employeur leur donnait deux litres de lait par jour¹¹⁷. Un pistoletier en peinture travaillant dans une entreprise de fabrication de meubles métalliques entre 1962 et 1980 relate des « conditions de travail très, très mauvaises, dans un atelier très vétuste » ; là encore, l'employeur leur donnait à boire du lait¹¹⁸. Dans

¹¹³ Reconstitution du parcours AVI ONC 09079 [Archives GISCOP93].

¹¹⁴ Reconstitution du parcours RBA PNO 10006 [Archives GISCOP93].

¹¹⁵ Reconstitution du parcours RBA PNO 10008 [Archives GISCOP93].

¹¹⁶ L'article 221-5 du Code de procédure pénale stipule ainsi que « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement [...] puni de trente ans de réclusion criminelle ». Et l'article 221-6 que « le fait de causer [...] par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende » et cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende « en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement » [Source : Légifrance, consulté le 5 octobre 2016].

¹¹⁷ Reconstitution du parcours AVI ONC 09051 [Archives GISCOP93].

¹¹⁸ Reconstitution du parcours AVI ONC 03004 [Archives GISCOP93].

les années 1980 encore, un préparateur de commandes dans une entreprise de fabrication de médicaments, « essentiellement des cires dépilatoires », décrit « une atmosphère difficilement supportable (odeurs très fortes, beaucoup de vapeur). Il lui était conseillé de boire trois litres de lait par jour¹¹⁹ ». Bernard Massera, militant syndical à Chausson dans les années 1980, évoque lui aussi ces « protections illusoires¹²⁰ » auxquels ses camarades et lui ont pu croire :

« On le revendiquait, le lait ! On l'avait obtenu pour les gars qui travaillaient en cabine de peinture, au sablage, là où il y avait beaucoup de poussières. » [Entretien avec Bernard Massera, mars 2017]

Le lait n'est pas la seule substance qui fait figure de « contrepoison » ou de diversion¹²¹. Face aux risques, ces « drogues empiriques » – pour reprendre les termes du docteur Guy Hausser en 1937 – ont pu être perçues comme des remèdes protecteurs, puisqu'elles étaient fournies par l'employeur ou le médecin d'entreprise. Claude Veil note en 1964 qu'elles ont une « fonction magique¹²² ». Elles ont pu contribuer sur le moment à anesthésier la vigilance des salariés et peuvent faire obstacle, des années plus tard, aux possibilités de penser le lien entre son travail et son cancer.

Le lait comme contrepoison, une légende tenace

L'usage du lait comme moyen de prévention des maladies liées aux poussières et aux vapeurs est une pratique ancienne et répandue à la fin du XIX^e siècle, dans les mines et dans l'industrie. C'est d'ailleurs un vrai poste de dépenses dans les industries : dans les années 1930, « dans certains grands établissements, la dépense s'élevait à plus d'1 million de francs par an¹²³ », relate Jean-Claude Devinck. La croyance en ses vertus est fortement partagée par les ouvriers. Ainsi, lors des grandes réformes du Front populaire, « le lait figurait en bonne place sur les cahiers de revendication de délégués d'usine » : face au plomb, au benzol, aux peintures, aux vernis, au caoutchouc, les ouvriers exigeaient leur litre de lait quotidien¹²⁴.

Pourtant, dès 1890, Henri Poincaré estime que « c'est à tort qu'on a conseillé comme moyen prophylactique de boire du lait pendant le travail, car non seulement il n'est pas un véritable antidote et ne servirait au fond que d'aliment, mais par son séjour à l'usine deviendrait un véhicule actif du poison¹²⁵ ».

En 1936, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine affirme que « le lait ne constitue pas un antidote au saturnisme [...] et son emploi risque d'entretenir un état d'esprit qui donnerait une fausse sécurité¹²⁶ ».

¹¹⁹ Reconstitution du parcours AVI ONC 02021 [Archives Giscop93].

¹²⁰ Entretien avec Bernard Massera, mars 2017.

¹²¹ Un tapissier employé chez Simca au début des années 1950 décrit son activité de sellier garnisseur sur les chaînes automobile : il utilise quotidiennement de l'essence de tapissier (encore appelée essence F) pour détacher le tissu. Pour gagner du temps et conserver une main libre pour clouer d'une main et tendre le tissu ou le cuir de l'autre, il place des clous dans sa bouche et les prend un à un à l'aide de son marteau aimanté. Il est prévu qu'en cas d'ingestion accidentelle d'un clou, il se rende immédiatement à l'infirmerie : « On nous donnait des queues de poireaux cuites pour éviter la perforation et pour évacuer. » Reconstitution du parcours AGR URO 10002 [Archives Giscop93].

¹²² Claude Veil, *Hygiène mentale du travail*, Paris, Le François, 1964. Cité par Pierre Logeay et Charles Gadbois, « Les astreintes psychiques... », art. cité, 1990.

¹²³ Jean-Claude Devinck, *La création de la médecine du travail en France 1914-1946*, Paris, UNSA-Éducation, 2002, p. 98-99.

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ Henri Poincaré, dans le cadre du Congrès pour l'avancement des sciences de 1890, cité dans Ministère du Commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, *Les poisons industriels*, Paris, Imprimerie nationale, 1901, p. 60.

¹²⁶ Guy Hausser, « La distribution de lait peut-elle prévenir les maladies professionnelles ? », *Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 1, mars-avril 1938, p. 34.

Intervenant un an plus tard sur Radio Paris dans une émission radiophonique de prévention des maladies professionnelles, le docteur Guy Hausser en dénonce l'usage et prévient que « ce n'est que par l'observation des principes généraux d'hygiène et non par l'administration de quelques drogues empiriques que nous obtiendrons la disparition de maladies professionnelles¹²⁷. »

La Commission d'hygiène industrielle (CHI) lui commande en 1938 un rapport sur « l'utilité de la distribution de lait dans les usines¹²⁸ », suite auquel elle livre cette conclusion :

- « - le lait n'est en aucun cas un contre poison pouvant prévenir les affections d'origine professionnelle ;
- la consommation de lait, comme de tout autre boisson ou aliment, peut être dangereuse dans les locaux où les ouvriers sont exposés à des substances toxiques ;
- la prévention des maladies professionnelles ne peut être acquise par la distribution d'aliments, de liquides ou de drogues quelconques ;
- les affirmations contraires constituent un danger certain, car elles entraînent des illusions de sécurité trompeuses et elles risquent de faire délaisser les véritables précautions d'ordre technique ou médical¹²⁹. »

Pour autant, l'usage du lait comme contrepoison se poursuit jusqu'aujourd'hui dans certains secteurs d'activité¹³⁰. Lors des élections présidentielles de 1974, le candidat écologiste René Dumont dénonçant les conditions de travail que vivent les immigrés de l'usine Blindex à Marseille, s'alarme même qu'« un groupe d'ouvriers immigrés travaillent dans le plomb sans même qu'on leur donne le lait nécessaire comme contrepoison¹³¹. » Frédéric Décosse relate qu'au milieu des années 2000, « les saisonniers chargés d'appliquer les pesticides rapportent qu'ils boivent systématiquement du lait après le traitement », pour certains d'entre eux, il est censé agir « comme une purge¹³² ».

D'autres modalités ont contribué à ce que des patients mettent le risque cancérigène à distance, comme l'existence d'une surveillance médicale renforcée (SMR), dispositif prévu dans le cadre de la prévention des CMR¹³³. M. Ferroti a travaillé comme fraiseur dans une entreprise d'usinage de graphite. Il est décédé à 47 ans d'un cancer fulgurant, après avoir été exposé fortement aux HAP et à quatre autres cancérigènes. Sa femme raconte :

« Il se mouchait noir, il crachait noir, il avait des fibres de carbone qui sortaient de ses doigts, tout ce qu'il touchait devenait noir, même les cahiers d'école de ses filles. Je lui disais "change de boulot", mais il me répondait toujours "t'inquiète pas, je suis suivi de près". Il avait droit tous les ans à une radio et à des analyses d'urine. En fait, on les conditionne à croire qu'ils sont en sécurité parce qu'ils ont un suivi médical, mais ce n'est pas vrai. Il pensait qu'il était protégé, en fait on l'endormait. » [Journal de terrain, août 2011]

¹²⁷ Cité par Jean-Claude Devinck, *La création de la médecine*, ouvr. cité, 2002, p. 99.

¹²⁸ Guy Hausser, « La distribution de lait... », art. cité, mars-avril 1938, p. 34.

¹²⁹ « Compte rendu de la réunion du 20 mai 1938 de la Commission d'hygiène industrielle du ministère du Travail », *Archives des maladies professionnelles*, T 1, n° 4, septembre-octobre 1938, p. 274.

¹³⁰ Un article récent rend compte d'une expérience menée auprès d'enfants alimentés en calcium pour éviter leur empoisonnement au plomb, témoignant de la pérennité de cette hypothèse du lait protecteur contre le plomb : Morri E. Markowitz et al., « A Randomized Trial of Calcium Supplementation for Childhood Lead Poisoning », *Pediatrics*, Vol. 113, n° 1, janvier 2004, e 34-39.

¹³¹ Je remercie Renaud Bécot de m'avoir indiqué ce clip de campagne, accessible sur www.youtube.com/watch?v=pBPbyUmeDAc [consulté le 5 juillet 2017].

¹³² Frédéric Décosse, *Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI"*, thèse pour le doctorat en sociologie, EHES, 2011, p. 419.

¹³³ Articles du Code du Travail R 4412-59 à R 4412-93.

La notion de prévention, telle qu'elle est définie dans l'espace médical et sanitaire, recouvre trois réalités très différentes : les préventions dites primaire, secondaire ou tertiaire. Seule la première a pour objectif de soustraire les personnes aux risques qu'elles encourent. La seconde vise à détecter le plus précocement possible les maladies, la troisième à faciliter l'accès aux dispositifs de réinsertion quand la maladie est là. La polysémie du terme prévention peut donc être source d'intenses malentendus pour les non-initiés¹³⁴. M. Ferroti, assujetti à des dépistages réguliers, se sentait protégé et a pu considérer que les risques auxquels il était confronté étaient « sous contrôle ». Cette « surveillance » médicale n'a toutefois pas permis de détecter son cancer du poumon qui, évoluant à bas bruit, s'est prolongé en métastases. Identifié très tardivement, il l'emporte en moins de 20 jours. Parce qu'elle se situe à distance du travail de son mari et en perçoit les stigmates corporels, la femme de M. Ferroti a entretenu une vigilance constante à l'égard des nuisances subies par son mari et mesure le rôle annihilateur joué par ce dispositif de surveillance. Cette situation fait écho à celle rencontrée par Jean-Noël Jouzel sur un autre terrain, celui des mobilisations contre les dangers des éthers de glycol. Un salarié d'IBM France, militant CGT, relate rétrospectivement ainsi ce qui a pu faire obstacle à leur vigilance :

« On savait que c'était des produits dangereux, on savait qu'on était suivis médicalement de façon particulière, au niveau du CHSCT. Mais on restait, nous, un petit peu, enfin... pas très agressifs au niveau de la défense, dans le sens où on se disait "ben, on est bien suivis, il y a des choses qui sont faites", hein, bon, on était bien dans notre cocon, quoi, bon, je schématise¹³⁵. »

Enfin, le port d'équipements de protection individuelle (EPI) peut représenter la modalité de protection par excellence. Dans le cadre de son travail, M. Mouss, par exemple, porte le plus souvent des gants, une combinaison blanche et une cagoule à adduction d'air. Sableur, il travaille au sein de grandes cuves métalliques, ayant le plus souvent servi de réservoir à combustible ou de mélanges pour la fabrication pharmaceutique, pour en décaper les parois avant qu'elles ne soient de nouveau peintes avec un traitement anticorrosion. Il sable à la grenaille¹³⁶, une activité en milieu confiné qui dégage beaucoup de poussières, au sein desquelles se mêlent les anciens revêtements, les anciens joints en amiante et les traces des produits conservés dans ces cuves. Dans sa tenue dite « de cosmonaute », il a pu se sentir à l'abri¹³⁷. Mais lors de

¹³⁴ Jean Hodebourg, ancien ouvrier, responsable de la fédération CGT des métaux et militant actif pour la santé des travailleurs, avait repéré cette source de confusion dans le dialogue entre médecin et syndicalistes. Dans un ouvrage destiné « à transmettre les acquis de [son] expérience », il note ainsi : « Prévenir contre les dangers de l'amiante par exemple, ne consiste pas à radiographier les salariés pour surveiller l'apparition de cancers mais à tout faire pour empêcher le travailleur d'inhaler ce produit cancérigène au cours de sa manipulation. » Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 70.

¹³⁵ Jean-Noël Jouzel, « La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, 2008, p. 97-118.

¹³⁶ Le sablage à la grenaille consiste à projeter sur les parois de la cuve de la grenaille d'acier, pour tout à la fois décaper et créer de la rugosité sur la paroi qui facilite l'adhérence du futur revêtement.

¹³⁷ Même après le décès de M. Mouss, à l'âge de 52 ans, sa femme confirme ce sentiment, partagé, de protection : « À [nom de l'entreprise], il avait des examens tous les 3 mois, des prises de sang, c'était sérieux. » [Journal de terrain, avril 2013]. Dans un documentaire récent, des salariés d'une société de désamiantage affirment : « On a confiance. En ceux qui ont fait des

l'expertise de son parcours, le collectif d'experts est formel, cet équipement de protection n'a pas garanti sa protection¹³⁸. Des études ont montré que l'adduction d'air n'était parfaitement efficace que si l'alimentation en débit était à tout moment supérieure à la consommation instantanée du travailleur, notamment en cas d'effort soutenu¹³⁹. Pire encore, « il est vraisemblable que le compresseur introduisait des brouillards d'huile (potentiellement cancérigènes) dans l'air fourni¹⁴⁰ ». Comme le constatent Alain Garrigou, Isabelle Baldi et Philippe Dubuc, s'intéressant au port des EPI face aux risques phytosanitaires, « le pire en matière de prévention comme de protection est alors d'être exposé à des dangers avérés et de se protéger donc *se croire protégé* alors qu'il n'en est rien¹⁴¹ ».

Sur un autre terrain, l'industrie des semi-conducteurs par exemple, l'usage de gants jetables en latex par les salariés travaillant en « salles blanches » renforce l'image d'une industrie « propre », alors même qu'ils « sont une médiocre, voire totale inefficace protection contre les éthers de Glycol¹⁴² » et autres solvants chlorés : ils ne sont pas là pour protéger la santé des salariés mais pour protéger les composés électroniques de toutes impuretés. Jean-Noël Jouzel cite à ce propos un hygiéniste industriel de l'Université de San Francisco, Joseph LaDou, très impliqué dans la construction d'une connaissance sur les atteintes à la santé liées à la polyexposition dans cette industrie :

« Il y a un sérieux malentendu public sur la différence entre le sens du mot "propre" quand il désigne des procédés industriels efficaces et ce qui est nécessaire pour protéger la santé des travailleurs. Par exemple, la moindre parcelle de particule de matière peut détruire un composé électronique coûteux à chaque étape de sa production. C'est pour cette raison que l'industrie des semi-conducteurs a développé des salles blanches dans lesquelles les concentrations ambiantes de poussière sont maintenues à un niveau très faible. Cependant, par souci d'économie d'énergie et pour faire tendre le niveau de concentration en poussières vers zéro, l'air des salles blanches recircule après avoir été filtré. Comme les filtres laissent passer les fumées et les vapeurs de plusieurs centaines de substances chimiques utilisées dans les divers procédés industriels, les travailleurs sont constamment exposés à ces substances et aux produits de leur réaction dans l'air qui recircule pendant de longues périodes¹⁴³. »

études là-dessus, on a confiance On espère qu'ils ne vont pas faire une deuxième erreur, qu'ils ne vont pas refaire sur nous-mêmes qu'on serve de cobaye quoi. » « L'amiante, le scandale continue », *Pièces à conviction*, France 3, 8 avril 2015 (15'35").

¹³⁸ Reconstitution du parcours MFE PNO 11043 [Archives GISCOP93].

¹³⁹ Michel Héry et al., « Expositions professionnelles des travailleurs employés sur les chantiers d'enlèvement d'amiante », *Cahiers de notes documentaires*, INRS, 167(2), 1997, p. 217-24.

¹⁴⁰ Entretien avec expert 2 au GISCOP93, octobre 2016.

¹⁴¹ Alain Garrigou et al., « Apports de l'ergotoxicologie à l'évaluation de l'efficacité réelle des EPI devant protéger du risque phytosanitaire : de l'analyse de la contamination au processus collectif d'alerte », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 10-1 | 2008, accessible sur <http://pistes.revues.org/2137> [consulté le 23 octobre 2016].

¹⁴² Jean-Noël Jouzel, *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure » n° 24, 2012, p. 143.

¹⁴³ Joseph LaDou, cité par Jean-Noël Jouzel, ouvr. cité, 2012, p. 94. Voir aussi Joseph LaDou, « Occupational Medicine. The Case for Reform », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, n° 28, 2005, p. 396-402.

Le lait, les blancs de poireaux, tout comme les équipements de protection ont pu jouer pour certains (anciens) salariés le rôle d'écran à la perception du risque et de sa gravité. Ils ont en tous cas pu leur faire penser que leur propre protection reposait sur leur stricte observance de ces différents « outils » mis à leur disposition : la prise de risque reposant alors sur leur responsabilité individuelle et non pas, comme la loi le préconise, sur l'organisation du travail¹⁴⁴. Les Valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP)¹⁴⁵, comme on a pu le voir dans le cas de l'entreprise de M. Boutef, jouent un rôle similaire. Emmanuel Henry observe qu'« au fur et à mesure de la diffusion des valeurs limites, on perd de vue le caractère très provisoire et approximatif de l'outil pour tendre à en faire une frontière relativement étanche entre danger et sécurité¹⁴⁶ » :

« D'outil à manier avec maintes précautions, car reposant sur de nombreuses incertitudes et absences de connaissances, elles tendent à devenir un outil permettant de valider des atmosphères inacceptables et acceptables dans les entreprises. Elles sont ainsi progressivement de plus en plus difficiles à remettre en cause ou à discuter puisqu'ont été oubliés l'histoire qui en a été à l'origine et notamment les conflits autour du fait de savoir si ces valeurs constituaient un bon outil de prévention des risques¹⁴⁷. »

Le cadre réglementaire, parce qu'il « façonne les démarches concrètes de prévention¹⁴⁸ », en façonne également la perception et favorise l'euphémisation et l'accommodement aux risques cancérigènes. Il n'existe en l'occurrence aucun effet de seuil dans le cas des cancérigènes, aucun seuil en dessous duquel le risque n'existe pas, mais l'existence même de ces normes invite à n'être alerté que par leurs dépassements.

2.1.2.2. Les normes du travail « bien fait »

La difficulté à percevoir les risques cancérigènes repose également sur l'idée que les substances en question sont incontournables et irremplaçables dans le procès de travail. Certaines ont en effet une fonction essentielle, située au cœur de la production ou sont présentées comme telles, quand bien même des substituts existent¹⁴⁹. L'huile de coupe

¹⁴⁴ La loi du 12 juin 1893 « concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels » fait obligation à l'employeur d'éviter toute contamination de l'air des ateliers par des fumées, des poussières ou des toxiques. Elle dit en son article 2 que les établissements doivent « être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel ». Celle de 2001 organise une hiérarchisation de la prévention : d'abord substitution puis ventilation, protection collective et enfin individuelle.

¹⁴⁵ Seules quelques-unes de ces VLEP sont dites contraignantes, c'est-à-dire que leur non respect est passible de sanctions : elles concernent une dizaine de substances, l'amiante, le benzène, le bromométhane, le cyanure d'hydrogène, l'hydrogène phosphoré, le chlorure de vinyle, le plomb, la silice. Les autres sont indicatives.

¹⁴⁶ Emmanuel Henry, *Débattre publiquement ou gérer discrètement ? La santé au travail comme espace d'expérimentation de nouvelles formes d'intervention publique*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches, Université de Strasbourg, 2012, volume I, p. 197.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 201.

¹⁴⁸ Arnaud Mias et al., *Le travail de prévention...*, ouvr. cité, 2013, p. 4.

¹⁴⁹ Judith Rainhorn montre bien comment, au XIX^e siècle, l'industrie de la céruse s'organise pour marginaliser les producteurs de blanc de zinc, Judith Rainhorn, « La santé au risque du marché. Savoir médical, concurrence économique et régulation des risques entre blanc de zinc et blanc de plomb (France XIX^e siècle), dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance fin XVIII^e-début XX^e siècle*, Rennes, PUR, 2016, p. 21-44. Il en est de même quelques

par exemple sert à éviter les frottements et refroidir les surfaces et outils lors des opérations d'usinage. Les solvants pétroliers comme le benzène dans l'essence et le white-spirit ont longtemps été utilisés pour dégraisser et nettoyer les métaux avant leur traitement ; le trichloréthylène connaît encore le même usage¹⁵⁰. Dans les parcours des patients du GISCOP93 ayant exercé dans la métallurgie, la mention de ces solvants est récurrente. Par exemple, cette reconstitution du travail d'un tourneur dans une entreprise automobile relate ainsi : « Avant de peindre les pièces, il les nettoyait au trichlore et au white spirit avec un chiffon. [...] Il peignait les pièces au pistolet ou à la main. Ensuite il les mettait dans un four et les sortait quand elles étaient cuites. [...] Il utilisait du trichlore et du white spirit pour se nettoyer les mains¹⁵¹. » Le produit utilisé pour les pièces métalliques est le même que celui utilisé pour les mains, et sert parfois pour le visage.

On se souvient de Amar Ben Tabet, de l'usine Chausson, s'alarmant du remplacement des éléments de friction en amiante sur les presses par d'autres de moins bonne qualité. Dans la fonderie de métaux précieux abordée plus haut, l' élu CHSCT M. A. découvre, dans le cadre d'une formation syndicale, le caractère toxique des solvants :

« On se servait de trichlo pour nettoyer, on n'y pensait pas. Même l'ammoniaque, on disait que pour éviter les rhumes, il fallait en respirer un bon coup. Dans le laminoir argent, on avait de la fonderie en coulée continue : des gros pavés arrivaient, ils étaient poussés avec de gros rouleaux. Les gars balançaient des seaux de trichlo pour retirer la calamine sur les pavés. Ils projetaient le trichlo sur les laminoirs à 80°C, je ne vous dis pas la vapeur... Je me souviens, c'était un copain portugais, je lui ai dit "tu es fou, lis-le, lis la fiche", il m'a répondu "t'es gentil avec ta fiche mais il n'y a que ça d'efficace". Je l'ai fait interdire. Mais les gars n'étaient pas contents. Ça allait faire merder leur boulot. » [Entretien avec M. A., ancien élu CHSCT fonderie de métaux précieux, mai 2012.

La conscience et le savoir-faire professionnels peuvent faire écran aux questionnements sur le caractère nocif pour la santé de ces produits. Dans un ouvrage récent sur la prévention des cancérogènes en milieu de travail, il est pareillement constaté que « lorsqu'un produit est utilisé de longue date, il est particulièrement difficile de faire accepter un changement de classification. Il s'agit pour les ouvriers concernés davantage

dizaines d'années auparavant pour le recours au phosphore blanc dans la fabrication d'allumettes, à l'origine de nécroses des mâchoires chez les allumettières, alors qu'il existe un phosphore rouge sans impact sanitaire, sous prétexte que « le pays serait inondé d'allumettes de contrebande étrangère » : Bonnie Gordon, « Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième République : la victoire des allumeriers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire », *Le Mouvement social*, n° 134, juillet-septembre 1993, p. 80. De même, il existe dès le début des années 1950 une alternative pour isoler les bâtiments sans amiante, mise au point et développée par les frères Blandin qui devront fermer les portes de leur entreprise face aux industriels de l'amiante. François Malye, *Amiante, le dossier de l'air contaminé*, Paris, Éditions Le Pré aux Clercs, 1996, p. 138-143.

¹⁵⁰ En 2004, selon l'INRS, pas moins de 4 000 tonnes de ce solvant étaient utilisées en milieu professionnel en France quand bien même par le CIRC depuis 1995 « cancérogène probable pour l'homme » (INRS, 2005). Depuis octobre 2012, il a été reclassé dans le groupe I des « cancérogènes avérés pour l'homme », pour le cancer du rein. La création d'un tableau de maladies professionnelles consacré au cancer du rein en lien avec des expositions au trichloréthylène était en cours de discussion au sein de la commission spécialisée des maladies professionnelles en 2017.

¹⁵¹ Reconstitution du parcours RBA PNO 08 035 [Archives GISCOP93].

d'une dangerosité administrative que réelle d'autant qu'ils n'ont pas constaté d'effets délétères sur leur santé. Or, "depuis le temps qu'ils l'utilisent, si c'était dangereux, ils le sauraient"¹⁵² ».

2.1.2.3. « Le patron ne pouvait pas savoir »

D'une façon générale, l'entreprise peut apparaître aux yeux des salariés comme un système organisé, maîtrisé, relativement fiable. Même chez les patients exerçant des activités dévalorisées, ceux qui ne trouvaient pas goût à leur travail, ressentaient l'exploitation et se plaignaient du « sale boulot », il existe tout de même un sentiment de confiance : si ces produits étaient autorisés – ils étaient inclus dans le *process* de production et aucune institution ne s'y opposait – ils ne devaient pas être aussi dangereux que ça. « Si c'était vraiment dangereux, on nous l'aurait dit ». L'amiante, par exemple, « on l'a su après, mon patron ne savait pas, il ne pouvait pas savoir ». Informés de certains risques au moment de leur transformation médiatique en « scandale public », certains patients peuvent alors envisager une égalité de situation entre employeurs et salariés quant à l'ignorance sur les risques cancérogènes. « On ne savait pas ce qu'on sait aujourd'hui » : la perception d'un préjudice, c'est-à-dire d'une responsabilité, disparaît derrière l'usage de ce pronom indéterminé.

Se dévoile ici l'une des conséquences de la loi de 1898, fondatrice de celle sur la réparation des maladies professionnelles. En excluant du cadre du droit commun les accidents (puis les maladies) liés au travail pour les inscrire dans un système de type assurantiel, cette loi les a transformés en risques inhérents au travail, donc en risques « socialement acceptables » : elle a ainsi inauguré « une ère d'irresponsabilité relative des employeurs¹⁵³ ». N'ayant pas connaissance des ressorts de ce compromis, les (anciens) salariés ignorent qu'il est ainsi admis qu'un employeur puisse empoisonner à petit feu ses employés. Modelée par le droit commun, leur conscience en épouse les limites : puisque les condamnations d'employeurs devant la justice pénale sont rares, voire inexistantes, la faute n'existe pas. Les risques cancérogènes au travail échappent ainsi communément aux représentations de ce qui serait autrement une faute, un préjudice. Propres à être réparés au titre des maladies professionnelles, les cancers liés au travail semblent alors résulter, tout comme les accidents du travail, des « effets d'un *fait collectif* involontaire plutôt que d'une volonté individuelle¹⁵⁴ ». En socialisant ces risques, la loi de 1898 évacue la faute de l'employeur. Comme le relate Jacques Donzelot, avec l'avènement de la « technique assurantielle » :

¹⁵² Arnaud Mias et al., *Le travail de prévention...*, ouvr. cité, 2013, p. 21.

¹⁵³ Anne-Sophie Bruno et al., « Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^e-XX^e siècles) », dans Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012, p. 37.

¹⁵⁴ Jacques Donzelot, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Le Seuil, 1994 [1984], p. 131.

« L'ouvrier accidenté, malade ou chômeur, ne demandera plus justice devant les tribunaux ou en descendant dans la rue. Il fera valoir ses droits auprès d'instances administratives qui, après avoir examiné le bien-fondé de sa demande, lui verseront des indemnités prédéterminées. Ce n'est pas en proclamant l'injustice de sa condition que l'ouvrier pourra bénéficier du droit social, mais en tant que membre de la société, pour autant que celle-ci garantit la solidarité de tous envers ceux qui se trouvent placés, par les aléas de son développement, dans une situation de particulière nécessité. [...] Mais cela ne lui donne aucun pouvoir sur la direction de l'entreprise ou de l'État¹⁵⁵. »

Plusieurs travaux récents montrent toutefois que la revendication collective d'une indemnisation de réparation s'envisage également dans l'objectif de rendre visibles les atteintes à la santé dues au travail et les responsabilités¹⁵⁶.

2.2. Le travail comme espace d'attachement

Admettre un lien entre son travail et la survenue du cancer apparaît d'autant plus difficile à penser que le travail représente un espace d'identité et de reconnaissance sociales de première importance. Qu'ils soient encore salariés – au moment de la survenue du cancer, près d'un tiers des patients de l'enquête GISCOP93 est encore en activité – ou déjà retraités, ils expriment différentes formes d'attachement au travail.

L'amertume ressentie par M. Tristan en est une illustration. Peintre en bâtiment pour une grosse entreprise de BTP, il a 54 ans quand son cancer broncho-pulmonaire est diagnostiqué. Il a d'abord travaillé pour une succession d'employeurs – quatorze en 26 ans – avant que son parcours ne se stabilise durant les dix dernières années. Au cours de l'un de nos premiers échanges, il fait part de son dépit :

« Je pensais pouvoir reprendre mon boulot rapidement, avec les soins que j'ai eus. J'ai déjà eu des cures de chimio et là, je dois avoir du laser. C'est tous les jours, mais ça dure 5 mn. Mais mon docteur ne veut pas. Il m'a dit : "Soyez heureux de ne pas être à votre compte, les autres sont souvent obligés de déposer le bilan." Ça fait bizarre, vous adressez vos arrêts de travail à l'entreprise et il n'y a aucun retour.

Si vous touchez vos indemnités maladie, c'est qu'elle prend bien en compte vos arrêts de travail...

Oui, je sais, mais on travaille, on participe à l'expansion sociale de la boîte et il n'y a aucune reconnaissance sociale, rien, on est malade, ils s'en moquent. » [Journal de terrain, janvier 2012]

Dans ce dialogue s'entendent plusieurs préoccupations. Celle de son médecin qui alerte M. Tristan sur la nécessité de soins lourds et réguliers et lui rappelle les vertus du statut de salarié – la garantie d'être couvert par l'assurance maladie ; la mienne qui consiste à m'assurer de la bonne transmission des documents nécessaires à la couverture sociale de M. Tristan ; et enfin, en décalage, la sienne, nourrie de dépit à l'égard de son

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 138.

¹⁵⁶ Marion Fontaine, *Fin d'un monde ouvrier. Liévin 1974*, Paris, EHESS, « Cas de figure », 2014. Emmanuel Henry, « Intéresser les tribunaux... », art. cité, 2003.

entreprise qui semble l'ignorer. Le choc lié à l'annonce du cancer semble passer au second plan derrière celui que représente pour lui la mise à l'écart du travail. La blessure qu'il exprime ne prend pas corps sur l'exposition à l'amiante qu'il a subie, mais sur le sentiment d'être abandonné par l'entreprise au sein de laquelle il a pu réaliser une part importante de lui-même. Sa force de travail avait une valeur, qui a contribué au développement de l'entreprise, lui semble ne plus en avoir pour ses employeurs, une fois qu'il est éloigné de l'espace professionnel par la maladie.

Dans le processus de prise de conscience de la gravité de sa maladie, la sortie forcée du travail représente pour M. Tristan une première blessure. Ainsi, même s'il est l'occasion de reprendre des forces, de se concentrer sur les soins et les traitements, leur arrêt maladie – qui ne suscite aucune attention de la part de leur employeur – s'apparente pour certains patients à une mise au rebut et nourrit une désillusion, la même qu'ont pu ressentir des salariés victimes de plans sociaux. Au terme d'une enquête de terrain auprès de salariés de l'usine Chausson de Creil dont les portes ont fermé, Danièle Linhart note ce qui fait figure de « révélation » pour la plupart d'entre eux :

« Les ouvriers ne sont pas si différents des machines. Au bout du compte, entre les ouvriers et les patrons, il ne se passait rien de l'ordre de l'humain. On peut vivre côte à côte sans exister pour les décideurs, sans reconnaissance aucune de tout ce qu'on apporte. [...] La réalité s'impose dans toute sa crudité¹⁵⁷. »

Cette situation concerne davantage les (anciens) travailleurs qui ont connu une trajectoire professionnelle stable ou ascendante. Leur investissement dans le travail a bénéficié de formes de reconnaissance tant matérielles que symboliques. Ils lui doivent la maison qu'ils ont pu construire ou acheter, le financement des études pour les enfants, les voyages. Il leur est alors difficile de concevoir que ce travail, auquel ils doivent tant, soit également à l'origine de leur maladie. Le cas de M. Lazari permet de l'illustrer.

2.2.1. Le travail, pourvoyeur d'identité sociale

Âgé de 62 ans, M. Lazari est encore en activité quand son mésothéliome est diagnostiqué en 2009. Il est alors chef de chantier dans une grosse entreprise de BTP dans laquelle il a embauché 30 ans plus tôt comme chaudronnier, après avoir été manœuvre sur des chantiers et soudeur dans l'industrie automobile. Son parcours professionnel rend compte de promotions successives : chaudronnier, il fabrique les pièces de groupes électrogènes, avant de devenir monteur en 1979 pour les installer¹⁵⁸, puis chef d'équipe en 1986 et enfin chef de chantier en 1990.

¹⁵⁷ Danièle Linhart et al., *Perte d'emploi, perte de soi*, Toulouse, Éditions Erès, 2009, p. 126.

¹⁵⁸ Ces groupes électrogènes servaient à fournir de l'électricité en cas de défaillance du fournisseur Edf. Ils étaient installés en général dans les hôpitaux, les centraux téléphoniques, les immeubles administratifs, les entreprises importantes, notamment dans le secteur informatique, et certains immeubles d'habitation de haut standing.

« En arrivant à un local technique pour installer les groupes, il ne savait pas en quoi était faite l'isolation des murs. [...] Certains immeubles étaient anciens, les murs étaient en règle générale floqués [...]. Pour accrocher les supports aux murs, la surface devait être plate ; alors il devait d'abord racler le flochage avec une truelle, un couteau de plâtrier ou ce qui lui tombait dans les mains. Cela faisait beaucoup de poussière, il n'avait aucune protection. [...] Pour garantir l'étanchéité des échappements, les joints étaient faits avec des tresses d'amiante jusqu'en 1992. Il se fournissait dans le magasin de [l'entreprise] : des tresses de 50 ou 100 m de toutes les épaisseurs qu'il découpait avec un marteau, de la ferraille, des ciseaux, ce qu'il avait à portée de main, sans aucune protection¹⁵⁹. »

Dans cet extrait de la reconstitution de son parcours professionnel, il apparaît que M. Lazari n'ignore pas qu'il a été exposé à l'amiante : durant ces 30 années d'activité au sein de cette entreprise, la fibre d'amiante a représenté l'un des composants essentiels des groupes électrogènes qu'il fabriquait, puis montait et entretenait. Elle se trouvait également dans les supports (murs, plafonds) sur lesquels il devait intervenir pour les installer ou les réparer. Il explique même s'être inquiété, au milieu des années 1990, des risques que cela pouvait représenter pour sa santé :

Avant, je ne connaissais pas les dangers, c'était comme de la paille, j'en avais partout autour de moi. Après, quand on a connu les ravages, j'ai voulu faire attention. En 1994, j'ai demandé à mon médecin de famille de faire des analyses. Il m'a fait faire des crachats, mais il m'a dit "Tant qu'un organe n'est pas atteint, il n'y a rien à craindre". [Journal de terrain, avril 2011]

Si son histoire professionnelle témoigne d'une longue exposition à l'amiante et son histoire médicale d'une négligence certaine de la part des médecins qu'il a pu consulter¹⁶⁰, M. Lazari ne se perçoit pas comme victime pour autant. Il ne parvient pas à « percevoir une offense », à « réaliser » l'existence d'un préjudice. N'était-ce la détermination et l'investissement de sa femme, il n'aurait sans doute pas exercé son droit à réparation. Lors d'un échange sur les lieux de son exposition à l'amiante, il explique ainsi :

« En 1998, je suis retourné à la Banque de France pour une extension de travaux. Ils ne nous ont rien dit [sur la présence d'amiante]. Mais comme chef de chantier, je prends mes responsabilités. Je ne suis pas un gamin dans une cour d'école, je ne vais pas me plaindre maintenant. On avait des consignes, mettre un masque, une combinaison. [...] Un gars de chez nous a demandé au responsable de chantier "c'est de l'amiante ? Je touche pas, je ne sais pas ce que c'est". Le responsable a dit "on va faire un prélèvement du flochage et on va l'analyser". Et deux jours après, il a dit "t'avais raison, c'était de l'amiante, maintenant vous savez à quoi vous en tenir". Moi aussi, je savais que c'était de l'amiante. » [Entretien avec M. Lazari, octobre 2011]

Le contexte évoqué par M. Lazari se situe dans une période de forte médiatisation des dangers de l'amiante, juste après les évolutions législatives qui ont interdit son usage. La trajectoire professionnelle de M. Lazari dans ce secteur d'activité l'empêche de se

¹⁵⁹ Reconstitution du parcours RBA PNO 09040 [Archives Giscop93].

¹⁶⁰ Ce volet médical sera abordé dans le chapitre 3.

percevoir victime. *A contrario*, cela reviendrait à remettre en cause la place qu'il occupe, celle de chef de chantier, qu'il a conquise au fur et à mesure, « sur le tas¹⁶¹ ». Même si les conducteurs de travaux sont leurs supérieurs théoriques, « d'un point de vue professionnel, les chefs de chantier sont l'échelon le plus élevé de l'encadrement, qui a directement prise sur le chantier¹⁶² ». Sortant du rang ouvrier, ils jouissent d'une « forte autonomie » : « La figure du chef de chantier est celle du cadre à l'aise n'importe où, dans les bureaux comme sous la grue, distribuant ses directives et ses "coups de gueule" avec un égal tempérament – fougueux¹⁶³. » Sortant du rang ouvrier, ils maîtrisent aussi la culture de sécurité spécifique au milieu, un mélange d'autocensure et de culpabilité face aux accidents et aux maladies du travail. Nicolas Jounin évoque ainsi « la sécurité en représentation¹⁶⁴ », les politiques d'entreprise qui instituent un intéressement dépendant du nombre d'accidents dans une équipe et la prégnance d'une culture de la faute individuelle. Ainsi, rappelant que la sécurité dépend avant tout des règles organisationnelles, il relate :

« Et pourtant, les ouvriers, face aux cadres, sont comme s'ils étaient coupables. Culpabilité que nourrit toute une pédagogie institutionnelle qui se persuade et persuade que tout, en matière de sécurité, est affaire de respect des normes prescrites. [...] L'insécurité ne peut résulter que de gestes fautifs¹⁶⁵. »

Le travail a pu rendre malade M. Lazari, mais il lui a aussi offert des possibilités de progression, de l'autonomie, des responsabilités et, au final, valorisation et reconnaissance sociale. Si le cancer ne l'avait pas condamné à l'arrêt de travail, il aurait d'ailleurs voulu poursuivre jusqu'à la limite légale, 65 ans, « pour les majorations », dit-il, « pour la mutuelle et le Noël des enfants », ajoute sa femme. Son attachement au travail repose également sur ces rétributions matérielles ou symboliques, qu'ils considèrent tous deux comme le pendant de l'implication de M. Lazari. Il a travaillé dur, accepté des nuits et des week-ends d'astreinte pour des interventions de réparation en urgence, accompli des heures supplémentaires pour garantir l'avancée des travaux : comme chef de chantier, il faut toujours « rattraper le retard des autres¹⁶⁶ ». Au cours des échanges, il revient régulièrement sur les différents sites sur lesquels il a dû intervenir, des hôpitaux, des cliniques, des centraux téléphoniques, la Banque de France, des immeubles d'habitation de haut standing, comme autant de traces de son activité. L'entreprise a su

¹⁶¹ Le médecin du travail qui le rencontre lors de sa dernière visite note ainsi : « ME DIT : Etait chef de chantier en maintenance – plomberie, ménage, auparavant production d'énergie de secours. Faisait de l'électro-mécanique, était plombier tuyauteur mais a appris le métier d'électricien sur le tas. » Dossier de médecine du travail [Archives privées M. Lazari].

¹⁶² Nicolas Jounin, *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, « Poche », 2009, p. 161.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 162.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 176.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 180-181.

¹⁶⁶ Reconstitution du parcours RBA PNO 09040 [Archives Giscop93].

le récompenser de son investissement. Signe selon lui de sa valeur professionnelle et de la reconnaissance de son employeur, il a connu une suite de promotions sans « jamais réclamer un franc¹⁶⁷ » : « Je me suis toujours contenté de ce qu'on me donnait. Les augmentations, ça tombait. »

Plusieurs fois reconnu comme accidenté du travail – son dossier d'assuré social recense une fracture du tibia, une plaie ouverte de l'avant-bras, des lésions traumatiques de la jambe¹⁶⁸ – et confronté à plusieurs épisodes de mauvaise santé, M. Lazari a toujours voulu reprendre son travail rapidement. En 2005, par exemple, il perd conscience :

« Je suis tombé dans les pommes, j'étais très malade, je suis passé de 86 à 62 kg en 3 semaines. [...] Le médecin traitant m'avait dit "arrêtez-vous un peu" mais il n'a pas voulu me dire de raison. Il m'a donné une lettre à donner au médecin du travail, je n'ai pas regardé. J'ai eu tort, mais je m'en foutais, je voulais reprendre. Je suis un peu têtu, maintenant moins, mais sinon je ne veux pas m'arrêter, je ne veux pas vivre aux crochets de la Sécurité sociale, si je ne suis pas malade, il n'y a pas de raison que je m'arrête. Le médecin du travail voulait que je m'arrête, je n'ai pas voulu. » [Entretien avec M. Lazari, octobre 2011]

M. Lazari reprend le travail, alterne de nouvelles périodes d'arrêt maladie, apprend en 2008 qu'il souffre d'un épanchement pleural au hasard d'une consultation pour deux côtes cassées, jusqu'à la découverte d'un mésothéliome de la plèvre. Il tient tout de même à retourner à son poste, se présente au travail. Mais, et la blessure est toujours à vif lorsqu'il évoque cet épisode : « C'est le médecin du travail qui m'a interdit de travailler, je suis arrivé sur le chantier et on m'a dit "tu es interdit de travailler", c'était en 2009¹⁶⁹. » En arrêt maladie, ni sa femme, ni ses enfants et petits-enfants ne parviennent à le reconnaître, il « n'a plus goût à rien », déserte ses activités habituelles comme le jardinage : « Mais ce n'est pas le même quand ses copains du boulot viennent. Là il se réveille, il parle boulot, ça lui a pris 40 ans de sa vie, on n'efface pas ça comme ça.¹⁷⁰ » L'identité sociale de M. Lazari ne se distingue guère de son identité professionnelle. En l'arrachant à son travail, le cancer en fait un « homme sans qualité¹⁷¹ », nous rappelant que « le travail n'est pas forcément le malheur, il peut être aussi un des moyens les plus assurés pour construire notre santé et notre identité, et pour transformer la souffrance en plaisir¹⁷² ».

¹⁶⁷ Intervention de M. Lazari auprès de son avocat, avril 2011 [Journal de terrain].

¹⁶⁸ Dossier médical du service médical de l'assurance maladie [Archives privées M. Lazari].

¹⁶⁹ Entretien avec M. Lazari, octobre 2011.

¹⁷⁰ Journal de terrain, juin 2012.

¹⁷¹ J'emprunte l'expression à Robert Musil, *L'Homme sans qualité*, Paris, Le Seuil, 1957 [1930].

¹⁷² Pascale Molinié, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, Genre et Société*, n° 3, 2000.

2.2.2. Puissance de l'idéologie industrielle¹⁷³

L'histoire du travail a montré comment celui-ci a pris une place centrale dans l'organisation sociale depuis l'Antiquité, où il recouvrait les tâches serviles, jusqu'au XX^e siècle où il devient une valeur sociale de référence, ce qui signe son appartenance à la société, la « condition d'une qualification sociale¹⁷⁴ », selon André Gorz. Annie Jacob décrit dans ses travaux la « lente mise en positivité¹⁷⁵ » du travail : il s'impose d'abord comme un impératif moral – contre l'oisiveté, la mendicité, le vagabondage – avant de répondre à un objectif économique. Ceux qui n'obéissent pas à cet impératif moral, à cette nouvelle norme, sont considérés comme déviants, le « poids inutile de la terre¹⁷⁶ ».

Le « rapport salarial fordiste¹⁷⁷ », comme le définit Robert Castel, transforme durablement et profondément le rapport au travail. Le salaire permet davantage que la survie et le travail représente davantage que la subordination, il devient aussi forme de reconnaissance sociale, d'appartenance au monde ; le travailleur accède « à un nouveau registre de l'existence sociale : celui de la consommation¹⁷⁸ » :

« On appelle "fordisme" l'articulation, qu'Henry Ford fut sans doute le premier à mettre consciemment en pratique, de la production de masse et de la consommation de masse. [...] Il perçoit ainsi une relation nouvelle entre l'accroissement du salaire, l'accroissement de la production et l'accroissement de la consommation.¹⁷⁹ »

Ce contrat fordiste, que Robert Castel place au fondement du développement de la « société salariale¹⁸⁰ », transforme « l'ouvrier producteur » en « ouvrier consommateur ». La « mise au travail » passe alors « d'un régime de contrainte au travail à un régime d'incitation¹⁸¹ ». En parallèle, le développement de la protection sociale « habille » le rapport de subordination originelle du salarié à son employeur : en travaillant, il cotise également pour sa couverture vieillesse, maladie et chômage, une partie de son travail lui revient alors sous la forme de protection et de sécurité. Selon Bruno Trentin, ce compromis fordiste, « base de l'État social, a consisté à échanger de la sécurité économique contre de la dépendance au travail, c'est-à-dire à faire payer aux entreprises le prix d'une aliénation jugée inévitable dans son principe¹⁸² ».

¹⁷³ Pierre Musso, *L'idéologie industrielle. Monastères, manufactures, usines, une généalogie de l'entreprise*, Paris, Fayard, « Poids et mesures du monde », 2017.

¹⁷⁴ André Gorz, *Métamorphoses du travail. Critique de la raison économique*, Gallimard, « Folio/essai », 2004, p. 79.

¹⁷⁵ Annie Jacob, « Pas de citoyen qui ne soit un travailleur », *Revue du MAUSS* 2/2001, n° 18, p. 196-201.

¹⁷⁶ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard, « Folio/essai », 2007 [1995], p. 91.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 525.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 540.

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 585.

¹⁸¹ André Gorz, *Métamorphoses...*, ouvr. cité 2004, p. 79.

¹⁸² Bruno Trentin, *La cité du travail. Le fordisme et la gauche*, Paris, Fayard, « Poids et mesures du monde », 2012, p. 16.

S'il a bien existé dans le mouvement ouvrier des courants critiques, « d'autres tendances et d'autres cultures et surtout d'autres expériences¹⁸³ », Bruno Trentin note toutefois :

« *La thématique de la libération du travail et, à une époque plus récente, celle de l'action pour changer l'organisation du travail subordonné, ont presque toujours été reléguées dans un domaine secondaire de l'action politique et sociale*¹⁸⁴. »

C'est d'ailleurs quand ce « compromis fordien (hausse de productivité contre progression du salaire nominal) qui avait réglé les relations sociales depuis la Libération, vole en éclat¹⁸⁵ » que re-démarrent dans les années 1960 les mobilisations ouvrières sur les conditions de travail. Une frange du syndicalisme ouvrier tente à cette occasion de remettre en cause la finalité sociale de certaines industries polluantes, en lien avec les revendications écologiques, et le modèle productiviste¹⁸⁶. Mais la crise de l'emploi qui s'impose à la fin des années 1970 marginalise ce discours.

Dans cette société « modelée par l'empreinte du travail salarié¹⁸⁷ », admettre que son activité professionnelle a pu être à l'origine de sa maladie – grave et mortelle –, revient à remettre en cause la place qu'elle a représentée dans sa vie. Se reconnaître victime de son travail signifie adopter une identité à rebours du moteur d'épanouissement et de réalisation qu'a pu représenter ce même travail. À rebours également des responsabilités qu'on a assumées.

Les rapports de subordination et l'attachement ne constituent pas les seuls freins à la perception des risques cancérigènes au travail. L'existence, sur un même lieu de travail, d'une multiplicité de risques en est un autre.

2.3. Face à la pluralité des risques

Bernard Massera, électro-mécanicien, démarre ainsi la description de l'atelier d'emboutissage de l'usine Chausson où il a travaillé durant 25 ans, jusqu'à la fermeture de l'entreprise au début des années 2000 :

Dans cet atelier, nous étions environ 900 travailleurs, 800 étant des travailleurs immigrés, OS. On travaillait en 3/8, à tour de rôle, dans un environnement extrêmement bruyant : 100 à 110 décibels en permanence dans l'atelier, ça fait un peu plus fort qu'un train qui passe à grande vitesse devant vous sur le quai d'une gare. Un atelier avec beaucoup de projection d'huile – parce que les presses étaient alimentées souvent par le graissage par huile perdue, l'huile coulait le long des glissières et les presses étant hautes de 8 à 12 m –, de grandes chaleurs, 40°C en été, et beaucoup de risques au niveau des coupures – on appelait l'atelier le « cimetière

¹⁸³ *Ibid.* Bruno Trentin évoque notamment Rosa Luxembourg et Karl Korsh, Otto Bauer et ses évocations de la déshumanisation du travail, Simone Weill qui considérait le taylorisme comme le creuset de l'État totalitaire moderne.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 393.

¹⁸⁵ Xavier Vigna, *L'insubordination ouvrière...*, ouvr. cité, 2007, p. 327.

¹⁸⁶ Renaud Bécot, « Les germes de la préoccupation environnementale dans le mouvement syndical. Sur les rapports entre syndicalisme et productivisme », dans Céline Pessis et *al.*, (dir.), *Une autre histoire...*, ouvr. cité, 2013, p. 231-248.

¹⁸⁷ Danièle Linhart, *Perte d'emploi...*, ouvr. cité, 2009, p. 31.

des doigts coupés” – et, en 1975, *Le Monde* avait fait un grand article suite à un grand conflit sur “les bagnards de l’automobile Chausson” pour dire un peu nos conditions de travail extrêmement pénibles et aussi une ambiance poussiéreuse qui venait des frictions des embrayages et des freins en amiante¹⁸⁸.

L’espace de travail en milieu ouvrier est un espace de risques multiples, de diverses natures. La description qu’en établit Bernard Massera fait écho aux résultats des enquêtes sur les conditions de travail qui inaugurent leur cycle en 1978¹⁸⁹. Les contraintes de rythme de travail (cadences notamment), l’effort physique, l’exposition au bruit et aux températures extrêmes, les problèmes d’hygiène et de sécurité (poussières, vapeurs et gaz toxiques) sont ainsi « les grandes “constantes” du travail ouvrier¹⁹⁰ », comme en rendent compte également la plupart des situations vécues par les patients du GISCOP93 et décrites dans ces pages. Ces différentes nuisances ne s’imposent pas toutes avec la même acuité à la perception des travailleurs et leur présence simultanée rend compliquée leur appréhension, tout comme la mise en œuvre de stratégies de protection. André Oudiz et Catherine Le Galès signalaient ainsi, à la fin des années 1980, « la multiplicité de ce qu’on peut appeler les “facteurs de danger potentiel” dans l’entreprise (machines “dangereuses”, substances explosives, bruit, poussières et gaz toxiques, etc.) a des conséquences néfastes quant à la “repérabilité” des nuisances susceptibles d’entraîner des cancers¹⁹¹. »

Dans ce contexte, et face à des risques plus immédiats et plus certains, une hiérarchisation se met en place : les risques cancérogènes, même lorsqu’ils sont soupçonnés, passent à l’arrière-plan des préoccupations des salariés, d’autant plus aisément que ses effets – le cancer – sont invisibles dans l’espace de travail.

2.3.1. Une hiérarchisation des risques qui s’impose

La perception de ces risques obéit à une hiérarchisation, consciente ou inconsciente, qui place à leur sommet les plus immédiats et soudains, ceux dont les effets sont rapidement perceptibles. Elle s’organise également différemment en fonction des formes d’emploi, et notamment en situation de sous-traitance.

2.3.1.1. Du plus immédiat au plus incertain

Dans un contexte de simultanéité des risques, ceux à effets immédiats s’imposent à la perception et à l’action face à ceux à effets différés. Au-delà des questions de temporalité,

¹⁸⁸ Bernard Massera, intervention citée, 12 décembre 2014, Paris Dauphine.

¹⁸⁹ Les enquêtes sur les conditions de travail, réalisées sous l’égide du ministère du Travail, ont lieu tous les sept ans. La dernière a eu lieu en 2013. Voir Michel Gollac et Serge Volkoff. « Mesurer le travail, une contribution à l’histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », *Document de travail*, n° 127, Centre d’études de l’emploi, juillet 2010.

¹⁹⁰ Les conditions de travail, *Travail et emploi*, n°8, avril juin 1981, p. 11-36.

¹⁹¹ André Oudiz et Catherine Le Galès, *Prévention des cancers professionnels, problèmes et perspectives*, INSERM, « Grandes enquêtes », 1989, p. 3.

une autre distinction s'établit entre les risques dont il est possible d'objectiver les effets – comme l'allergie, la surdité – et les autres. Ainsi, un risque cancérogène hypothétique et à effet fortement différé peut-il être davantage ignoré. Confrontés à une multiplicité de risques et dans le contexte de subordination décrit plus haut, les salariés et les acteurs de la prévention sont le plus souvent obligés d'opérer des tris, comme en rend compte la situation suivante dans le secteur tri et transport des bagages d'une importante plateforme aéroportuaire.

Pour parvenir à reconstituer précisément les activités professionnelles de M. Baremat, un ancien bagagiste décédé à 61 ans d'un myélome prolif ratif¹⁹², les représentants de l'organisation syndicale majoritaire sur le secteur sont sollicités. Plusieurs rencontres permettent de confirmer que cet ancien bagagiste a pu être exposé au benzène et aux rayons X, deux cancérogènes dont les études ont montré qu'ils étaient en lien avec cette pathologie. « Sur le tarmac, il y avait toujours du matériel en train de tourner, les tapis, les plateformes containers, les camions Servair, les groupes électrogènes..., relate ainsi un ancien bagagiste. Partout, des gaz d'échappement, sur la piste et dans le tunnel¹⁹³. » Dans les galeries souterraines où se déroule le tri des bagages, à 14 mètres de profondeur, de nombreux véhicules circulent ou se garent moteurs allumés : « En bas, au tri, on n'avait pas beaucoup d'aération, on avait même droit à des journées pour "locaux aveugles", 7 journées par an¹⁹⁴ », ajoute un autre. Par ailleurs, les bagagistes devaient également scanner une partie des bagages destinés à rejoindre les soutes, avant que cette activité ne soit confiée à une autre société, dite de sûreté, après les attentats de 2001 aux  tats-Unis. « Les bagagistes n'avaient pas de formation et ignoraient les procédures de sécurité, relate l'un des anciens élus CHSCT. On a tiré des bagages, quand ils étaient coincés, on passait la main dans l'appareil sans l'éteindre parce que si on appelait un technicien, comme c'était la consigne, on mettait en retard l'avion¹⁹⁵. » à la différence des douaniers, en charge du contrôle et qui portaient un dosimètre, les agents en charge de la manutention n'ont pas eu conscience d'être exposés à un risque : le scan des bagages est une séquence minime au regard du spectre très large de leur activité et l'absence de procédure spécifique et de dosimètres a contribué à banaliser cette opération quand par ailleurs pèse sur ces bagagistes la responsabilité de ne pas ralentir le trafic des avions.

Cette dynamique de reconstitution du parcours de M. Baremat met en éveil les élus CHSCT de son entreprise quant aux risques cancérogènes auxquels ces travailleurs ont pu

¹⁹² L'épouse de M. Baremat, orientée par sa mutuelle, a sollicité le GISCOP93 pour la soutenir dans l'accès au droit à réparation de son mari. Ce cas a alors été inclus dans le dispositif d'enquête dans la perspective de construire une connaissance sur les conditions de travail exposées aux cancérogènes dans la zone aéroportuaire concernée. Les rencontres et entretiens ont le plus souvent été menés en binôme, avec Christophe Coutanceau, enquêteur au GISCOP93.

¹⁹³ Témoignage de M. D., avril 2012.

¹⁹⁴ Témoignage de M. L., avril 2012.

¹⁹⁵ Réunion avec les représentants syndicaux du secteur, mars 2012.

être exposés : il apparaît qu'un de ses anciens collègues, retraité, est atteint lui aussi par cette même pathologie. De fil en aiguille, un problème de santé collectif semble se faire jour. Un élu s'en alerte :

« On se voit en général le matin, au café, on parle et on s'est comme ça rendu compte que dix collègues qui ont travaillé là [au secteur bagage] ont tous déclaré un problème de thyroïde après dix ans de travail. Et encore, c'est seulement ceux qu'on connaît. Il y a un qui serait décédé d'un cancer de la thyroïde. Il y a 150 personnes qui sont passées par là, on est inquiets. » [Entretien avec M. L., juin 2012]

Les dérèglements de la thyroïde peuvent en effet être un marqueur d'exposition aux rayonnements ionisants¹⁹⁶. Si le partage de ce problème de santé parmi tous ces bagagistes peut relever d'une coïncidence, il peut également objectiver l'exposition aux rayons X à laquelle ils sont soumis dans leur proximité avec les scanners et constituer un signal d'alerte. Le droit du travail autorise dans ce cas la convocation d'un CHSCT extraordinaire et la possibilité pour les délégués de faire appel à un expert agréé¹⁹⁷ pour analyser la situation d'exposition. Dans cette perspective, un contact est entamé avec un cabinet d'expertise ayant déjà partagé plusieurs expériences avec le GISCOP93¹⁹⁸. Mais les délégués CHSCT mettent un terme à cette démarche au bout de quelques semaines, l'un d'entre eux expliquant :

« En fait, c'est beaucoup trop compliqué pour nous. On a déjà trop à faire, on n'y arrive pas. Il y a le bruit, l'éclairage, les poussières dans les galeries, le harcèlement, l'organisation du travail et aussi des chantiers de désamiantage... on ne sait plus où donner de la tête. Et notre entreprise passe son temps à se faire racheter, et nous avec. Ils en profitent au passage pour se passer de nous. Ce n'est finalement peut-être pas si grave ces problèmes de thyroïde et rien ne nous dit que c'est du travail qu'ils viennent. » [Journal de terrain, novembre 2013]

Ici, plusieurs risques sont en concurrence – le risque d'accident, celui d'un affrontement avec la hiérarchie engageant la continuité de l'emploi, celui d'une maladie professionnelle. L'arbitrage de ce délégué repose sur leur temporalité respective. L'externalisation de nombreuses activités sur la zone aéroportuaire et les formes d'emploi spécifiques à la sous-traitance renforcent ces obstacles à la perception et à l'appréhension des risques. Les salariés sont ici placés dans des formes particulières de vulnérabilité, en lien avec la remise en jeu permanente des appels d'offre et aux extrêmes pressions concurrentielles qui s'exercent entre les sociétés sous-traitantes. Pour obtenir les marchés, celles-ci sont contraintes de réduire le tarif de leurs prestations tout en garantissant le respect des exigences des donneurs d'ordre en

¹⁹⁶ Se reporter au site de la CRIIRAD qui cite de nombreuses études scientifiques sur le sujet : <http://criirad.org>

¹⁹⁷ L'article L4614-12 du Code du travail prévoit que « le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel, est constaté dans l'établissement ».

¹⁹⁸ Le GISCOP93 a ainsi été associé à plusieurs expertises menées par ce cabinet, où il a pu mettre en œuvre sa méthodologie de reconstitution des parcours professionnels. Il a également participé à l'élaboration d'une publication : « Agir pour la prévention des cancérogènes. Guide à l'attention des représentants du personnel au CHSCT » SECAFI/GISCOP93, 2010.

matière de délai et de qualité. Les conditions de travail des salariés de ces entreprises sous-traitantes subissent les effets de ces injonctions contradictoires, entre tarifs, cadences et respect de la sécurité. L'entreprise dans laquelle travaillait M. Baremat avant de décéder a changé une dizaine de fois de nom et de raison sociale. Les missions qui étaient les siennes ont été découpées en plusieurs lots. Les organisations syndicales et leurs délégués (du personnel) et élus (CHSCT) peuvent être emportés dans ces transformations et reconfigurations. Sur le temps de nos rencontres, deux nouvelles organisations syndicales autonomes ont vu le jour sur le secteur bagagiste, recomposant les rapports de force en présence. Dans ce contexte, les délégués CHSCT ne peuvent s'engager sur des chantiers de longue haleine ; contraints par des échéances courtes, ils travaillent dans l'urgence, pour des résultats les plus rapides possible.

2.3.1.2. Entre risque cancérogène potentiel et risque avéré de perte de revenu ou d'emploi

La situation est la même dans les secteurs du bâtiment et de l'industrie. Pour les salariés des entreprises sous-traitantes, artisans ou intérimaires, les marges de manœuvre sont encore plus réduites que pour les salariés « organiques » appartenant à l'entreprise donneuse d'ordre. Dans cette configuration, les salariés sont saisis dans une « relation triangulaire » qui « brouille la relation salariale en imposant le client de la prestation comme une tierce partie¹⁹⁹ » : s'opère alors, selon Gabrielle Schütz, une hybridation entre rapports hiérarchiques et rapports marchands. Invité à déclarer son cancer en maladie professionnelle, M. Tiozzo, 54 ans, fait part de son scepticisme. Alors artisan dans le BTP, il a démarré comme apprenti carreleur à l'âge de 15 ans, avant de travailler pour son père durant 28 ans, puis de se mettre à son propre compte dans le carrelage, la plâtrerie, le gros œuvre dans le cadre d'opérations de rénovation et/ou de démolition pour des particuliers. Il a notamment obtenu un chantier de désamiantage, « un garage à refaire, sur lequel il a désamianté avec un simple masque à poussières²⁰⁰ ». L'expertise du GISCOP93 ne tient pas lieu pour lui d'une révélation, il sait avoir été exposé à des cancérogènes – sept dans son cas – mais l'exercice de son droit à réparation d'une maladie professionnelle prend difficilement sens pour lui. Il m'explique :

« Il y a certains produits qui ont changé, mais seulement depuis 3 à 4 ans, comme les colles pour carrelages, elles n'ont plus de poussière. Mais comme c'est tout neuf comme produit, c'est cher. Et si on met ça dans le devis, on n'obtient pas le chantier. On est coincé. Et puis, si vous regardez les étiquettes des produits que vous utilisez, vous ne travaillez plus, vous rentrez chez vous... Pour certains matériaux, il faudrait être chimiste pour comprendre les notices. On n'a pas le temps de se pencher dessus, on n'a pas le choix. » [Journal de terrain, mars 2010]

¹⁹⁹ Gabrielle Schütz, « Tirer son épingle du jeu dans une relation d'emploi triangulaire. Le cas des hôtesse d'accueil prestataires », *Revue française de sociologie*, 2014/1, vol. 55.

²⁰⁰ Reconstitution du parcours MFE PNO 09 013 [Archives GISCOP93].

Au vu de la place qu'il occupe dans la division du travail, cet artisan doit composer avec de multiples impératifs, parmi lesquels la sécurité et la prévention apparaissent avant tout comme des coûts gênants²⁰¹. Ses relations avec ses clients sont d'ordre commercial et ne relèvent pas ou très peu du *Code du travail*. Ainsi relève-t-il qu'un produit « propre » est encore plus cher qu'un produit classique et que ses devis ne seraient jamais acceptés par les particuliers. Dans le cadre de la concurrence, obtenir un marché de désamiantage nécessite de nier la prise de risque, pour lui et pour son entourage, d'une exposition forte à l'amiante quitte à négliger totalement les obligations légales. On retrouve là des phénomènes déjà étudiés sur le développement de la sous-traitance conçu comme l'organisation d'un transfert des risques au détriment des emplois les plus flexibles, les plus précaires²⁰². M. Tiozzo a beau être son propre patron, il n'a pas gagné en sécurité sanitaire et en sécurité de l'emploi, au contraire²⁰³. Faute de pouvoir intervenir sur la production des matériaux et sur la définition des procédés de travail, M. Tiozzo fait avec l'existant, conscient de ne pas avoir « le choix », comme il dit.

Ce contexte de travail est particulièrement bien décrit par Nicolas Jounin, sociologue ayant enquêté en situation de manœuvre sur les chantiers du BTP. Dans le gros œuvre, relate-t-il, il n'est pas rare que les ouvriers soient saisis dans des configurations de sous-traitance en cascade. L'entreprise générale fait appel à des intérimaires recrutés dans trois ou quatre agences différentes, et travaille en collaboration avec une poignée d'entreprises sous-traitantes mêlant elles-mêmes leur propre personnel et des intérimaires provenant de plusieurs agences : « On dépasse ainsi la dizaine d'employeurs pour des effectifs qui ne sont pas supérieurs, certaines fois, à cinquante personnes²⁰⁴ » et « les sous-traitants sont confrontés à une minimisation de leurs tarifs qui sacrifie, encore plus que pour les travailleurs de l'entreprise générale, la sécurité à la vitesse d'exécution²⁰⁵ ». Coincé entre cette pression aux prix bas, les exigences de cadence et de sécurité, M. Tiozzo ne peut faire grief, ni à son ex-employeur – son propre

²⁰¹ Publié dans la thèse de Nicolas Jounin, le récit de M. Lijot, carreleur, fait singulièrement écho à celui de M. Tiozzo. Relatant son parcours de « bon compagnon » depuis son apprentissage, il rend compte des transformations de son métier au fil du temps et notamment du passage à la colle comme méthode de pose pour le carrelage. Son propos n'est pas de s'inquiéter des conséquences de cette mutation sur la santé mais plutôt du passage du « bon » travail au travail « vite fait ». On y lit toutefois la dépendance des conditions de travail à la recherche de la rentabilité : « Moi, mon père, je lui ai dit, je gueulais, moi j'étais jeune, je lui ai dit : "Jamais je poserai à la colle, jamais !" Ah ouais, mais si je pose pas à la colle, je travaille pas. J'y suis venu obligatoirement. "Jamais !" Oh, j'étais en colère. "Jamais je poserai à la colle !" Et puis t'es obligé sinon tu vas au chômage. C'est malheureux. (...) Le patron il se rend compte que poser sur des carreaux de plâtre, ou des murs en ciment, ou sur du plâtre, avec cette petite colle en résine, ça va dix fois plus vite. Eh ! Quel est le patron qui ne va pas accepter ce système de pose ? Dix fois plus vite pour autant d'argent. » Nicolas Jounin, *Loyautés incertaines : les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université Paris 7, 2006, p. 593

²⁰² Notamment dans l'industrie nucléaire. Annie Thébaud-Mony, *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*, INSERM-EDK, Paris, 2000.

²⁰³ On retrouve cette situation pour de nombreux patients, salariés du BTP. Licenciés de leur entreprise, ils travaillent ensuite pour elle, en étant à leur propre compte ou dans le cadre d'une petite entreprise créée pour l'occasion. La prise de risque est alors transférée et la responsabilité de l'employeur, en cas de déclaration, totalement diluée.

²⁰⁴ Nicolas Jounin, « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/5, n° 165, p. 73-74.

²⁰⁵ Nicolas Jounin, *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, « Poche », 2009, p. 195.

père – ni à lui-même, les responsabilités de l’empoisonnement se situant largement au-delà de leur pouvoir de peser sur cet état de fait.

Dans cet espace de risques pluriels, la perte d’emploi s’affirme également comme un risque majeur pour les salariés, à effet plus immédiat que les risques cancérogènes, le travailleur étant « menacé de se voir retirer, avec le moyen de travail, les moyens d’existence²⁰⁶ ». Si « le départ des emplois les plus usants, les plus malsains ou les plus dangereux a [...] toujours constitué la résistance la plus élémentaire et la plus généralisée à l’usure au travail, à tous les âges de la vie²⁰⁷ », cette stratégie individuelle d’évitement ou de défection n’est plus permise lorsque l’emploi se fait rare.

Dans les récits de travail des patients, se dessinent nettement le glissement entre deux époques, l’une où il est possible de changer de travail et l’autre non. Selon M. Medjkoune, « il n’y avait pas de problème pour trouver du boulot jusque dans les années 90 ». Lorsqu’il rejoint la France en 1966, en provenance d’Algérie, il a 18 ans, aucune qualification et embauche dans une fonderie quelques mois après son arrivée. Trois ans plus tard, il demande « son compte » suite à l’attitude d’un « nouveau chef ».

Vous saviez qu’il y avait du travail ?

Oui, il y a du travail partout à l’époque, on peut trouver du travail trois fois dans la journée à l’époque. [Entretien avec M. Medjkoune, mai 2013]

Il rejoint ensuite une entreprise de terrassement, et travaille à consolider les anciennes carrières de Paris. Le travail est très dur physiquement : « On descendait dans la terre. Là où ils ont extrait les moellons pour construire Paris, ils avaient mis la terre à la place. On descend, on enlève la terre, avec une pelle et une pioche. C’était comme dans la mine : il y avait un wagon, on vidait les galeries, et on construit des piliers à l’intérieur, pour renforcer. On travaillait avec des lampes à carbure, comme des cailloux, ça fait un gaz qui s’enflamme, ça pue beaucoup²⁰⁸. » À l’occasion de vacances en Algérie, en 1976, M. Medjkoune décide de prolonger son séjour. À son retour, six mois plus tard, il est licencié pour abandon de poste.

Vous pouviez partir 6 mois, sans crainte pour le travail ?

Oui, on ne pensait pas au chômage, on sait qu’il y a du travail, on ne se fait pas de souci. C’est facile, on va au chantier, on va à la porte, on voit le chef et on trouve facilement. Jusque dans les années 90, ça dépend des personnes, moi, en général, je n’ai jamais de difficultés à trouver. [Entretien avec M. Medjkoune, mai 2013]

Ce qui est vrai pour les manœuvres, sans qualification, comme M. Medjkoune, semble l’être d’autant plus pour les ouvriers qualifiés. Si M. Birbes travaille successivement

²⁰⁶ Karl Marx dans *Le capital*, cité par Alain Supiot, *Critique du droit...*, ouvr. cité, 2002 [1994], p. 17.

²⁰⁷ Alain Cottureau, « Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIX^e siècle », *Le mouvement social*, n° 124, juillet septembre 1983, p. 102.

²⁰⁸ Entretien avec M. Medjkoune, mai 2013.

pour vingt employeurs en 40 ans d'activité, c'est qu'il est polisseur pour métaux et peut trouver facilement du travail, comme l'explique sa veuve :

« Il changeait de boîte quand il voulait. Il aimait ça, changer, il travaillait sur des pièces différentes à chaque fois, des grandes comme des structures métalliques ou des minuscules comme des bijoux. Il pouvait quitter une boîte le soir et réembaucher le lendemain matin. »
[Journal de terrain, mars 2010]

François Sarfati et Anne-Marie Waser notent combien « une transformation majeure du rapport à l'emploi [...] participe à un autre principe d'occultation des risques, sans doute le plus efficace » :

« C'est celle qui érige le maintien dans l'emploi en faveur et privilège (Gayet-Viaud, 2012). Ce principe d'endettement se nourrit d'une asymétrie qui s'accroît avec le déséquilibre du rapport entre offres et demandes d'emploi. Il renforce aussi l'engagement moral qui permet non seulement de faire face aux difficultés, mais aussi de prendre sur soi les conséquences de l'activité non seulement sur son devenir, mais également sur l'avenir de son emploi²⁰⁹. »

De nombreux travaux ont montré les liens étroits entre l'état de santé et le chômage et notamment comment l'un et l'autre s'alimentent²¹⁰. La perte d'emploi signifie une perte de revenu, mais peut également représenter une « perte de soi²¹¹ », une forte remise en cause de son identité, surtout dans les grosses entreprises. Au-delà des enquêtes de terrain qui, comme celle menée par Danièle Linhart suite au plan social de l'entreprise Chausson de Creil, ont pu le démontrer, le droit lui-même, ou plutôt « l'incidence affective des lois²¹² » en témoigne également. Comme le note le juriste Alain Supiot :

« Au-delà du but rationnel qu'elles visent, les qualifications juridiques ont toujours un impact sur l'identification et la socialisation des individus, impact qui n'est pas forcément voulu ni maîtrisé. Cette incidence affective réside dans le lien invisible qui unit ceux qui, sans être liés par un rapport juridique formel, se reconnaissent une même qualification juridique²¹³. »

Parce que les dispositions du *Code civil* exigent que les actes de l'état civil mentionnent la profession de tous ceux qui y seront dénommés, « l'état professionnel continue ainsi de constituer de nos jours un élément décisif de l'identité de chacun²¹⁴ ».

En ce sens, parce qu'il représente tout à la fois une perte de revenu et une perte d'identité, le chômage peut être perçu comme un risque dont il faut vivement se préserver et apparaître, lorsqu'il survient, comme un grief, plus important que la contamination cancérigène elle-même. Mme Grassi, lorsqu'elle m'entretient des

²⁰⁹ François Sarfati et Anne-Marie Waser, « Les risques professionnels et la santé : une affaire d'expérience, d'occultation, de reconnaissance », *Sociologies pratiques* 1/2013, n° 26, p. 4.

²¹⁰ Pierre Aïach, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société et Solidarité*, vol 3, n° 2, 2004, p. 39-47.

²¹¹ Danièle Linhart, *Perte d'emploi...*, ouvr. cité, 2009.

²¹² Alain Supiot, *Critique du droit...*, ouvr. cité, 2002 [1994], p. 82.

²¹³ *Ibid.*, p. 83.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 85.

démarches de recours au droit à réparation dans lesquelles elle est investie, n'évoque ainsi jamais la pathologie cancéreuse qui a emporté son mari, à l'âge de 53 ans, mais la transformation majeure qu'il a connue dans sa trajectoire professionnelle : après avoir été ajusteur durant 30 ans – exposé aux fumées de soudage, aux huiles de coupe, aux poussières de fer, à la silice et aux solvants chlorés – il est brutalement licencié suite à la délocalisation de son entreprise en Roumanie. S'ensuivent 18 mois de chômage, puis une succession de petits contrats précaires, avant la maladie²¹⁵ :

« On en veut un peu à la société après une histoire comme ça. Un homme qui gagnait 2 200 euros, se retrouver avec 1 000 euros à 50 ans, c'est humiliant. » [Journal de terrain, mars 2010]

Dans un contexte de crise de l'emploi, la tension relevée par Alain Supiot entre « sécurité au travail » et « sécurité du travail »²¹⁶ se renforce le plus souvent au détriment de la première. Le risque de perdre son emploi prend le pas sur celui, hypothétique, de perdre plus tard sa santé²¹⁷.

2.3.1.3. *Le risque cancérogène contre le pouvoir d'agir*

La coexistence, dans un même espace professionnel, de risques de différentes natures, joue sur les représentations et redéfinit les perceptions concernant la gravité et l'urgence. Il en va également de la possibilité de retrouver un pouvoir d'agir, comme en rendent compte les deux témoignages suivants empruntés à deux actrices de prévention, une chercheuse en santé publique et une inspectrice du travail. Le premier émane de Karen Messing, connue pour ses travaux sur le travail des femmes et leurs conséquences sur leur santé. Dans le cadre d'une entrevue qu'elle accorde sur son parcours professionnel²¹⁸, il apparaît que l'un de ses premiers chantiers de recherche concerne les conséquences des radiations ionisantes sur la santé des travailleurs exposés. Elle mesure notamment le caractère mutagène de ces radiations en s'apercevant que les enfants de plusieurs salariés exposés souffrent de différentes maladies ou de malformations. Pour poursuivre sa recherche, elle se tourne vers le syndicat des techniciennes en physiothérapie, en médecine nucléaire et en radiothérapie et découvre, au-delà des radiations, les défis physiques auxquels sont confrontées les techniciennes

²¹⁵ Reconstitution du parcours MFE PNO 09006 [Archives Giscop93].

²¹⁶ Alain Supiot, *Critique du droit...*, ouvr. cité, 2002 [1994], p. 67 et suivantes.

²¹⁷ On retrouve la même tension temporelle en matière de politique de « développement ». Ainsi, l'un des arguments utilisés par l'Institut du Chrysotile au Canada pour justifier l'exportation de tuyaux amiantés vers les pays en voie de développement est-il que l'absence de structures d'assainissement est plus risqué aujourd'hui pour les populations de ces pays qu'une pathologie cancéreuse au délai de latence supérieur à leur espérance de vie. Annie Thébaud-Mony, *L'envers des sociétés industrielles. Approche comparative franco-brésilienne*, Paris, L'Harmattan, 1990, p. 124-125. Gabrielle Hecht repère ce même argument en matière de risque radioactif dans l'exploitation minière en Afrique. Gabrielle Hecht, « L'Afrique et le monde... », chap. cité, 2014.

²¹⁸ Esther Cloutier, Ana-Maria Seifert et Nicole Vézina, « Entrevue guidée avec Karen Messing », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 11-1, 2009 [consulté le 3 septembre 2016].

en radiologie – lors des manipulations pour placer les patients par exemple –, dans un contexte d'intensification du travail « absolument impressionnante » :

« Avec les radiations, on passait notre temps à expliquer aux gens qu'il y avait des dangers invisibles. Mais en même temps, les techniciennes en radiologie, par exemple, étaient exposées à un autre danger plus visible à cause des poids qu'elles manipulaient. Donc plutôt que de leur expliquer qu'elles sont exposées à un danger inconnu et invisible, je me suis dit qu'on pouvait combattre des choses bien visibles qui sont sources de souffrance quotidienne. J'ai donc choisi de réorienter mes recherches. Je suis donc partie en France pour mon année sabbatique étudier en ergonomie²¹⁹. »

Cette réorientation dans les recherches de Karen Messing repose sur la volonté de pouvoir peser concrètement sur les conditions de travail, de les améliorer sans tarder, c'est-à-dire en pouvant en mesurer l'effet bénéfique à court et moyen terme. Face à la multiplicité des risques, peut en effet naître un sentiment d'impuissance pouvant conduire à l'inertie.

C'est ce dont rend compte le second témoignage émanant d'une inspectrice du travail. Relatant ses débuts dans la profession, elle décrit son premier poste, dans les années 1970. Dans la région très industrielle où elle est affectée, les entreprises dans lesquelles elle effectue sa mission de contrôle relèvent surtout de la métallurgie et travaillent en sous-traitance pour l'industrie automobile. Elle évoque « des conditions de travail effroyables, tellement éloignées de ce qui aurait dû être, y compris à l'époque, la norme par rapport aux textes en vigueur » :

« Je suis sortie de certaines usines, j'en pleurais, mais avec un effet de sidération, c'est-à-dire que j'avais l'impression de n'avoir rien fait, tellement le problème semblait énorme que... on ne sait plus, on ne voit plus ce qu'il faut faire, par où prendre le truc... Et je pense que, par rapport à l'amiante, aux cancers d'origine professionnelle, je suis passée à côté de tout. On était particulièrement alertés sur les accidents du travail, il y avait encore beaucoup d'accidents sur presses [...], je l'ai vu en vrai. Il y avait des maladies professionnelles, je me souviens, des silicozes – dans les fonderies, on utilise beaucoup de sable et les salariés étaient très exposés – j'ai dû faire des enquêtes pour regarder s'il y avait des aspirations au poste de travail, mais il y avait tellement de poussières partout que... ffff, je pense rétrospectivement que c'était anodin. Vous voyez, on s'en tenait à un truc très fermé pour pouvoir se dire “je fais quelque chose sur ce petit truc” alors que l'environnement était tel par ailleurs que c'était dérisoire, mais voilà, je pense que c'était la stratégie de la collègue qu'il y avait avant moi, inconsciemment : je m'attaque à un petit truc pour avoir prise. Je la comprends, je suis sortie de ces deux ans, je ne savais plus où j'en étais professionnellement. J'avais l'impression d'être passée à côté de tout, j'étais tellement sidérée. Je pense qu'elle a eu cette position de défense qui était peut-être la seule tenable... Je ne me suis pas intéressée aux risques chimiques et aux cancers professionnels alors qu'il y avait sans doute très, très fort à faire, mais voilà, c'est comme ça. »
[Entretien inspectrice du travail A., mai 2015]

Ainsi, devant la somme des infractions à la législation du travail et des risques d'atteinte à la santé, un agent de contrôle lui-même est en nécessité de devoir hiérarchiser ses

²¹⁹ *Ibid.*

interventions pour échapper à la « sidération » et mener à bien son activité. Dans ce contexte de hiérarchisation des risques, si les expositions cancérigènes sont bien souvent les dernières à être appréhendées, c'est aussi parce que leurs effets sont invisibles au sein de l'espace du travail.

2.3.2. Des effets quasi-invisibles : une maladie à retardement et cachée

C'est souvent au moment de la retraite ou alors qu'ils exercent une autre activité que celle qui a pu les exposer à des cancérigènes que les salariés ou anciens salariés découvrent qu'ils sont atteints d'un cancer. M. Tounsi, par exemple, à 53 ans, est « ouvrier polyvalent » depuis 10 ans dans l'entrepôt d'un grossiste en boissons lorsque son cancer du poumon est diagnostiqué. Son travail consiste alors à trier les bouteilles, alimenter une chaîne pour la mise en caisses de ces bouteilles, emballer le café, préparer les commandes, vider et charger les camions²²⁰, une activité pour laquelle le collectif d'experts n'identifie aucune exposition aux cancérigènes. En revanche, il a été exposé à l'amiante durant ses premières années d'activité professionnelle, entre 1970 et 1973, lorsqu'il était menuisier et installait des faux plafonds dans les magasins et parcs d'exposition et, surtout, durant onze ans aux fumées de soudage, lorsqu'il exerce comme soudeur pour plusieurs petites entreprises de tôlerie-chaudronnerie qui travaillent en sous-traitance. Dans l'une, il réalise des pièces pour Poclair :

« C'était du soudage semi-automatique, ça dégagait beaucoup de fumée. [...] Et après, la maison Poclair, ils ont trouvé un autre moyen, ils ont dit au patron, faut faire au fil fourré, c'est comme on soude avec la baguette mais avec un fil spécial, de couleur noire, et ça dégage une fumée très très jaune et la chaleur, c'est désagréable » [Entretien avec M. Tounsi, novembre 2011 (avec Christophe Coutanceau)]

Dans une autre, il soude « des tôles vertes, pleines d'huile, pour fabriquer le coin où on range les crics pour Citroën, la voiture Visa et la 104 ». L'atelier est long mais bas de plafond :

« Quand on commence tous à souder, on dirait vraiment c'est le brouillard, pas aéré ni rien du tout. Sans doute que les voisins le savent très bien là-bas. Que de la soudure, toujours le même truc. J'ai quitté la maison, j'ai sorti, j'en avais marre. » [Entretien avec M. Tounsi, novembre 2011 (avec Christophe Coutanceau)]

Au moment de la survenue de son cancer, M. Tounsi n'a plus aucun contact avec ses collègues soudeurs, aucun moyen de les alerter, de faire cas de son cancer comme symbole des effets cancérigènes des fumées de soudage. Comme dans les cas de M. Boutef et de M. Lazari, il arrive toutefois, plus rarement, que la maladie survienne alors que le poste occupé est toujours exposé aux cancérigènes. Pour autant, même dans ce cas de figure, le cancer du poumon conduit le salarié qui en est atteint à quitter

²²⁰ Reconstitution du parcours RBA PNO 08 006 [Archives GISCO93].

le monde du travail : le diagnostic survient alors qu'il est déjà en arrêt maladie et les soins et traitements – dont on verra plus loin combien ils sont chronophages – l'y maintiennent.

À la question de la temporalité liée aux effets différés de ces risques, s'ajoutent d'autres dimensions, sociales et psychosociales. D'une part, les (anciens) salariés atteints de cancer ont pu jusqu'à peu ignorer la teneur de leur diagnostic. Jusqu'à l'apparition du sida, le médecin détenait le pouvoir de révéler ou de ne pas révéler leur diagnostic à ses patients et, face à une maladie grave et mortelle, la déontologie partagée par la profession était celle de n'en rien dire²²¹. Il s'agissait notamment d'éviter de perturber un malade pour « rien », dans le sens où cette information n'avait aucune incidence sur les traitements et leurs résultats. En revendiquant le droit d'être informés, autant du diagnostic que des stratégies thérapeutiques, et le droit d'être respectés dans leurs souhaits, les malades séropositifs mobilisés au sein d'associations comme Act-Up ou Aides ont bouleversé la relation jusqu'alors existante entre les médecins et leurs patients²²². Ces droits ont été successivement introduits dans la loi et le médecin a désormais une obligation légale d'informer précisément ses patients sur leur état de santé²²³. Dans le cadre de la pathologie cancéreuse, plus spécifiquement, un dispositif d'annonce du diagnostic a même été codifié depuis 2006²²⁴. Mais cette obligation demeure difficile à mettre en œuvre : une importante littérature professionnelle est consacrée aux questions de la vérité à dire et de ses modalités²²⁵. Un récent sondage conduit auprès de médecins révèle qu'en 2015 encore, 44 % des médecins français préfèrent « s'abstenir d'annoncer un diagnostic grave en situation de fin de vie pour conserver la motivation du patient²²⁶ ».

Dans le cadre de l'enquête du GISCOP93, il est encore possible de croiser des patients non informés sur leur diagnostic, soit parce que le médecin a utilisé des termes médicaux qui ne font pas sens pour le patient, comme « tumeur » ou « carcinome », soit parce que la famille a demandé au médecin de ne rien dire au patient. Dans le cas de M. Choufi,

²²¹ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.

²²² Janine Barbot, *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

²²³ La loi hospitalière de 1991, puis la loi du 4 mars 2002.

²²⁴ L'accès au dispositif d'annonce est d'ailleurs devenu un élément constitutif de l'autorisation donnée aux établissements de santé pour traiter les malades atteints de cancer. Voir *Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011*, INCA, mai 2012.

²²⁵ Christine Delaporte, *Dire la vérité aux malades*, Paris, Odile Jacob, 2001. Le cancérologue Maurice Tubiana a, par exemple, du mal à cacher son désaccord avec l'obligation d'annonce lorsqu'il évoque, dans la préface d'un dictionnaire des cancers, « cette volonté nouvelle de vérité qui [...] contribue à déstabiliser certains malades, que l'on oblige à entendre ce qu'ils pressentent déjà mais qui, tel un mari qui sait sa femme infidèle, préféreraient ignorer » : Maurice Tubiana, « Préface », dans Bernard Hoerni et al. (dir), *Les cancers de A à Z, histoire, science, médecine, société*, Saint-Chéron, Éditions Alain Schrotter, 1995, p. 10. Voir aussi Martine Ruszniewski, « Faut-il dire la vérité au malade ? » *Revue des Maladies Respiratoires*, vol 21, n° 1, février 2004, p. 19-22 ; J.-M. Bréchet, « Quelle vérité au patient et à sa famille ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol 24, n° 8-C2, octobre 2007, p. 131-136.

²²⁶ Source : « Les médecins français et l'éthique médicale », sondage de Medscape 2015, accessible en ligne sur <http://francais.medscape.com/public/ethique> [consulté le 26 juin 2016].

71 ans au moment du diagnostic, les deux phénomènes se sont croisés. Sa fille m'explique ainsi :

« Le cancer ? Il ne savait pas. Moi, je savais, mais je n'ai pas voulu lui dire, parce que je sais que mon père, c'est pas un battant, il baisse les bras facilement. Si on lui dit cancer, il a les larmes aux yeux. Quand il a eu sa chimio, je lui ai dit que c'était des antibiotiques. Je ne savais pas comment c'était au début, je croyais qu'on allait le brûler, mais c'est juste une perfusion, alors je lui ai dit antibiotiques. La chimio, le fait de ne pas savoir, ça s'est très bien passé. On s'est mis d'accord avec mes frères, on lui disait qu'il avait une infection, qu'il fallait faire attention à ne pas attraper froid, à ne pas être à côté de gens malades. Ça l'a aidé, sinon, il ne va jamais s'en sortir.

Mais je croyais que le médecin devait le dire à la personne...

Oui, il l'a dit, mais il n'a pas dit "cancer", il a dit "tumeur" et mon père il n'a pas compris. Moi si, d'ailleurs, je crois que ma mère elle a compris en voyant ma tête. Et tout de suite, j'ai demandé au médecin si je pouvais lui parler à part, il m'a tout expliqué. Le docteur X, il voulait qu'on lui dise, mais je lui ai dit "Non !" C'est mon père, je le connais, il est fataliste, si on lui dit, il ne se battra jamais. Pour lui, le cancer, c'est la mort. Pour moi aussi, c'était ça. [Journal de terrain, octobre 2011]

La stratégie mise en place par la fille de M. Choufi pour ne pas rendre tangible la pathologie cancéreuse sur l'énoncé d'un diagnostic contribue, dans une perspective d'accès au droit à réparation, à faire obstacle à toute possibilité pour celui-ci de déclarer son cancer en maladie professionnelle, mais également à des collègues ou anciens collègues de pouvoir « compter » les malades, comme on a vu l'importance, dans les pages précédentes de pouvoir « compter les morts » pour prendre conscience des risques cancérogènes ?

C'est parfois le patient lui-même qui refuse d'informer son entourage, ses amis ses collègues de son état de santé. Le cas de M. Colard est à cet égard significatif. Embauché en 1966, à l'âge de 17 ans, comme dessinateur industriel chez un important équipementier automobile, il y effectue toute sa carrière, avec une parenthèse de douze mois correspondant à son service militaire. Il bénéficie dès l'âge de 50 ans d'une pré-retraite, son entreprise étant inscrite dans la liste de celles ouvrant droit à l'Allocation de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA)²²⁷. Issu d'une entreprise de taille importante – 4 000 salariés au milieu des années 1960 –, informé des dangers de l'amiante, il se situe dans une configuration relativement rare au regard des autres patients du GISCOP93 : sa longue présence dans l'entreprise lui a permis de

²²⁷ Ce dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été instauré par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il vise à compenser la perte d'espérance de vie des salariés exposés à l'amiante. Il concerne aujourd'hui trois catégories de personnes qui, toutes, doivent être âgées d'au moins 50 ans : les (anciens) salariés d'établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de déflochage et d'établissements de réparation ou de construction navale figurant sur une liste établie par arrêté (liste 1), les ouvriers dockers de certains ports et le personnel portuaire assurant la manutention (liste 2) et enfin les (anciens) salariés du régime général ou du régime agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante. L'entreprise de M. Colard a été inscrite sur la liste fixée par arrêté dès juillet 2000 ; il y est fait mention d'une exposition à l'amiante entre 1951 et 1996.

renforcer des liens avec ses collègues et de maintenir ses relations au-delà du cadre professionnel.

Pourtant, lorsqu'il s'agit de pouvoir enrichir son dossier, notamment en matière de preuves d'exposition à son poste, sa veuve exprime sa difficulté à se tourner vers ceux-ci pour obtenir des témoignages :

Il ne voulait pas que les gens sachent qu'il était malade. "De toute façon, la saloperie ne m'aura pas, je lui niquerai la gueule", qu'il disait. Il a tenu 4 ans. M. X [le médecin] nous a dit de faire un dossier [de déclaration en maladie professionnelle], il nous a donné tous les papiers. Mais mon mari ne voulait pas l'envoyer, c'est moi qui l'ai fait. [Journal de terrain, janvier 2013]

Ce refus de dire sa maladie peut revêtir plusieurs significations, impossibles ici à démêler. Le diagnostic du cancer peut susciter chez celui qui en est atteint le déni, la superstition, la honte ou la gêne. Aline Sarradon-Eck rappelle à ce propos que le début des soins est :

« une épreuve sociale, car le traitement inscrit la maladie dans les corps en modifiant l'image corporelle. Il perturbe les relations sociales en empêchant le malade d'exercer ses activités sociales, mais surtout en raison du regard social sur la maladie induit par les stigmates du traitement : peur de la mort renvoyée par les autres, isolement, voire mort sociale²²⁸. »

Quels qu'en soient les motifs, ce non-dit rend la maladie puis le décès de M. Colard inaccessibles à la connaissance de ses (anciens) collègues, tout comme leur origine professionnelle. Comme en rendent compte ces différents exemples, les salariés en poste ne sont ainsi pas confrontés à la maladie de leurs collègues, le cancer du poumon n'est pas visible dans l'espace de travail, il ne peut constituer un signal d'alerte, comme peuvent le faire les doigts coupés ou les allergies. Il ne peut jouer le rôle que Gilbert Mury attribue aux séquelles de l'accident du travail :

« Dans la classe ouvrière l'image de l'accident toujours possible est ressentie comme une terrible menace. Mais, pour cette raison, elle est écartée de la conscience claire. Or, l'ouvrier handicapé est cette image à l'état vivant. Si cette impression est consciente, elle pourrait être critiquée. Mais elle est suffisamment confuse pour qu'il soit impossible de la cerner. N'importe quel travailleur sait très bien qu'un accidenté ne porte pas malheur. Mais devant un accidenté, il sent monter en lui la menace de l'accident²²⁹. »

Le salarié atteint de cancer n'est pas en mesure, lui, de personnifier dans l'espace de travail l'image du risque cancérigène. Eloignée du travail par sa latence ou pour les raisons évoquées ci-dessus, la pathologie cancéreuse est renvoyée à l'espace du privé, de l'intime, et échappe à la possibilité pour le collectif de travail de « compter ses morts », de se compter. Les risques cancérigènes sont alors invisibles aux travailleurs parce que

²²⁸ Aline Sarradon-Eck, « Le cancer comme inscription... », chap. cité, 2009, p. 288.

²²⁹ Gilbert Mury, *Le sang ouvrier...*, ouvr. cité, 1974, p. 62.

la maladie elle-même leur est invisible, parce qu'elle échappe aux possibilités de la nommer, de la voir, de la comprendre et donc de la relier au travail.

Ce processus d'invisibilité des malades du travail est plus radical encore pour certains segments de la main-d'œuvre et pour certaines conditions d'emploi. Eric Gerkeens évoque ainsi l'intervention d'un médecin de l'Institut d'hygiène des mines, un organisme du patronat charbonnier belge, visant à mettre en place des structures hospitalières dédiées aux mineurs silicosés : il s'agit « d'éviter l'impression fâcheuse que laisse, dans les milieux ouvriers, l'agonie parfois terrible des mineurs atteints de dyspnée²³⁰ ». De même, les modalités de contrat de certains travailleurs immigrés provoquent l'éloignement des corps malades, leur retrait au-delà des frontières nationales. Jusqu'en 1980, les mineurs marocains n'étaient ainsi recrutés par les Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais que sur des contrats courts – de six mois à deux ans selon les périodes, avec un délai obligatoire de trois à quatre mois entre chaque nouveau contrat – le moindre symptôme d'une maladie valait non renouvellement du contrat et donc interruption du droit au séjour²³¹. Frédéric Décosse décrit très précisément ce phénomène d'invisibilisation des atteintes liées au travail par leur « externalisation », leur « extra-territorialisation²³² » dans le cas des travailleurs agricoles saisonniers sous contrat de l'Office des migrations internationales (OMI). Éléments d'un « salariat bridé²³³ » pour lequel le titre de séjour et le bénéfice des droits sociaux – la protection sociale notamment – sont conditionnés au contrat de travail, ces saisonniers sont le plus souvent affectés au traitement chimique, là où les risques toxiques sont les plus importants :

« L'assignation des saisonniers au traitement tend de fait à concentrer le risque chimique sur une catégorie de travailleurs à la fois moins formés, organisés et suivis médicalement et donc (et ce d'autant plus que si le roulement répartit les quantités de produits ingérées, il diminue également la probabilité que l'employeur forme les saisonniers et les signale comme applicateurs devant faire l'objet d'une surveillance médicale spéciale) invisibilise les expositions et externalise in fine les futures affections²³⁴. »

Cette stratégie d'externalisation des futures affections est ancienne, comme le montre l'encadré ci-dessous. D'autres mécanismes contribuent à rendre invisibles les conséquences des expositions aux cancérogènes dans l'univers de travail et ne prête pas

²³⁰ Cité par Éric Geerkens, « La négociation collective d'une maladie professionnelle : la pneumoconiose des ouvriers mineurs en Belgique (C. 1937-C.1970) », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail...*, ouvr. cité, 2014, p. 66.

²³¹ Ce renouvellement s'effectuait après avis favorable du chef de siège et du service médical. Marie Cegarra, *La mémoire confisquée. Les mineurs marocains dans le Nord de la France*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 1999, p. 53 notamment.

²³² Frédéric Décosse, « Entre "usage contrôlé", invisibilisation et externalisation. Le précaire étranger face au risque chimique en agriculture intensive » *Sociologie du travail*, n°55, 2013, p. 336.

²³³ Yann Boulier-Boutang, *De l'esclavage au salariat, économie historique du salariat bridé*, Paris, PUF, 1998. Cité par Frédéric Décosse, « La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ? », *Études rurales*, n°182, 2008/2, p. 107.

²³⁴ Frédéric Décosse, « Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI" », thèse pour le doctorat en sociologie, EHES, 2011, p. 426-427.

à « se compter » comme l'évolution des formes de l'emploi, notamment l'augmentation du recours à l'interim et à la sous-traitance pour les activités souvent les plus exposantes : l'absence de stabilité dans l'entreprise, le turn-over, ne favorisent pas les liens entre ces salariés qui, lorsqu'ils sont malades, n'apparaissent pas aux effectifs de l'entreprise donneuse d'ordre.

L'invisibilité des risques cancérogènes par le recours à la main-d'œuvre immigrée

Le recours à la main-d'œuvre immigrée est de longue date, par le jeu des contrats temporaires et du retour au pays, un facteur d'invisibilité des risques professionnels.

En 1901, l'Office du travail publie une brochure sur *les Poisons industriels*. Énumérant une série d'agents toxiques et leurs conséquences sur la santé des travailleurs, il relève toutefois que « ces chiffres sont au-dessous de la réalité, car nombre d'ouvriers, devenus infirmes, quittent le travail et s'en vont sans qu'on sache ce qu'il sont devenus²³⁵ ». Pour confirmer cette sous-estimation des données, il présente une étude réalisée par le docteur Léon Berthenson, médecin honoraire de l'empereur de Russie, sur l'industrie du pétrole à Bakou. Celle-ci rend compte d'une importante division sociale du travail et des risques. Le travail auprès des puits en fontaine, « sous des torrents de naphte », représente l'une des activités les plus dangereuses : empoisonnement du sang, anémie, affections cutanées, maladies pulmonaires, papillome, conjonctivite, etc. Mais il est difficile de dénombrer les maladies professionnelles : « Le travail des fontaines est fait par les "Gamchari", c'est-à-dire par les plus misérables d'entre les Tartares, du sort desquels personne ne s'inquiète, surtout s'ils travaillent à la journée : "Il a reçu sa paye et il s'en est allé on ne sait où." Cette remarque s'applique aussi aux ouvriers perses, lesquels, atteints de maladie, quittent le travail et disparaissent sans avoir mis les pieds à l'hôpital ou chez les médecins²³⁶ ».

En 1930, c'est un inspecteur du travail étudiant les conditions d'hygiène des travailleurs des cokeries en Lorraine qui relate l'impossibilité de mesurer le taux de morbidité dû aux cokeries parce que « au cours de ces dix dernières années, on a surtout recruté pour ces établissements des travailleurs étrangers instables, se livrant peu à l'observateur. En effet, venus en France pour remplir un contrat d'une durée déterminée, rien ne les retient dans une localité plutôt que dans toute autre²³⁷ ».

Dans leurs travaux sur la silicose, Paul-André Rosental et Jean-Claude Devinck identifient pareillement le recours à la main d'œuvre étrangère comme permettant de « minimiser [...] la morbidité et la mortalité observable²³⁸ ». Jean-Baptiste Fressoz, relatant les stigmates du travail chez les ouvriers exerçant dans les entreprises de fabrication de la soude – difficultés respiratoires, perforation des cloisons nasales, pertes de l'odorat et du goût, perte de la dentition, œil brûlé par des projections de soude²³⁹... – note que « l'invisibilité presque totale de ces souffrances extraordinaires jusqu'à la fin du XIX^e siècle fut produite par une gestion spécifique de la main-d'œuvre : importation de travailleurs étrangers, sélection médicale des ouvriers et rotation rapide des effectifs ».

²³⁵ Office du travail, *Poisons industriels*, Ministère du commerce, Paris, Imprimerie nationale, 1901, p. 170.

²³⁶ Dr Léon Berthenson, « L'industrie du pétrole au point de vue sanitaire », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1897, n° 19, p. 794-795.

²³⁷ M. Babaud, « Note sur les conditions d'hygiène des travailleurs des cokeries et des habitations voisines de ces établissements », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, 1930, n° 21, p. 325.

²³⁸ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie professionnelle "exemplaire", la silicose en France au XX^e siècle*, Rapport final pour la MIRE-DRES/La Poste, décembre 2006, p. 6. Voir aussi Anne-Sophie Bruno, « Inaptitude et immigration en France au XX^e siècle », dans Catherine Omnès et Anne-Sophie Bruno (dir.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 125-145.

²³⁹ Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Paris, Seuil, « L'univers historique », 2012, p. 194-197.

Particulièrement active sur le bassin de Fos-sur-Mer, l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) relève ainsi qu'entre 1998 et 2015, 22 cas de cancers ont été reconnus en maladie professionnelle parmi le personnel de la cokerie de ArcelorMittal. Encore ne s'agit-il que du personnel « organique ». Les données concernant les sous-traitants et intérimaires sont rendues totalement invisibles dans la conception même du système statistique de l'Assurance maladie. Selon la CARSAT, il serait en effet impossible, « avec les systèmes d'information existants, d'établir le nombre de maladies professionnelles reconnues pour des salariés ayant, dans leur parcours professionnel, exercé des missions ou des travaux pour le compte de leur employeur dans les installations d'ArcelorMittal, de requêter sur les maladies professionnelles imputées au compte spécial pour déterminer celles dont la victime travaillait chez ArcelorMittal ». L'APCME qui, dans le cadre de son réseau de médecins, a pu identifier 17 cas de cancers reconnus en maladie professionnelle parmi le personnel sous-traitant, en conclut que l'impossibilité pour l'Assurance maladie de réaliser ce type de requêtes, « c'est offrir deux excellents moyens pour éliminer les cancers imputables à la cokerie du champ de vision : n'employer que du personnel sous-traitant, les éventuels cancers étant alors imputés au compte des entreprises extérieures et systématiser la rotation des "organiques", les éventuels cancers du personnel Mittal étant imputés au "compte-spécial" si leur carrière comporte des travaux effectués dans d'autres services (aciérie, laminoirs, haut-fourneau, etc.)²⁴⁰. »

Conclusion

L'information sur l'existence du droit à réparation ne favorise pas, à elle seule, le recours au droit à réparation. Il convient également que les salariés ou anciens salariés parviennent à se sentir concernés, c'est-à-dire à considérer leur travail comme ayant pu jouer un rôle dans la survenue de leur cancer.

Or, il apparaît que la plupart d'entre eux ignorent le caractère cancérigène des produits qu'ils ont utilisés ou de leurs procédés de travail ou encore ignorent qu'ils y ont été exposés. Le cas de l'amiante est à cet égard emblématique, qui peut sembler inattendu au regard des mobilisations de victimes de l'amiante, de leur dynamisme associatif et de leur visibilité médiatique : se savoir exposé à l'amiante ne va toujours pas de soi. Le GISCOP93 joue ainsi, en restituant sa connaissance des expositions cancérigènes, le rôle du tiers par lequel il est possible de percevoir un préjudice, comme il a été démontré dans ce chapitre.

Mais l'analyse du recours au droit à réparation ne peut être dissociée de celle des conditions d'emploi et de travail des requérants potentiels, ni du rôle qu'a joué le travail

²⁴⁰ Rapport d'activité APCME, décembre 2015, p. 16. Accessible sur www.sic-apcme.net [consulté le 5 mars 2016].

dans leur vie. C'est dans cette mise en tension que l'exercice du droit peut ou non se réaliser.

Le recours au droit est également conditionné par le contexte relationnel et social dans lequel il s'insère, c'est tout l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 3

Se reconnaître éligible

On a vu dans le chapitre précédent que la possibilité d'exercer son droit à réparation des maladies professionnelles était enracinée dans l'histoire singulière et collective des expériences et conditions de travail et d'emploi des salariés ou anciens salariés atteints de cancer. L'intervention d'un tiers est le plus souvent nécessaire pour leur restituer une connaissance sur leurs expositions cancérogènes. Mais, si elle est un préalable, cette connaissance ne suffit pas à faire advenir la perception d'un préjudice.

Ce chapitre veut démontrer comment la conviction d'une origine professionnelle de son cancer se construit en interaction avec un contexte relationnel et social, au centre duquel se situent la maladie elle-même et ses effets. Il procède en quatre temps.

Il présente d'abord combien le rôle du corps médical est déterminant. Il est en effet tout à la fois à l'origine du diagnostic du cancer, opérateur des soins et traitements et porteur d'une représentation de la maladie. Mais il est aussi celui sur qui repose la possibilité de déclarer ou non sa maladie professionnelle : c'est lui qui doit rédiger le certificat médical qui représente l'entrée légale dans la procédure. Les salariés ou anciens salariés sont ainsi placés en situation d'étroite dépendance.

Il s'attache ensuite à rendre compte de l'expérience de la maladie cancéreuse pour les (anciens) salariés et leurs proches, dans toutes ses dimensions notamment médicales et sociales. Elle représente un véritable bouleversement qui n'est pas incidence sur l'appréhension du droit à réparation.

Dans le contexte de cette maladie grave et mortelle, des tiers peuvent représenter un point d'appui essentiel dans l'exercice du droit comme, sur ce terrain d'enquête, les proches et les services sociaux. Ils sont toutefois saisis eux-mêmes dans un éventail de contraintes au regard desquelles le droit à réparation peut faire figure d'un dispositif sans grande pertinence.

Il s'agit alors pour les requérants, les salariés ou les anciens salariés ou leurs proches, de parvenir à construire un sens à l'exercice du droit : la dernière partie de ce chapitre rend compte du processus de construction de leur sentiment d'éligibilité.

1. Une dépendance vis-à-vis du corps médical

C'est au moment où elles sont touchées par une maladie d'origine professionnelle que les personnes concernées, salariés ou anciens salariés, peuvent exercer leur droit à réparation. Dans cet espace-temps rétréci par les soins et traitements, il est une rencontre à laquelle aucune d'entre elles ne peut échapper : celle avec les médecins. Et cette rencontre – ou plutôt ces rencontres, tant une diversité de médecins se trouve alors mobilisée, des généralistes aux oncologues, en passant par les médecins-conseil¹ – s'avère déterminante.

Le recours au droit ne peut s'analyser sans mesurer la situation de dépendance dans laquelle sont placés les patients atteints de cancer vis-à-vis du corps médical. Nous verrons d'abord que les médecins ont le pouvoir d'ouvrir ou de fermer l'accès au droit à réparation pour leurs patients, à l'image du garde-barrière sur une voie de chemin de fer, et comment ils s'en emparent, en partant de l'expérience vécue par les malades concernés. Nous montrerons ensuite le peu d'attention qu'accorde le corps médical, médecins du travail compris, aux risques professionnels, dans leur façon d'envisager l'état de santé de leurs patients.

1.1. Les médecins « gardes-barrières de l'accès au droit² »

On se souvient du cas de M. Lorcy, « tombé de l'armoire » lorsque son médecin hospitalier lui suggère l'origine professionnelle de son cancer auquel lui-même n'aurait pas songé. Le médecin a ainsi joué un puissant rôle d'éveil dans sa prise de conscience d'un préjudice professionnel. Ce faisant, il a en fait respecté celui que le droit à réparation confie au corps médical : il revient en effet aux médecins de rédiger le certificat médical initial (CMI)³ sans lequel leur patient ne peut déclarer sa maladie auprès de l'Assurance maladie. En ce sens, ils sont censés interroger les liens éventuels existants entre la maladie et l'activité professionnelle de leurs patients⁴.

Les médecins sont ainsi implicitement placés en situation d'« autoriser » ou de ne pas « autoriser » leur patient à solliciter une réparation selon qu'ils acceptent ou qu'ils refusent d'établir ce certificat. Autrement dit, ils peuvent être considérés comme des

¹ Les médecins-conseils sont ici les médecins de l'Assurance maladie. Ils ne pratiquent pas la médecine mais interviennent notamment, dans le cas des maladies professionnelles, pour certifier le diagnostic établi par le médecin qui a rédigé le certificat médical « en maladie professionnelle » et, en fin de parcours, pour fixer le taux d'incapacité de la personne malade, dont dépend le montant de l'indemnisation.

² La formule est empruntée à Pascal Marichalar dans « "C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on a besoin." Ouvriers malades de leur travail face à la médecine », *Agone*, 2016, n° 58, p. 105-122.

³ Le Code de la sécurité sociale précise que « le praticien [...] remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa (Article L 461-5 du CSS).

⁴ Les médecins sont également tenus de signaler toutes les maladies à caractère professionnel, qui n'ont pas vocation à être indemnisées mais favorisent la connaissance sur les risques liés au travail et, en principe, l'évolution des tableaux de maladie professionnelle.

« gardes-barrières » de l'accès au droit. Le salarié ou ancien salarié victime d'un cancer d'origine professionnelle dépend donc de l'engagement d'un médecin dans ces démarches médico-administratives.

On verra tout d'abord que cette obligation légale est peu respectée. Les patients de l'enquête du Giscop93 profitent ainsi d'un contexte médico-légal plus favorable que celui d'autres salariés ou anciens salariés atteints de cancer : les médecins des services hospitaliers dont ils dépendent sont, de par leur participation au dispositif, particulièrement sensibilisés au droit à réparation. Mais pour autant, leurs formes d'implication sont très contrastées et témoignent de la force d'imposition du cancer comme maladie des comportements individuels.

1.1.1. La rédaction du CMI : une obligation légale peu respectée

La rédaction du CMI ressort des obligations liées à l'exercice de la profession médicale. L'article 76 du Code de déontologie médicale rappelle ainsi que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires⁵ ». Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) précise à cet effet que le médecin « ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises. Il en a l'obligation pour les certificats exigés par les lois et règlements⁶ ».

Mais, en pratique, peu de médecins consentent à rédiger ces certificats. Ce phénomène est identifié de longue date comme l'un des obstacles majeurs à la déclaration et à la reconnaissance des maladies professionnelles. Le dernier rapport consacré à la sous-déclaration des maladies professionnelles⁷ reprend d'ailleurs des constats mentionnés dès le début des années 1980⁸ et régulièrement mentionnés dans la succession de rapports administratifs et parlementaires concernant le système de réparation : il signale « l'absence de formation et d'information adéquate⁹ » des médecins et rappelle que, « sur les six années d'étude de médecine, seules neuf heures sont consacrées en moyenne à la médecine et santé au travail¹⁰ », qu'il n'existe par ailleurs aucun enseignement sur l'origine professionnelle des cancers dans le cursus d'oncologie, à

⁵ Source : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf [consulté en septembre 2014].

⁶ *Ibid.*

⁷ Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, juin 2014. En ligne sur www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP [consulté le 5 mars 2015].

⁸ Martine Ternois et *al.*, « Le médecin généraliste face à la pathologie liée au travail, approche psycho-sociologique », CNRS, Centre d'études sociologiques, unité « Santé et société », 1982, annexe I au rapport Buhl-Lambert ; Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance...*, ouvr. cité, 1991.

⁹ *Ibid.*, p. 56.

¹⁰ *Ibid.*, p. 58.

l'exception toutefois des pneumologues, « les mieux formés car l'histoire de la médecine du travail est très liée à cette discipline¹¹ ».

À la fin des années 2000, à partir d'une série d'entretiens avec des praticiens de diverses disciplines, Anne-Claire Brisacier a pu relever l'éventail des motifs sur lesquels repose cette absence de participation des médecins à la déclaration des cancers d'origine professionnelle¹² : au manque de formation sur les liens entre santé et travail s'ajoutent une culture professionnelle dominante tournée vers la recherche des facteurs de risque individuels (tabac et alcool), la primauté accordée aux soins au détriment d'une attention portée aux droits médico-administratifs et, enfin, l'absence de liens et de cohésion entre les différents médecins – du travail, généralistes, cliniciens hospitaliers – qui se renvoient chacun la responsabilité en matière d'engagement dans cette démarche. Ces différentes études confirment des constats déjà posés, comme nous le verrons ultérieurement, dès les premières années d'application de la loi sur la réparation des maladies professionnelles, dans les années 1920¹³.

1.1.2. L'autorité médicale : « C'est le médecin qui l'a dit »

Les propos des enquêtés au cours de leur accompagnement en attestent : leur médecin oncologue a joué un rôle essentiel dans leur éveil de conscience à l'éventualité d'un lien entre leur pathologie et leur(s) activité(s) professionnelle(s). D'abord, c'est lui qui a proposé à la signature des patients le formulaire de consentement pour participer à l'enquête du GISCOP⁹³. Ensuite, au vu des résultats de certains examens, il a parfois déjà pu constater la présence de fibres d'amiante dans les poumons – une situation extrêmement rare – et interroger les patients à ce sujet, avant même que l'entretien de reconstitution du parcours professionnel n'ait eu lieu. Par la parole du médecin, la responsabilité du travail, qui demeurait jusque-là souvent impensée, a commencé à être interrogée par les patients ou leur entourage. « C'est le médecin qui l'a dit » : la phrase revient régulièrement. Elle signifie tout à la fois que les patients n'y auraient pas pensé tout seuls et que le médecin détient une parole légitime, c'est-à-dire qu'il « sait ce qu'il dit », qu'il a les compétences.

L'exemple de Mme Blain, 68 ans, en est une illustration. Au moment de l'échange ci-dessous, elle vient de recevoir le certificat médical qui lui permet de constituer son dossier de déclaration, elle ignore tout du droit de la réparation et demande des explications :

¹¹ *Ibid.*, L'histoire des maladies du travail est en effet très liée à la question des environnements de travail poussiéreux, responsables de nombreuses pathologies pulmonaires, parmi lesquelles la silicose.

¹² Anne-Claire Brisacier, *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en France*, thèse de médecine, spécialité santé publique et médecine sociale, Université Paris 6, 2008.

¹³ Se reporter au chapitre suivant.

« N'importe comment j'y pensais pas. C'est un docteur qui est passé un jour dans ma chambre, qui a discuté avec moi, qui m'a demandé mon répertoire...

- *Votre répertoire ?*

- Oui, où j'avais travaillé. Et quand je lui ai raconté, elle m'a dit que je pouvais avoir un certificat. Mais le professeur, il m'a dit que ça n'aurait pas forcément de la valeur. Il a fait un bon certificat quand même. Il a parlé du goudron, je n'y avais pas pensé. N'empêche que mon cancer des bronches, de la respiration, c'est caractéristique. Et je ne fumais pas. [Journal de terrain, avril 2010]

Hospitalisée à l'hôpital Gamma, Mme Blain a été interpellée par le médecin qui, dans le service oncologie, veille à orienter les patients atteints de cancer broncho-pulmonaires vers l'enquête du GISCOP93. Ce faisant, ce médecin suggère implicitement l'éventualité d'un lien entre ses activités professionnelles passées et sa maladie. La reconstitution du parcours de Mme Blain, puis son expertise, font apparaître des expositions à plusieurs cancérogènes : pour avoir notamment travaillé comme « pervenche¹⁴ » à la Ville de Paris durant 17 ans, Mme Blain a été exposée aux gaz d'échappement essence et diesel. Sur la base de ce résumé transmis par le GISCOP93, le professeur d'oncologie a accepté de rédiger le certificat médical initial (CMI) en maladie professionnelle. Mme Blain s'engage alors dans la démarche de reconnaissance sans rien connaître du droit de la réparation et de ses enjeux, comme la plupart des patients. C'est le médecin, avec son certificat, qui l'a invitée à emprunter le chemin de l'accès au droit à réparation, procédure dont elle ne connaît ni les termes ni les modalités. « C'est une chose que je comptais pas, si le docteur n'était pas venu me parler... », ajoute-t-elle avant de raccrocher.

Il en est de même pour M. Le Dantec, âgé de 60 ans, suivi dans un autre service hospitalier. Monteur-électricien tout juste à la retraite, il a travaillé durant 30 ans dans la construction ou la rénovation d'appartements, pour différentes entreprises : pour faire passer les câbles électriques, il intervenait sur les murs, les plinthes, les faux plafonds, les planchers, il réparait et installait également des prises, des disjoncteurs. Il travaillait en permanence aux côtés d'autres corps de métier – des peintres, des maçons, des menuisiers, des serruriers... – dans la poussière liée à la découpe, à la soudure, au calorifugeage¹⁵ et sans aucune protection¹⁶. En janvier 2010, quatre mois après son départ en retraite, et parce qu'il souffre d'une « bronchite inquiétante et qui dure », son médecin lui prescrit une radio, puis un scanner ; il voit de nombreux spécialistes jusqu'à ce que le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire soit posé par un pneumologue :

¹⁴ Les « pervenches » parfois appelées « aubergines », selon la couleur de leur uniforme, sont des agents de la ville de Paris, en charge de sanctionner les contrevenants aux règles du stationnement des véhicules. Leur nom officiel est « agent de surveillance de Paris » (Asp).

¹⁵ L'amiante est le plus souvent au cœur des procédés de calorifugeage jusqu'en 1977, date de l'interdiction du flocage à l'amiante.

¹⁶ Reconstitution du parcours professionnel RBA PNO 10 019 [Archives GISCOP93].

« Il m'a dit "vous avez un poumon en mauvais état", je pensais que c'était la cigarette, j'ai arrêté de fumer du jour au lendemain. Il m'a envoyé à l'hôpital Alpha et c'est le docteur V. qui m'a dit avant l'opération : "C'est professionnel, c'est pas le tabac, vos poumons ne sont pas noirs, il y a des nodules." C'est le premier qui m'a parlé de l'amiante et c'est lui qui m'a dit qu'il faudrait déclarer en maladie professionnelle. » [Entretien avec M. Le Dantec, septembre 2012]

La suggestion de leur médecin est prise d'autant plus au sérieux par Mme Blain et par M. le Dantec que le praticien fait figure d'autorité. Il représente avant toute chose celui par lequel le diagnostic de cancer a été établi ou confirmé et dont ils dépendent pour les décisions thérapeutiques. Le fait qu'il évoque une éventuelle origine professionnelle à leur maladie confère une légitimité forte à cette hypothèse.

L'attitude des médecins de Mme Blain et de M. le Dantec est à mettre en lien, selon leurs propres dires, avec leur participation au dispositif du GISCOP93¹⁷. Reposant sur un partenariat avec plusieurs services hospitaliers, il garantit aux patients concernés et/ou leur entourage l'obtention du certificat médical initial en maladie professionnelle (CMI), indispensable à l'accès au droit. Concrètement, au terme de l'expertise des parcours professionnels des patients de l'enquête, une synthèse en est adressée à leur médecin hospitalier sous la forme d'une « note pour la rédaction d'un CMI » qui précise, selon un ordre chronologique, les activités exposantes, les cancérogènes concernés et préconise sur quel tableau le cancer pourrait être reconnu. C'est sur la base de ces informations partagées que les médecins rédigent les CMI.

1.1.3. Des médecins à l'implication contrastée

Dans ce contexte partenarial, on observe toutefois des formes d'implication très contrastées – d'un médecin à l'autre, selon leurs personnalités, leurs services d'appartenance, l'organisation de ceux-ci, l'attitude de la hiérarchie médicale, etc. Ces différences éclairent, en creux, les difficultés auxquelles sont confrontées les victimes du cancer d'origine professionnelle en dehors de ce cadre favorable.

Au sein des services partenaires, il existe ainsi des praticiens, très engagés dans la recherche des facteurs d'origine professionnelle, qui vont parfois jusqu'à rédiger des certificats à leurs patients sans même attendre les résultats de l'expertise de leur parcours professionnel. Le cas de M. Choufi est à cet égard emblématique. Lorsque le cancer se déclare en 2009, il est alors âgé de 71 ans. Manœuvre dans le bâtiment durant toute sa carrière, il perçoit une retraite de 700 euros et, compte tenu de ses faibles revenus, ne cotise plus à une mutuelle depuis des années. Sa fille revient sur le moment où le médecin hospitalier leur a proposé de participer à l'enquête du GISCOP93 :

¹⁷ Les médecins partenaires du GISCOP93 bénéficient pour une part d'une formation continue à l'accès au droit à réparation sous la forme de restitutions annuelles des résultats de l'enquête au cours desquelles sont partagées les difficultés rencontrées tant par les patients que par les médecins.

La déclaration, on l'aurait jamais faite. On avait la tête ailleurs, [mon père] était en pleine chimio, traitements, on pensait qu'à ça, pas à l'argent¹⁸. Mais c'est le docteur N. qui a insisté, déjà pour des raisons financières. La première fois que mon père est parti à l'hôpital, il avait une grosse infection, on ne savait pas encore que c'était un cancer, il est passé 15 jours, il a eu pour 1 000 euros de frais. Il ne pouvait pas payer [...] Il n'a droit à rien, l'assistante sociale nous a expliqué qu'il dépassait le plafond [de ressource] de 20 euros. [...] J'ai tout pris en charge. Mais après, quand il a eu son cancer, il ne voulait pas aller à l'hôpital, parce qu'il n'avait pas d'argent. J'ai insisté, j'ai dit que j'étais là, il n'a rien voulu savoir. J'ai dû appeler les pompiers en pleine nuit, il étouffait. J'ai expliqué au docteur sa situation, il savait pour les problèmes d'argent. [...] À l'hôpital, on m'a demandé s'il avait travaillé avec l'amiante. Je ne savais pas ce que c'était. Le docteur nous a invités à faire des recherches. Mon père, il allait travailler, il m'a toujours dit qu'il avait du mal à respirer, il travaillait en hauteur, il n'avait plus de souffle et il ne voyait plus rien, c'était comme un brouillard. Personne ne savait que c'était dangereux... Mais il fallait travailler, il partait le matin tôt, il revenait tard, il ne s'est jamais plaint, c'était comme ça. Il ne connaissait pas l'amiante, on a dû lui expliquer, et au niveau du français, il n'est pas très fort, c'est pour ça. » [Journal de terrain, octobre 2012]

Exerçant depuis plusieurs années dans le service de pneumologie de l'hôpital Alpha, le docteur N. est inscrit dans la dynamique du dispositif d'enquête du GISCOP93. Il s'est ainsi construit une expérience des situations professionnelles exposantes. Conscient des difficultés financières de M. Choufi, informé sur son activité de manœuvre en bâtiment, il mesure tout à la fois la forte probabilité d'exposition à l'amiante de son patient et le bénéfice social que celui-ci pourrait retirer d'une reconnaissance en maladie professionnelle, jusqu'à devancer les étapes habituelles de l'enquête – la reconstitution du parcours professionnel et son expertise, en amont de la rédaction du CMI. Ce faisant, il satisfait à ses obligations professionnelles, celles de rédiger « les certificats exigés par les lois et règlements¹⁹ » et permet à M. Choufi d'exercer ainsi rapidement ses droits.

Mme Grandin, elle, n'a pas eu cette possibilité. Âgée de 70 ans et atteinte d'un mésothéliome, cancer de la plèvre dont on ne connaît que l'amiante comme origine, elle est invitée par son médecin oncologue à l'hôpital de Montfermeil à rejoindre l'enquête du GISCOP93. La reconstitution de son parcours professionnel révèle une trajectoire très morcelée, organisée autour d'une douzaine d'emplois – mécanicienne piqueuse, ouvrière à la chaîne dans une usine d'ampoules, couturière sur reliure en cuir, vendeuse en magasin à plusieurs reprises, gardienne d'immeubles, nourrice agréée, soudeuse câbleuse dans une entreprise de fabrication de piles, puis agent administratif. Sur ces 37 années d'activité, le collectif d'experts n'identifie une exposition à l'amiante que sur une période de 4,5 ans : à partir de l'âge de 15 ans, elle confectionne, à partir de rouleaux d'amiante qu'elle découpe au préalable, des cagoules et des moufles pour les pompiers. Son poste de travail est situé sur une mezzanine, au-dessus d'un atelier de

¹⁸ La démarche de déclaration est souvent présentée par les médecins dans une perspective d'indemnisation.

¹⁹ Article 76 du Code de déontologie médicale.

fabrication de joints en amiante. L'atmosphère est chargée en poussière et Mme Grandin doit balayer son espace tous les jours et nettoyer sa machine avec un pinceau²⁰.

Destinataire du résumé d'expertise qui l'invite à rédiger un CMI pour Mme Grandin, son médecin oncologue, le docteur C. de l'hôpital Epsilon, s'y refuse durant plusieurs semaines, considérant la « période d'exposition bien trop courte²¹ », ralentissant ainsi considérablement les possibilités d'exercice du droit pour sa patiente, pourtant atteinte d'une pathologie pour laquelle le décès intervient en moyenne très rapidement : elle ne peut en effet déclarer sa maladie sans l'apport de cette pièce médicale. Il fait ainsi preuve de son ignorance du droit à réparation : d'une part, la maladie peut être déclarée même lorsqu'elle ne correspond pas à tous les critères administratifs du tableau (il ne manque dans son cas que cinq mois d'exposition au regard du tableau 30) et, d'autre part, il existe un consensus scientifique selon lequel le mésothéliome peut résulter de faibles expositions sur de courtes durées. À la différence du médecin précédent, celui-ci n'établit aucun CMI en dehors de ce dispositif d'enquête, *a contrario* de l'obligation liée à sa profession. La note d'expertise du GISCOP93 n'est pas toujours suffisante à sa mise en action : sa participation au dispositif n'infléchit pas les résistances qu'il s'est construites.

Enfin, l'engagement d'un service hospitalier dans la rédaction des CMI peut également évoluer, en lien avec des modifications dans la configuration de l'équipe. À l'hôpital Gamma par exemple, la nomination en 2007 d'un nouveau chef du service oncologie a considérablement transformé les termes du partenariat : si ce nouveau responsable accepte qu'une de ses consœurs continue d'orienter de nouveaux patients vers l'enquête – comme ce fut le cas pour Mme Blain par exemple –, il refuse en revanche que son équipe rédige les CMI²² au prétexte de l'existence, au sein même de l'institution hospitalière, d'une cellule spécialisée : le Centre de consultation de pathologie professionnelle (CCPP). Selon un bilan établi près de huit mois plus tard, il s'avère que l'orientation des patients inscrits dans l'enquête du GISCOP93 vers cette cellule spécialisée s'effectue au détriment de leurs possibilités de recours au droit à réparation : sur vingt-huit éligibles à la déclaration suite à l'expertise de leur parcours professionnel par le GISCOP93, seuls trois d'entre eux ont obtenu un CMI auprès du CCPP²³, soit moins de 11 % des personnes concernées. En cause, la position du responsable de cette unité, le professeur G., n'acceptant de rédiger les certificats qu'à la condition qu'il soit parvenu à se construire l'intime conviction d'un lien de causalité certain entre le travail et la maladie. Plusieurs témoignages de patients évoquent ainsi le refus de ce médecin de

²⁰ Reconstitution du parcours MFE PNO 13019 [Archives GISCOP93].

²¹ Echanges par fax, septembre 2013.

²² Une attitude qui fait écho aux propos d'un médecin urologue sollicité pour un entretien au sujet des maladies professionnelles : « Nous allons perdre notre temps, vous, comme moi. Les maladies professionnelles, il y a des spécialistes qui s'en occupent, moi je ne fais que racler les polypes. » Cité dans Anne-Claire Brisacier, *Contribution des médecins...*, thèse citée, 2008, p. 60.

²³ Lettre de Annie Thébaud-Mony, directrice du GISCOP93, au professeur M., chef du service oncologie de l'hôpital Gamma, 22 avril 2008 [Archives du GISCOP93].

leur « faire le CMI ». Un document éclaire et confirme cette pratique. Il s'agit d'une lettre que ce professeur adresse, « sous pli confidentiel fermé » avec mention du « secret médical », au médecin traitant de la veuve de M. Ahlan à laquelle il en remet une copie :

« Chère consœur,

[...] J'ai expliqué, lors de notre entretien, à Madame Ahlan que son mari souffrait d'une pathologie qui était, au moment de sa découverte au-delà de toute possibilité de traitement curatif et que l'issue fatale était malheureusement inéluctable. Mais Madame Ahlan avait également une autre question, concernant l'origine de cette pathologie. En effet, le tabagisme cumulé d'environ 20PA²⁴, sevré longtemps auparavant, ne lui semblait pas suffisant pour justifier de la survenue de cette tumeur bronchique primitive. [...] Madame Ahlan m'a présenté un document émanant du GISCOP, encourageant à faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle au titre du tableau 30bis, au motif que son mari aurait été exposé en tant que bobinier receveur offset de 1966 à 1997, aux risques d'inhalation de poussières d'amiante. Les données de leur "expertise" du 04/05/2011 lui auraient été communiquées par le docteur A (certificat médical du 07/06/2011). Ces conclusions sont erronées, l'exposition asbestosique à ce poste ne correspond nullement à la colonne [de droite] du tableau 30bis et une démarche en vue d'une reconnaissance de maladie professionnelle à ce titre me paraît sans issue²⁵. »

Bouleversée par les conditions dans lesquelles elle a appris tout à la fois le diagnostic posé sur l'état de santé de son mari et son décès, en colère contre l'institution hospitalière²⁶, Mme Ahlan remet une copie de ce courrier à plusieurs acteurs locaux concernés par la réparation – l'Association départementale des victimes de l'amiante (ADDEVA93), la CPAM, le GISCOP93 – rendant ainsi visible une pratique habituellement confidentielle.

En discréditant à la fois l'expertise rendue par le GISCOP93 (« l'expertise ») – c'est-à-dire par des médecins du travail, des contrôleurs du travail et des hygiénistes industriels – et le certificat rédigé par le docteur A, du service oncologie de l'hôpital Gamma, ce médecin s'accorde l'exclusivité d'un savoir pourtant marqué par l'incertitude. Il contrevient aux

²⁴ Le PA ou paquet/années est une unité de mesure de la consommation de tabac. On l'obtient en multipliant le nombre de paquets consommés par jour par le nombre d'années où la personne a fumé cette quantité : vingt paquets année correspond à la consommation d'un paquet par jour pendant vingt ans, de deux paquets pendant dix ans ou encore d'un demi paquet par jour pendant quarante ans.

²⁵ Lettre du docteur G, responsable de Centre de consultation de pathologie professionnelle, hôpital Gamma, au docteur S, médecin traitant, 6 juillet 2011 [Archives privées de Mme Ahlan].

²⁶ « Il avait fait une radio et, quand on lui a remis les résultats, on ne lui a rien dit. Alors, il a posé la pochette sur la tablette de la télé et il l'a oubliée pendant plusieurs semaines. Mais comme il allait très mal et qu'il maigrissait, on a été à l'hôpital ; là, ils ont vu les résultats et ils ont dit comme ça "c'est le cancer, revenez la semaine prochaine pour qu'on vous opère", ils devaient lui mettre une sorte de boîte pour les produits [un cathéter]. S'il a un cancer, pourquoi ils attendent une semaine ? Et quand on est revenus, ils ont trouvé une chambre pour mon mari, ils devaient l'opérer dans l'après-midi. Mon mari, il voulait pas manger la nourriture de l'hôpital, il m'a dit d'aller faire à manger. J'habite à une heure de l'hôpital, je suis à peine arrivée chez moi que l'hôpital il m'appelle et il me dit "venez vite, votre mari est en train de partir". J'ai rien compris, je suis venue, il était tout seul dans une pièce, il gémissait, je ne savais pas ce qu'il avait, je suis sortie dans le couloir, je criais, j'appelais "à l'aide", ils m'ont mise dans une autre pièce, ils m'ont donné des calmants, ils m'ont dit de rentrer chez moi. Je ne voulais pas. Ils ont commandé un taxi et ils m'ont mise dedans, je ne savais plus où j'étais. Après, comme je ne comprenais pas, je suis retournée à l'hôpital. Un docteur, une dame très gentille, m'a dit d'aller voir le docteur G. J'ai été le voir, il m'a expliqué le cancer et pourquoi mon mari était mort mais il m'a dit que ce n'était pas le travail mais la cigarette. J'ai pleuré, il m'a dit que c'était comme ça et qu'il ne fallait pas que je fasse de déclaration. » [Journal de terrain, avril 2012]

termes du droit qui autorise justement à déclarer des maladies qui ne correspondent pas à la « liste limitative des travaux » détaillée dans la colonne de droite des tableaux. Le tabagisme du patient semble là encore faire écran à l'hypothèse d'un facteur professionnel. Intervenant auprès du médecin traitant de Mme Ahlan, il espère mettre un terme définitif aux tentatives de celle-ci d'exercer son droit à réparation. Il se pose ainsi en censeur, anticipant un éventuel refus de reconnaissance, au détriment des possibilités d'enrichir le dossier au cours de l'instruction²⁷.

L'appréhension par les médecins de l'étiologie professionnelle des cancers de leurs patients se complique en effet d'autant plus lorsque ceux-ci fument ou ont fumé, comme il en sera question à plusieurs reprises dans les pages suivantes. Certains médecins n'hésitent pas à faire de ce tabagisme la cause unique, tout au moins principale, de la survenue de la pathologie cancéreuse, sans considération pour sa nature multifactorielle. Mme Colard revient ainsi sur l'annonce du diagnostic faite à son mari :

« En août 2007, il avait de la fièvre et une toux qui ne partait pas même après une série d'antibiotiques, il a fait une radio, puis un scanner. Il avait une tumeur, mais pas opérable, parce qu'elle était trop près de la plèvre, et déjà des métastases au cerveau. Le pneumologue a dit : "On récolte ce qu'on sème. Vous avez fumé, voici ce qui arrive." » [Journal de terrain, mars 2013]

Pour ce médecin, la volonté de ce patient fumeur d'accéder au droit à reconnaissance en maladie professionnelle est signe d'irresponsabilité et mérite un discours culpabilisateur : le lien établi entre la pathologie et le travail servirait à masquer son propre comportement, déviant. Un travailleur exposé aux cancérogènes mais ayant fumé ne pourrait prétendre, selon lui, à réparation, il n'est victime que de lui-même. Ce faisant, ce médecin méconnaît – volontairement ou par ignorance – le caractère politique et négociée de la « maladie professionnelle » et le principe de présomption d'origine au fondement du droit à réparation. Quand bien même la maladie qui frappe son patient satisfait à tous les critères des tableaux, il convoque des arguments moraux à l'appui de sa frilosité à rédiger le certificat médical nécessaire à l'accès au droit.

Dans le cas de M. Poulaille, atteint par deux cancers, son médecin a établi sans aucune difficulté le CMI nécessaire à l'accès au droit au titre du cancer broncho-pulmonaire, en lien avec des expositions à l'amiante. Il a en revanche refusé de le faire pour le cancer du larynx dont les liens avec l'amiante sont pourtant attestés par de nombreuses études²⁸.

« J'ai demandé à mon médecin, il m'a dit "le larynx, ce n'est même pas la peine, ça ne passe pas en maladie professionnelle". Quand j'en ai reparlé à propos du poumon qui venait d'être

²⁷ Le cancer broncho-pulmonaire de M. Ahlan sera reconnu en maladie professionnelle sur le tableau 30 bis lié à l'inhalation de poussières d'amiante, à partir de la note rédigée par le GISCOP93 et du CMI établi par le docteur A de l'hôpital Gamma, les deux documents dont la pertinence était remise en cause par le professeur G.

²⁸ Le cancer du larynx en lien avec l'amiante est ainsi inscrit dans la liste des maladies professionnelles indemnisables en Allemagne, en Belgique et au Luxembourg. Il est par ailleurs indemnisé par le FIVA, lorsque l'exposition à l'amiante est prouvée.

reconnu, il m'a dit "Non, vous m'aviez dit que vous aviez bu quand vous étiez jeune"... »
[Journal de terrain, mai 2012]

Sans être forcément ignorants du droit à réparation, certains médecins imposent ainsi à leurs patients des restrictions à leur usage du droit au nom de considérations morales fort éloignées du droit quand c'est aux caisses et à elles seules d'instruire les dossiers qui leur sont soumis et de décider de leur aboutissement.

L'exercice du droit à réparation révèle ainsi l'existence de lignes de fracture au sein du corps médical, en lien avec la volonté de tenir compte ou non des conditions de travail de leurs patients. L'expérience vécue par la femme de M. Bensaïd est à cet égard révélatrice. Son mari ayant travaillé durant toute sa carrière sur les chantiers, elle soupçonne d'emblée ses mauvaises conditions de travail lorsque son cancer broncho-pulmonaire est diagnostiqué.

« J'en avais parlé à son oncologue, M. B, je lui avais dit "mon mari a travaillé toute sa vie dans le bâtiment et les premières années, il n'avait rien, pas de masque". Il m'avait dit que "non, ce n'est pas la peine, c'est une perte de temps". Pour lui, c'était le tabac. Mon mari, il a fumé c'est vrai, mais il a arrêté depuis 10 ans. Et lui m'a dit que c'est au bout de 10 ans d'arrêt que tout se déclenche²⁹. Et comme c'est un médecin, nous on le croit. Et c'est grâce au docteur au nom compliqué, le docteur A : elle est venue, elle a dit que c'est peut-être son travail, elle nous a conseillé [l'enquête du GISCOP93]. Je lui ai dit ce que m'avait dit le docteur, elle m'a répondu "ça ne vous coûte rien d'essayer, ça marche, ça marche, ça marche pas, ça marche pas". Je la remercie beaucoup, je vais lui écrire une lettre. Mais quand même, les médecins, c'est à eux de faire attention de nous aider, nous on peut pas savoir. Moi, je connaissais des gens qui ont déjà eu ça, c'est par le bouche à oreilles, sinon, jamais je saurais. ». [Journal de terrain, avril 2012]

Ce témoignage met en scène, dans le même service hospitalier, deux médecins oncologues à l'attitude totalement différenciée face au cancer qui frappe M. Bensaïd à l'âge de 59 ans. Le soupçon de son épouse, nourri par l'expérience d'autres personnes touchées par le cancer, est rapidement mis en sommeil par la réponse de l'oncologue ; ciblant la consommation tabagique de son patient, ce médecin disqualifie sans détour l'éventualité d'un facteur professionnel. Ce faisant, il n'« autorise » pas la famille à exercer son droit à réparation. Cette possibilité est de nouveau ouverte, suite à l'intervention du docteur A, attentive quant à elle à l'étiologie professionnelle, étiologie qui se vérifiera au terme de l'expertise du GISCOP93 : pour avoir été successivement manœuvre, puis chef d'équipe et chef de chantier dans les bâtiments et travaux publics, M. Bensaïd a été exposé au moins à quatre cancérogènes, dont la silice durant 32 ans et l'amiante durant 22 ans. Son cancer est reconnu en maladie professionnelle un an après son décès.

²⁹ Au contraire de ce qu'affirme cet oncologue, les tabacologues considèrent qu'au terme de 10 années de sevrage tabagique, le risque de déclencher un cancer du poumon est réduit de moitié et rejoint celui d'un non fumeur après 15 ans. Voir par exemple le site du centre anti-tabac, <http://www.tabac-stop.net/calendrier.html> [consulté le 9 janvier 2016].

Le dispositif de l'enquête du GISCOP93 qui permet d'être en lien partenarial avec des médecins favorise l'obtention des CMI, difficiles à faire établir autrement. Dans ce contexte particulièrement favorable, les contrastes dans l'implication de ces médecins permettent d'éclairer en creux les résistances de cette profession à s'acquitter de ses obligations et l'existence de lignes de fracture internes au corps médical. Comme nous le verrons plus loin, la rédaction des CMI se révèle également être un travail chronophage, non valorisé et soumis à de fortes pressions³⁰. La dépendance dans laquelle sont placés les requérants potentiels à l'égard du corps médical est ainsi à l'origine de profondes inégalités dans l'accès au droit, selon les positions adoptées par tel ou tel médecin³¹.

L'accompagnement des patients offre également la possibilité d'observer rétrospectivement leur parcours médical et de caractériser ainsi une histoire partagée par une grande partie du corps médical : celle d'une attention négligente à l'égard des conditions de travail et d'exposition de leurs patients.

1.2. Des médecins guère attentifs aux liens entre santé et travail

Au sein du corps médical, les médecins n'ont pas tous les mêmes statuts ni les mêmes fonctions. Il n'est pas question ici de présenter une sociologie des professions médicales mais, toujours à partir de l'expérience vécue par les salariés et anciens salariés atteints de cancer, d'observer le peu d'attention qu'une pluralité de médecins porte à l'environnement et aux conditions de travail de leurs patients dans leur propre travail d'exploration diagnostique.

Ainsi, il est tout d'abord possible de relever qu'au stade du diagnostic, l'hypothèse du cancer est rarement explorée en première intention, rendant compte d'une situation de totale dépendance des personnes malades à l'égard des choix d'investigation médicale de leurs médecins généralistes. Ces choix reposent tant sur l'ignorance ou la non-prise en compte des risques cancérigènes professionnels que sur la pression subie par les médecins en matière de prescription médicale.

1.2.1. Toute-puissance des généralistes : le diagnostic de cancer

Le retard au diagnostic des patients atteints d'un cancer, notamment broncho-pulmonaire, est une donnée confirmée par de nombreuses études³². Dans l'enquête du

³⁰ Se reporter au chapitre 6.

³¹ Les collectifs de victimes parviennent au fil du temps à distinguer parmi les médecins ceux qu'il ne faut pas consulter. Pascal Marichalar évoque ainsi, dans le cas des anciens verriers de Givors, la constitution d'une liste informelle de médecins respectueux des droits des malades pour éviter des confrontations parfois très douloureuses avec d'autres qui n'envisagent pas la responsabilité du travail dans les maladies. Pascal Marichalar, *Qui a tué...*, ouvr. cité, 2017, p. 98-103.

³² Notamment N. Leveque et al., « Analyse des délais de prise en charge des cancers thoraciques : étude prospective », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 31, n° 3, mars 2014, p. 208-213.

GISCOP93, près de trois patients sur quatre sont diagnostiqués quand leur cancer touche déjà d'autres organes, sous forme de métastases. Plusieurs témoignages pointent des incidents de santé ou des symptômes qui auraient pu conduire les médecins, à condition qu'ils s'intéressent aux conditions de travail et d'exposition de leurs patients, à envisager l'hypothèse d'un processus cancéreux, mais qui n'ont pas été pris en compte. Avant de s'intéresser à ces situations, deux remarques préliminaires s'imposent. D'une part, le diagnostic du cancer est le plus souvent, pour les personnes concernées, à l'origine d'une démarche réflexive sur leur parcours et d'une recherche de causalité. Dans ce cadre, tout souvenir d'un signe de mauvaise santé peut être relu à l'aune d'une négligence médicale. D'autre part, il convient de préciser que le diagnostic du cancer peut être difficile à poser : le cancer broncho-pulmonaire en particulier peut évoluer longtemps sans symptôme spécifique, une tumeur pouvant grossir dans l'espace vide du poumon, sans rencontrer d'obstacle, sans susciter de gêne importante. Le diagnostic est donc posé souvent tardivement, sauf quand le cancer est découvert fortuitement, à l'occasion d'autres examens. Dans leurs pratiques d'investigation, lorsqu'ils sont confrontés à des symptômes non spécifiques, les médecins opèrent des choix qui ignorent souvent le risque potentiel pour leurs patients d'être atteint d'un cancer, par un défaut d'attention portée à leurs conditions de travail passées ou présentes.

Dans leur ouvrage de vulgarisation *Le cancer pour les nuls*³³, les oncologues de l'hôpital Gamma de Bobigny présentent une liste de ce qu'ils nomment les « signes les plus évocateurs du cancer ». Sont mentionnés la perte de poids inexplicquée, la fièvre, la fatigue, la douleur, les saignements, les difficultés à avaler, la modification de couleur à l'intérieur de la bouche, un changement cutané, les troubles digestifs alternant constipation et diarrhée, la toux, la modification de la voix, la modification du galbe du sein avant qu'un encadré ne précise :

« Pas de panique. Tous ces symptômes ne sont pas spécifiques du cancer. Ils ne peuvent permettre à eux seuls de porter le diagnostic. La plupart de ces symptômes peuvent être liés à d'autres conditions pathologiques non cancéreuses. Il faut cependant les prendre en compte et consulter votre médecin qui pourra réaliser les examens nécessaires au diagnostic. » [p. 135]

Se révèlent ici en filigrane les termes d'une certaine impuissance à savoir « dépister » précocement la pathologie cancéreuse. L'inventaire des signes évocateurs est aussitôt contredit par l'encadré qui suit, plaçant le lecteur, potentiel malade, sous le joug d'une injonction contradictoire : incité à être attentif aux moindres de ces signes, il est dans le même temps invité à s'en remettre au corps médical. Saisi dans cette logique de responsabilisation individuelle face à des symptômes très communs, il est dans le même temps placé sous l'entier pouvoir de son médecin : la maladie ne peut s'objectiver qu'au

³³ Professeuse Jean-François Morere (cancérologue) et al., *Le Cancer pour les nuls, Comprendre et accompagner le malade du cancer au quotidien*, Paris, First éditions, 2011.

moyen d'examens particuliers dont la prescription dépend de son bon vouloir et qui se conjuguent entre eux. Parmi eux, l'imagerie médicale, le scanner plutôt que la radiographie³⁴, la fibroscopie bronchique (ou endoscopie) qui permet de visualiser les bronches et la trachée et d'effectuer des prélèvements de tissu et l'analyse histologique qui, elle, déterminera la nature des anomalies.

Le cas de Mme Clément, 85 ans, permet de rendre compte de cette situation de dépendance. Lors d'un de nos échanges, elle relate ainsi la découverte de son cancer :

« Quand ils l'ont vue à l'hôpital, il y avait cinq ans que j'avais la tache sur le poumon. J'étais toujours fragile, je faisais des angines, des bronchites. À S. [l'usine où elle travaillait], je passais des radios. À Gagny, je faisais des radios, mais ma doctoresse ne regardait pas les comptes rendus. Un jour, je vais chez ma belle-fille, je fais une mauvaise chute et je me casse des côtes. Je dis "qu'est-ce que j'ai mal", ma belle-fille me dit d'aller passer une radio. Je m'attendais à ce que le médecin me dise : "Vous avez trois côtes cassées." Il me dit : "Madame, vous avez une tache blanche sur le poumon." J'ai pleuré toute la journée. J'ai été voir la doctoresse, je l'ai disputée, elle n'avait rien regardé, rien vu. Elle m'a fait rentrer à Montfermeil, j'ai eu le rendez-vous en deux jours grâce à elle, sinon, faut attendre. Le médecin n'a pas été gentil avec elle, il n'était pas content. Ils m'ont enlevé un ganglion à la gorge qui était cancéreux, c'était déjà monté à la gorge. Et un autre au poumon. Si ça avait été pris à temps... » [Journal de terrain, mars 2010]

Dans l'entreprise de peinture où elle a travaillé durant les 20 dernières années de son activité, Mme Clément passait une radio tous les ans. Suivie ensuite régulièrement, elle ne peut être qu'accablée par sa découverte de toutes les failles de la « surveillance médicale » dont elle a fait l'objet. Elle en rend responsable la doctoresse qui « n'a rien regardé, rien vu », sans perdre de vue pour autant que son mari est décédé d'un cancer, tout comme leurs « deux chefs » respectifs³⁵. Ses propos rendent compte de son impuissance et de sa dépendance au corps médical : seul celui-ci est en mesure de lire les radios, d'établir un diagnostic, de la soigner aussi. La doctoresse qu'elle a « disputée » se révèle aussi être celle par laquelle elle obtient un rendez-vous au service de pneumologie de l'hôpital pour y être rapidement prise en charge.

Le récit de Mme Blain, 68 ans, fait écho à celui de Mme Clément, tout en le complétant :

« Le problème, c'est les généralistes. Quand on vient pour des problèmes respiratoires, ils ne pensent pas cancer. On perd du temps. J'avais des problèmes pour respirer, l'impression d'avoir une tempête dans les poumons, je me plaignais depuis le mois d'avril. J'ai demandé si c'était de l'asthme, il m'a envoyé voir une oto-rhino. Elle a fait plein de tests, voir si j'avais des allergies, mais rien. Mon nez coulait beaucoup, comme de l'eau, mon généraliste m'a dit

³⁴ « La très faible sensibilité de la radiographie pulmonaire, quelle que soit l'anomalie recherchée [...], est un défaut rédhibitoire pour un examen de dépistage. » Jean-Claude Pairon, « Programme expérimental de surveillance post-professionnel "amiante" dans les régions Aquitaine, Normandie, Rhône-Alpes et recommandations élaborées par le groupe de travail », *Documents pour le médecin du travail*, INRS, n° 114, 2^e trimestre 2008, p. 268-269.

³⁵ Mme Clément avait communiqué les coordonnées de son fils « pour les papiers ». Trois ans plus tard, il rejoint la cohorte des patients du GISCOP93, atteint, lui aussi, d'un cancer broncho-pulmonaire, au terme d'un parcours d'ingénieur dans le BTP, une situation peut-être à mettre en lien avec le fait qu'ils aient logé tous les trois, durant seize ans, dans la loge de l'entreprise de peinture, à l'entrée de l'entrepôt, d'où remontaient des « effluves de peinture ».

que c'était une rhinite. Il n'écoutait jamais ma respiration. Maintenant, ils sont derrière leurs ordinateurs, ils ne vous voient plus, c'est l'ordinateur qui décide. J'avais déjà eu une embolie pulmonaire en 1992. Et là, j'avais les mêmes symptômes, je perdais le souffle, il a enfin daigné m'écouter les poumons. Il m'a demandé depuis quand je n'avais pas fait de radio. C'était depuis que j'avais quitté le travail, en 1998. Je me plaignais depuis avril, il a attendu le mois d'octobre pour me prescrire une radio. J'avais une pleurésie, et c'est comme ça qu'ils ont trouvé le cancer. Maintenant, il est un peu péteux. Je continue de le voir pour les médicaments, mais je crois que je vais arrêter. Je ne lui fais plus confiance. » [Journal de terrain, avril 2010]

Mme Clément et Mme Blain expriment toutes les deux le sentiment que leur inquiétude n'a pas été entendue, que leur perception de gêne ou de problèmes respiratoires n'a pas été prise au sérieux, que leur médecin respectif ne leur a, finalement, pas accordé grand intérêt et qu'elles payent le prix de cette négligence. L'ordinateur apparaît dans ces propos comme le symbole d'une certaine déshumanisation dans la relation du médecin au patient. Mais il illustre également les formes de contrôle qui pèsent depuis une vingtaine d'années sur les prescriptions des médecins et qui peuvent expliquer leur réticence à prescrire des actes d'imagerie coûteux.

1.2.2. Un diagnostic médical sous contraintes économiques

Considérés comme les principaux ordonnateurs de dépense³⁶, les généralistes sont en effet soumis à la surveillance des Caisses d'assurance maladie qui analysent précisément leur activité : sur la base des Relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) dont l'établissement est facilité par l'informatisation des circuits de remboursement, les Caisses comptabilisent le nombre de consultations, de visites, de prescriptions de médicaments, d'analyses de laboratoire, d'actes de kinésithérapie, d'arrêts maladie, etc. Le médecin peut être rappelé à l'ordre, risquer l'amende, voire le « déconventionnement », si ces statistiques s'éloignent de la moyenne³⁷.

« La prescription médicale devient donc un enjeu de conflits économiques et politiques entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie. Enjeu économique car les médecins, par leurs prescriptions, contribuent à définir le montant des dépenses collectives en matière de santé tandis que les caisses cherchent à réduire ce coût. Enjeu politique parce que l'intervention des caisses d'assurance maladie dans la gestion et le contrôle des ordonnances peut être perçue comme une entrave à la liberté de prescription des médecins, un des fondements de l'exercice libéral de la médecine en France³⁸. »

³⁶ Selon Philippe Masson, 77,5 % de l'ensemble de la prescription médicale en France est le fait des médecins généralistes. Philippe Masson, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, 2011, vol 3, n° 83, p. 33-57.

³⁷ La loi du 13 août 2004 confère aux directeurs des Caisses d'assurance maladie le pouvoir de placer sous tutelle un médecin dont l'activité prescriptive (arrêt de travail, transports...) ou administrative (remplissage de formulaires, renseignement du futur dossier médical partagé) serait non conforme ou significativement supérieure « aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie » (art 23 et 25 de la Loi du 13 août 2004).

³⁸ Philippe Masson, « La prescription des... », art. cité, 2011.

Régulièrement dénoncée comme une « machine à harcèlement » ou à « broyer³⁹ » par les syndicats professionnels, cette dynamique de contrôle pèse incontestablement sur les pratiques des médecins. Dans ce contexte de rationalisation des dépenses⁴⁰, certains patients peuvent avoir le sentiment d'avoir du mal à se faire entendre⁴¹ sans mesurer le travail de « formatage⁴² » à l'œuvre dans la profession médicale.

Dans le cas de M. Michelot, 54 ans, cordonnier serrurier, la découverte de son cancer est survenue alors que la pathologie avait déjà eu le temps de métastaser dans le cerveau. Alors que son épouse appelle parce qu'elle vient de recevoir des courriers de la Sécurité sociale – « On n'est pas bien sûrs de comprendre » –, elle fait ainsi part de son désarroi :

« Je ne comprends pas la rapidité avec laquelle ça s'est déclaré. On n'a pas vu le cancer des poumons. Et pourtant, il avait des bronchites à répétition depuis des années, on faisait des prélèvements à la clinique de l'Orangerie, ils n'ont jamais rien vu. Et c'est là, quand il a commencé à régresser, comme un enfant, on nous a orientés vers un psychiatre, qui nous dit ensuite d'aller voir un neurologue et là ils ont vu qu'il y avait un œdème au cerveau. Et, en examinant, ils ont trouvé les connexions entre le cancer des poumons et le cerveau. L'œdème n'est plus là, mais il est en sursis. On ne lui a rien dit, on veut l'épargner. » [Journal de terrain, novembre 2009]

Ici se précisent la puissance d'irruption du cancer, la violence de sa propagation, la sidération d'apprendre la maladie au moment où elle a déjà totalement gagné sur la vie. La volonté de comprendre se faufile entre tous les indices à disposition des patients ou de leur entourage, s'arrête sur des signes retraduits comme avant-coureurs. Le cancer peut alors être perçu comme une injustice : eux n'ont pas eu la connaissance, les moyens, le statut pour le détecter à temps. Leurs médecins ne les ont pas pris au sérieux, ont considéré à la légère leurs symptômes, « n'ont jamais rien vu ». Le choc lié au diagnostic se nourrit aussi de se ressentir comme inférieur, subordonné. Les risques cancérigènes liés à l'activité professionnelle de M. Michelot ont été ignorés par le corps médical. Son tabagisme, important – 39 paquets année⁴³

³⁹ Voir notamment ce qu'en dit le syndicat majoritaire, Union généraliste (UG), à l'origine de la publication du *Guide du médecin contrôlé*, Espace généraliste, 2007, p. 8, accessible en ligne sur www.uniongeneraliste.org/IMG/pdf/1_-_Le_guide_du_medecin_contrôle.pdf [consulté le 3 novembre 2016].

⁴⁰ La convention médicale 2016 renforce les outils de contrôle et promeut des indicateurs et des référentiels concernant par exemple le nombre de jours d'arrêts de travail par pathologie : cette volonté de standardiser les prescriptions éloigne les médecins de leur pratique d'évaluation des situations individuelles et remet en cause leur liberté thérapeutique.

⁴¹ C'est le sentiment de la femme de M. Noto, par exemple. Alors qu'elle s'inquiétait de la toux persistante de son mari et soutenait auprès du médecin la nécessité de lui « faire passer un scanner », elle s'est vu prescrire des calmants : « Le médecin m'a dit que j'étais trop stressée et que je stressais inutilement mon mari. » Celui-ci est finalement décédé d'un cancer des poumons, diagnostiqué tardivement.

⁴² Pour reprendre les termes du Syndicat de la médecine générale, SMG, dont le site est accessible sur www.smg-pratiques.info [consulté le 2 janvier 2016].

⁴³ Selon Tabac info service, qui ne tient pas compte des effets de synergie entre cancérigènes et notamment des expositions professionnelles, « d'après les études scientifiques, 20 paquets années est le seuil à partir duquel les risques de développer un cancer sont plus importants » Source : www.tabac-info-service.fr [consulté le 10 janvier 2017].

selon ses propres déclarations –, aurait toutefois dû inciter les médecins à lui prescrire un scanner, au vu de ses « bronchites à répétition »⁴⁴.

Ces propos témoignent d'une situation évoquée par bien d'autres patients : plusieurs récits rapportent l'insistance et la difficulté à se faire prescrire une radio ou un scanner par leur médecin généraliste. Cette prescription intervient souvent très tardivement dans le cas de difficultés respiratoires, même lorsque celles-ci perdurent⁴⁵. Sont plus souvent privilégiées des pistes comme l'infection, l'allergie, voire la tuberculose dans le cas de patients immigrés⁴⁶. Faute d'un consensus sur les bénéfices médicaux des contrôles par scanner, il n'existe pas de politique publique de dépistage du cancer broncho-pulmonaire au contraire d'autres localisations, comme le colon, la prostate, le sein, le col de l'utérus, la cavité buccale ou encore la peau. Identifié depuis 1999⁴⁷ comme l'examen de référence pour le repérage des pathologies pleurales liées à l'amiante, le scanner est un examen coûteux et controversé au sein du corps médical qui ne s'en saisit guère. La lecture des interventions des médecins auditionnés en 2010 par la Haute autorité de santé (HAS) révèle les motifs de leurs réticences : ce serait pour ne pas exposer les personnes concernées à de nouveaux risques en lien avec l'irradiation propre aux techniques d'imagerie médicale, pour éviter de les soumettre à une forte anxiété en cas de découverte de nodules et autres anomalies pulmonaires sans caractère pathogène ou qui nécessitent de réaliser des actes invasifs, et parce qu'ils interrogent le bénéfice de détecter des pathologies dont il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'espérer la guérison, comme le mésothéliome et le cancer broncho-pulmonaire, et qui confrontent le médecin à l'impuissance et le malade à une angoisse profonde⁴⁸.

La frilosité de certains médecins à explorer l'hypothèse d'une pathologie cancéreuse pourrait s'expliquer par leur malaise face à ce qui ne peut se guérir, tout comme Michaël Pollak observait, dans le cas du sida, quand aucun traitement n'avait encore fait ses preuves, la « réticence » de nombreux médecins « quant à l'opportunité d'un dépistage en l'absence de tout signe clinique, en invoquant les conséquences psychologiquement négatives pour le patient en cas de découverte de sa séropositivité⁴⁹ ». En dépit des

⁴⁴ Les normes de surveillance médicale pour les fumeurs ne sont pas les mêmes aux États-Unis par exemple. Depuis 2012, la Société américaine de chirurgie thoracique recommande un scanner annuel (à faible dose de radiation) pour tout Américain entre 50 et 79 ans, ayant fumé au moins vingt paquets années, si un risque « additionnel » est présent, sous entendu notamment une exposition professionnelle. The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular surgery*, July 2012, vol 144, Issue 1, p. 33-38.

⁴⁵ Cette frilosité à prescrire une radio peut aussi se lire à la lumière de réformes qui, au nom des économies à réaliser dans le champ de la santé et de la protection sociale, placent les médecins sous contrôle de leurs prescriptions, la radiologie se rattachant à la liste des actes onéreux.

⁴⁶ Voir, page suivante, la situation de M. Medjkoune.

⁴⁷ Conférence de consensus, *Elaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante*, 15 janvier 1999, Paris La Villette [Archives *Giscop93*]

⁴⁸ Rapport de la Haute autorité de la santé sur le suivi post professionnel à l'amiante (HAS, 2010).

⁴⁹ Michaël Pollak, *Une identité blessée, études de sociologie et d'histoire*, Paris, Éditions Métailié, « Leçons de choses », 1993, p. 243.

possibilités de survie ouvertes par un diagnostic précoce, la pathologie cancéreuse semble ne pas échapper au constat déjà opéré il y a plus de 30 ans :

« Le cancer serait-il aussi le révélateur d'un malaise profond [...] parce qu'il constituerait une menace pour la médecine et les médecins – dont les généralistes – du fait de leur croyance, fortement intériorisée, en la toute-puissance de la science médicale confrontée à l'impuissance thérapeutique en ce domaine⁵⁰ ? »

La connaissance des parcours de travail des patients, à condition de prendre au sérieux les risques cancérigènes professionnels, devrait pourtant soutenir la nécessité de cette exploration. Il existe d'ailleurs depuis 1993, inscrit dans le Code de la Sécurité sociale, un dispositif préconisant un suivi médical spécifique et régulier pour les salariés ayant été exposés aux cancérigènes⁵¹, qui reste toutefois très rarement mis en œuvre. Dans ce contexte, il est possible d'observer comment l'hypothèse d'une pathologie cancéreuse peut disparaître au profit de pathologies plus attendues, en lien avec les représentations médicales dominantes.

1.2.3. Des erreurs d'orientation par désintérêt pour les conditions de travail

Dans les témoignages des patients apparaissent de nombreuses investigations médicales pas ou mal menées en amont du diagnostic parce que le médecin n'a pas tenu compte des activités professionnelles de ses patients. Ainsi, pour exemple, faute d'avoir interrogé M. Medjkoune sur son parcours professionnel – manœuvre dans le BTP, dans la rénovation et la démolition notamment – et d'être ainsi alerté par une forte probabilité d'exposition à l'amiante sur plus de 40 ans, son médecin aborde la toux chronique de son patient et ses épisodes de crachats de sang comme les symptômes d'une tuberculose. Il lui délivre donc un traitement antituberculeux qui n'améliore aucunement son état de santé et retarde d'autant la découverte du cancer broncho-pulmonaire et sa prise en charge. Toute la trajectoire de M. Medjkoune s'en trouve modifiée. Hors d'état de poursuivre ses activités professionnelles, il ne peut atteindre l'âge requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Il sollicite donc la retraite pour inaptitude qui, faute d'éléments médicaux permettant d'objectiver son état de santé, lui est refusée, l'hypothèse d'une pathologie cancéreuse n'ayant pas été explorée.

Au moment de son inscription dans l'enquête du GISCOP93, en 2009, il perçoit une pension de retraite au taux réduit, d'un montant de 350 euros par mois, largement en dessous du « minimum vieillesse » évalué par les pouvoirs publics⁵². Son dernier contrat

⁵⁰ Pierre Aïach et al., *Vivre une maladie...* », ouvr. 1989, p. 118.

⁵¹ L'article D. 461-25 du Code de la sécu, issu du décret du 26 mars 1993 (JO 28 mars) met en place un suivi médical post professionnel à la demande du salarié qui a été exposé à un agent cancérigène.

⁵² Le minimum vieillesse, correspondant aujourd'hui à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), est un dispositif d'aide sociale garantissant un niveau minimum de revenu aux personnes âgées ; il était de 676 euros par mois en 2009, de 801 euros en janvier 2017.

de travail – vacataire sur un hippodrome pour rabattre l’herbe après le passage des chevaux à coups de maillets – l’ayant fait sortir du régime général, il subit les effets d’un dysfonctionnement dans les relations entre la CPAM et la caisse de la Mutualité sociale agricole : sa carte vitale ne fonctionne plus, il ne peut plus accéder aux soins alors même qu’entretemps sa pathologie cancéreuse a enfin été diagnostiquée. Il est alors contraint de solliciter le service social de sa ville qui lui accorde parcimonieusement des bons d’urgence lui servant à se procurer du Paracétamol©, le seul antidouleur accessible par ce biais. Sollicité pour son expertise médicale dans le cadre du contentieux que M. Medjkoune entame alors face à la CNAVTS pour revendiquer son inaptitude, un médecin du travail résume ainsi sa situation :

« Ce n’est qu’en juillet 2009, devant la persistance et l’aggravation des symptômes que le véritable diagnostic a été posé : celui de cancer broncho-pulmonaire. M. Medjkoune a alors subi l’ablation d’un lobe pulmonaire. La taille du cancer et l’histoire naturelle des cancers laissent fortement supposer que ce cancer pulmonaire évoluait depuis de nombreuses années et qu’il existait déjà en 2007. Les symptômes respiratoires auraient pu y être rattachés si une véritable recherche avait été entreprise. Il ne peut être contesté que le diagnostic a été fait avec retard. En conclusion, il apparaît aujourd’hui peu contestable que le mauvais état de santé de l’assuré était, en 2007, en lien avec la présence d’un cancer broncho-pulmonaire évoluant à bas bruit et non diagnostiqué malgré des symptômes qui auraient dû attirer l’attention. [...] L’assuré a subi une véritable perte de chance médicale du fait de ce retard au diagnostic (retard de mise en œuvre de la thérapeutique, traitement plus mutilant et agressif, réduction de l’espérance de vie). Il serait injuste qu’il en résulte également une perte d’avantages sociaux auxquels il peut légitimement prétendre. La Cour Nationale ne peut arguer de ce que l’on peut considérer comme une insuffisance médicale pour rejeter le juste droit du salarié. Nous lui demandons donc de bien vouloir reconnaître le bien-fondé de la demande et de reconnaître que la demande de mise à la retraite au titre de l’inaptitude au travail, compte tenu des nouveaux éléments médicaux, était justifiée.⁵³. »

Cet extrait de l’expertise médicale réalisée par le docteur Jean-Michel Sterdyniak illustre bien les conditions dans lesquelles la pathologie cancéreuse peut être prise en compte : elle n’existe qu’à condition qu’elle ait été diagnostiquée, c’est-à-dire que le médecin ait choisi d’orienter son investigation médicale dans cette direction, en prescrivant les examens nécessaires. Or celui-ci, face aux symptômes de son patient, peut décider d’élargir ou non son espace d’exploration selon sa curiosité, son expérience, sa formation, son « formatage », ses représentations sociales, ses convictions morales voire religieuses. Ici, la condition de travailleur migrant résidant en foyer de M. Medjkoune a conduit son médecin à faire l’hypothèse d’une tuberculose. La Cour nationale de l’incapacité et de la tarification de l’assurance des accidents du travail (CNITAAT), en retenant le bien-fondé de la démarche de M. Medjkoune et en lui accordant sa retraite pour inaptitude *a posteriori*, reconnaît donc « l’insuffisance médicale » dont il a été victime.

⁵³ Rapport du docteur Jean-Michel Sterdyniak au secrétaire général de la Cour nationale de l’incapacité et de la tarification de l’assurance des accidents du travail (CNITAAT) dans le cadre de l’affaire Medjkoune contre CNAVTS, 27 décembre 2010 [Archives GISCO93].

Dans le cas de M. Boutef, son médecin traitant a bien tenu compte de son activité professionnelle. Face aux douleurs de dos de son patient, un mal très commun, il l'a interrogé sur le contenu de son travail et a retenu qu'il effectuait de la manutention : il doit notamment transporter des grappes de fonderie, pesant chacune de 4 à 13 kg, « les porter et les retourner 8 fois », sortir la grappe du four, « bras tendu, la grappe pesant 10 à 30 kg, et une fois la palette remplie de neuf grappes, la tirer jusqu'au tunnel de refroidissement⁵⁴ ». Mais ce faisant, ce médecin a mis un terme à ses investigations, se reposant sur la cohérence de son diagnostic, soutenu en cela par le médecin du travail qui a déclaré dans le même temps M. Boutef inapte au port de charges lourdes. Par négligence ou par ignorance, ces médecins n'ont pas tenu compte de son exposition aux fibres céramiques réfractaires ainsi qu'à celles d'autres cancérrogènes professionnels présents dans son environnement de travail. Placé régulièrement en arrêt de travail, traité par antidouleurs et séances de kinésithérapie, M. Boutef a déclenché un cancer fulgurant qui l'a emporté en neuf jours, sans que le service de pneumologie ait eu le temps de mettre en place un protocole de soins.

Les exemples mentionnés ci-dessus montrent la difficulté de la plupart des médecins à se saisir des étiologies professionnelles. Ils s'inscrivent ainsi dans le modèle dominant de la santé publique qui traduit les problèmes de santé davantage comme résultant de comportements individuels déviants que résultant d'une histoire collective. La santé publique revêt ainsi, selon Solomon Katz, les habits d'une « nouvelle morale séculière⁵⁵ », organisée autour des notions de péché, de punition, de rédemption. Elle promeut une « idéologie de la culpabilisation de la victime⁵⁶ ». La pathologie cancéreuse est particulièrement concernée par cette approche, comme nous le verrons dans la partie suivante. Marie Ménoret note ainsi que :

« L'élaboration de la notion de risque en cancérologie a plus souvent reposé sur des facteurs individuels de comportements que sur des approches de groupes qui seraient déterminés par leur exposition involontaire à des facteurs de risques exogènes. Comme en attestent, dans les discours français sur la prévention, le tabac abominé et l'amiante ignorée : l'épistémologie du risque de cancer repose en France sur une notion d'environnement réduite à des comportements individuels agrégés⁵⁷. »

Quand bien même il s'agit d'une maladie multifactorielle pour laquelle il est impossible de distinguer la primauté d'un facteur sur l'autre et qu'il est admis que les différents facteurs ont le plus souvent un effet multiplicateur, la plupart des médecins se

⁵⁴ Extrait du questionnaire rempli par M. Boutef dans le cadre de son dossier pour la reconnaissance d'une « affection chronique du rachis lombaire dû à la manutention manuelle de charges lourdes » [Archives privées M.Boutef].

⁵⁵ Solomon Katz, « Sécular Morality », *Morality and health*, Brandt et Rozin (dir.), London, Routledge, p. 297-330.

⁵⁶ Robert Crawford, « "C'est de ta faute" : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé », *Médecine et société, les années 80*, Luciano Bozzini et al. (dir.), Montréal, Editions Saint-Martin, 1981, p. 481-512.

⁵⁷ Marie Ménoret, « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Sociologie et sociétés*, Vol 39, n° 1, printemps 2007, p. 155-156.

concentrent exclusivement sur les consommations de tabac et d'alcool de leurs patients. En 1985, dans un ouvrage collectif destiné à vulgariser les liens entre santé et travail auprès des travailleurs, Henri Pézerat repérait ainsi que :

« Prenons le cas de cent personnes atteintes d'un cancer et admettons que, pour chacune, auront joué la pollution du milieu professionnel, l'alcool et le tabac. On pourrait dire que 100 % des cas sont des cancers professionnels, ou que 100 % sont dus au tabac et à l'alcool ou, mieux, que 100 % des cas sont à imputer à l'action conjuguée des trois facteurs. Dans la pratique, c'est presque toujours la seconde proposition (tabac plus alcool), celle qui culpabilise le malade et évite de poser des questions sur les conditions de travail, qui l'emporte⁵⁸. »

De la distinction entre la cigarette, l'alcool ou les facteurs professionnels : une vision erronée

Envisager séparément la consommation tabagique et alcoolique et les conditions de travail semble une aberration. Les travaux en psychodynamique du travail ont montré que la consommation d'alcool, par exemple, pouvait s'apparenter à un mode de défense psychique face aux situations dangereuses au travail, selon Charles Gadbois et Pierre Logeay. Si, tout comme la consommation de tabac, elle peut signer l'appartenance au collectif de travail, elle possède aussi des effets anxiolytiques, « euphorisants, plus qu'antidépresseurs et désinhibiteurs » qui aident à affronter des situations dangereuses au travail : « Ces

boissons ont donc des propriétés analogues à celles de médicaments, sans pour autant que leur absorption confère un statut de malade ou de sujet souffrant psychologiquement⁵⁹. »

Sur la couverture du livre que l'historienne Martine Sonnet consacre à l'histoire professionnelle de son père, de la forge artisanale à la forge industrielle à l'Île Seguin, on aperçoit celui-ci, à côté d'un panneau publicitaire pour le vin « Primior, votre vin quotidien ». Elle précise : « L'ordinaire des jours sur les pavés de Billancourt. Ce qu'il faut pour tenir⁶⁰ », face à la forge. Examinant le contenu de la revue syndicale *L'écho des Métallos*, elle reconstitue les conditions de travail de ces « travailleurs du chaud » et notamment les conséquences du travail à très haute température, le besoin de boire cinq à six litres par jour, de l'eau, du lait et aussi du vin. *L'écho des Métallos Renault* note ainsi qu'« ils souffrent tous de l'estomac et du foie par la quantité inconcevable de liquide absorbé pour pouvoir résister à la température⁶¹ ».

Quand les conditions de travail ne sont pas directement à l'origine de la prise d'alcool et de tabac, c'est parfois l'employeur lui-même qui devient, directement ou indirectement, le prescripteur de la consommation tabagique. Ainsi, le journal d'entreprise des Houillères du bassin de Lorraine, *Mineurs de France*, le seul à entrer dans les foyers de tous les mineurs, réservait régulièrement une page de publicité à la marque de Gauloises Disque bleu⁶². Des années plus tard, les mineurs CFTD de Lorraine ont pu convaincre un juge de la responsabilité de l'employeur dans le cancer d'un de leurs collègues à l'appui de cette preuve : il devenait difficile de distinguer la responsabilité du travail de celle du tabac...



⁵⁸ Henri Pézerat, « Les cancers professionnels », dans Bernard Cassou et al. (dir), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 308.

⁵⁹ Pierre Logeay et Charles Gadbois, « Les astreintes... », art. cité, 1990.

⁶⁰ Martine Sonnet, *Atelier 62*, Editions Le temps qu'il fait, 2009, p. 11.

⁶¹ *Ibid.*, p. 43.

⁶² *Mineurs de France*, n° 126, mai 1961, p. 22. Transmis par François Dosso des mineurs CFTD de Freyming-Merlebach (57).

Dans ces conditions, la prévention et l'identification des risques professionnels, notamment cancérogènes, ne sont pas envisagées comme des priorités par le corps médical, elles peuvent même paraître sans objet comme semble l'affirmer le professeur Claude Got au début des années 1990 :

« L'alcool et le tabac apparaissent comme les deux facteurs majeurs expliquant les inégalités de l'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles. [...] Il ne faut pas placer d'espoir dans la prévention de la pathologie professionnelle pour augmenter la durée de vie⁶³. »

Les médecins du travail eux-mêmes peuvent épouser cette représentation comme les pages suivantes en rendent compte.

1.2.4. Médecins du travail et surveillance médicale : un rôle ambigu

Au regard de cette pathologie à effets différés et à l'appui des témoignages des patients, il est également possible d'interroger le rôle des médecins du travail, notamment dans le cas des patients encore en activité au moment de la survenue de leur cancer – près de 30 % d'entre eux – et parfois encore exposés à des cancérogènes. On se souvient du cas de M. Lazari rencontré dans les pages précédentes, ouvrier puis chef de chantier intervenant dans le calorifugeage de groupes électrogènes, exposé à l'amiante durant plus de 23 ans lors de son activité habituelle de travail, et diagnostiqué d'un mésothéliome juste avant sa retraite. Dans son dossier de médecine du travail, obtenu après une réclamation argumentée sur la base des textes de loi concernés, il n'est fait aucune mention de l'amiante jusqu'au diagnostic de sa maladie, mais figurent son exposition au bruit, ses accidents du travail, son état de « dépression passagère » et des évocations régulières de sa consommation de tabac et d'alcool, jusqu'à son arrêt maladie : « tabac : 20/j depuis âge : 25 ans, [...] sandwich alcool : 2 verres de vin aux repas⁶⁴ ».

L'analyse des différentes pièces de son dossier médical permet de reconstruire une histoire de négligence médicale, par l'absence de prise en compte des conditions de travail de M. Lazari. Si la question de ses activités professionnelles avait été explorée, son épanchement pleural « associé à une minime atélectasie⁶⁵ » diagnostiqué en janvier 2004 aurait pu alerter le médecin du travail et, plus largement, le corps médical. En effet, souvent d'origine virale, l'épanchement peut aussi résulter de l'action des poussières d'amiante et constituer un signal d'alerte important⁶⁶, nécessitant un suivi régulier et

⁶³ Claude Got, *La santé*, Paris, Flammarion, 1992, cité par Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 66.

⁶⁴ Dossier de médecine du travail, avis d'aptitude du 5 novembre 2009 [Archives privées M. Lazari].

⁶⁵ Dossier médical, compte rendu radiologique du 15 janvier 2004 [Archives privées M. Lazari].

⁶⁶ Lorsque l'amiante pénètre dans les poumons et dans la plèvre, la membrane se défend et secrète un liquide à l'intérieur qui fait perdre l'élasticité du poumon. L'atélectasie se situe à la frontière entre le poumon et la plèvre et entretient le phénomène inflammatoire. Elle est mentionnée sur le tableau 30 des maladies professionnelles en lien avec l'inhalation des poussières d'amiante à la rubrique des lésions pleurales. Dès ce moment, le médecin du travail aurait pu initier une déclaration en maladie professionnelle, M. Lazari aurait ainsi été retiré de ses conditions d'exposition à l'amiante.

d'autres investigations. Huit mois plus tard, parce que les douleurs sont fortes et qu'il pense au réveil d'une ancienne fracture de côtes, M. Lazari passe une nouvelle radio : le médecin à l'origine du compte rendu note que « les fractures de côtes sont peu apparentes, mais par contre on note un épanchement pleural droit relativement important⁶⁷ ». Cinq ans plus tard, au terme d'un examen d'imagerie par scanner, « on retrouve bien l'important épanchement pleural droit et des épaissements pleuraux sont effectivement présents, bien visibles⁶⁸ ». Il faudra encore cinq mois et une batterie d'examens avant que le mésothéliome, cancer de la plèvre spécifique d'une exposition à l'amiante, ne soit diagnostiqué à la fin décembre 2009. Dans le compte rendu qu'il adresse au médecin traitant de M. Lazari et à son médecin du travail, le pneumologue note : « Je vous rappelle qu'il s'agit d'un patient tabagique à 70 paquets/années qui m'a été adressé en consultation pour bilan d'un épanchement pleural droit évoluant depuis octobre 2008⁶⁹ suite à un accident du travail⁷⁰ ». Si l'attention portée aux facteurs de risque professionnels de M. Lazari avait été de même intensité que celle portée à sa consommation tabagique, la stratégie d'investigation médicale aurait pu être modifiée au regard d'hypothèses de malignité et du temps gagné sur le diagnostic⁷¹.

« J'avais déjà un épanchement pleural depuis 5 ans. Mon médecin traitant m'a dit "ça va passer, au bout de 3 mois ça part". Et ça passe pas, et chaque fois je vais passer des radios. C'est le médecin du travail qui m'a interdit de travailler, je suis arrivé sur le chantier et on m'a dit "tu es interdit de travailler", c'était en 2009. [Le médecin du travail] n'a rien fait du tout, il m'a dit "va voir ton médecin". » [Entretien avec M. Lazari, octobre 2011 (avec Annie Thébaud-Mony)]

Ignorant du jargon médical et du sens à donner aux conclusions médicales, M. Lazari ne s'est pas alerté de ces différents épisodes de santé et s'en est remis à l'appréciation des médecins. Ceux-ci, dans leur diversité, n'ont pas tenu compte de l'environnement professionnel spécifique de M. Lazari, quand bien même le métier de chauffagiste est largement reconnu par les institutions de prévention comme exposant à l'amiante⁷². Son médecin du travail, en particulier, ne pouvait pas ignorer cette réalité : « Il savait, précise M. Lazari, parce qu'il venait sur les chantiers. Il était affecté à [nom de l'entreprise], pour toutes les agences en région parisienne. »

⁶⁷ Dossier médical, compte-rendu radiologique du 31 août 2004 [Archives privées M. Lazari].

⁶⁸ Dossier médical, compte-rendu de l'examen tomodensitométrie thoracique du 16 juillet 2009 [Archives privées M. Lazari].

⁶⁹ Le premier constat d'un épanchement pleural date en réalité de 2004 ; ici peut se constater la perte d'informations médicales d'un médecin à l'autre, sur un temps relativement court.

⁷⁰ Dossier médical, lettre du docteur N, consultation suivi pneumologique, Centre hospitalier intercommunal Alpha, le 8 janvier 2010 [Archives privées M. Lazari].

⁷¹ Le diagnostic a été long et difficile à poser dans le cas de M. Lazari. Les examens radiologiques, la biopsie et la fibroscopie bronchique n'ont pas permis d'aboutir ; il a fallu attendre une pleuroscopie, l'évacuation d'un litre du liquide d'épanchement et son analyse pour identifier le mésothéliome.

⁷² Se reporter par exemple aux fiches « métier amiante » éditées par l'INRS ou par la CRAMIF, accessibles en ligne, respectivement sur www.inrs.fr/media.html?reflNRS=ED%204270 et sur <http://cramif.fr/pdf/risques-professionnels/dte-156-amiante-travaux-chauffagiste.pdf> [consulté le 23 janvier 2016].

Le cas de M. Lazari n'est pas isolé. Déjà cités dans ces pages, ceux de M. Poulaille et de M. Tristan sont par exemple très semblables. Dans chacune de ces situations, les patients sont encore en activité au moment où ils tombent malades, au poste et dans l'entreprise où ils ont été et sont encore exposés à des cancérrogènes. Leur dossier de médecine du travail ne fait pas mention de ces expositions et leur médecin du travail ne met pas en œuvre les dispositifs légaux à sa disposition⁷³. Dans d'autres situations, les patients ne travaillent plus sur des postes exposants, mais leurs activités antérieures, au contact avec des cancérrogènes, sont tout simplement négligées dans le suivi médical en entreprise.

Les témoignages de ces salariés et anciens salariés atteints de cancer broncho-pulmonaires confirment et précisent des constats issus de plusieurs travaux de recherche portant sur la médecine du travail⁷⁴. S'intéressant à leur positionnement professionnel, Pascal Marichalar rappelle le « statut ambigu » des médecins du travail qui les rend « indépendants et subordonnés à la fois⁷⁵ » et peut ainsi brider leurs possibilités d'agir : « Formellement libres tout en étant formellement subordonnés, jetés dans l'arène entre employeurs et salariés, les médecins du travail sont dans une situation de porte-à-faux qui les rend vulnérables aux pressions⁷⁶. »

À l'appui d'une analyse des dossiers de médecins du travail soumis au contentieux sur les quarante dernières années, il repère des modalités de pression très concrètes qui sont exercées par les employeurs, parmi lesquelles, en premier lieu, la menace du licenciement pour les médecins exerçant en service autonome, c'est-à-dire en entreprise⁷⁷. Selon un ancien secrétaire du Syndicat national professionnel des médecins du travail (SNPMT) :

« La simple menace qu'il représente est pour beaucoup de médecins du travail un frein aux initiatives et une entrave à se livrer aux activités qui risqueraient de déplaire à l'employeur. Il nous paraît évident qu'on ne peut pas demander à tous nos confrères de se comporter en Don Quichotte... et il ne serait pas convenable d'attendre d'eux une prédisposition au masochisme⁷⁸. »

⁷³ Si un salarié est malade du fait de son exposition à un cancérrogène sur son poste, le médecin du travail peut préconiser un aménagement du poste de travail (L. 4624-3 du Code du travail). Il peut également déclarer une inaptitude au poste (L. 4624-4), qui oblige l'employeur à proposer au salarié un reclassement. Si le reclassement est impossible, il peut le licencier pour inaptitude. En cas de licenciement pour inaptitude en lien avec une maladie professionnelle, le montant des indemnités légales est doublé.

⁷⁴ Se reporter notamment à Stéphane Buzzi et *al.*, « Entre fragilité et ambiguïtés : la médecine du travail au XX^e siècle », *Archives des maladies professionnelles*, 2002, 63 (3-4), p. 134-136. Jean-Claude Devinck, *La création de...*, ouvr. cité, 2002. Voir aussi Annie Thébaud-Mony, *Travailler...*, ouvr. cité, 2007.

⁷⁵ Pascal Marichalar, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Paris, Les presses de Sciences Po, « Nouveaux débats », 2014, p. 110.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 56.

⁷⁷ Les médecins du travail exercent dans leur majorité (90 %) en services inter-entreprises, c'est-à-dire dans le cadre d'associations patronales dont les adhérents sont les employeurs d'un territoire ou d'une branche professionnelle. Une minorité exerce en service autonome, directement employés par l'entreprise.

⁷⁸ Charles-Pierre Hitier, « L'indépendance médicale, mythes et réalités », *Médecine et travail*, n° 95, 1978. Cité par Pascal Marichalar, *Médecin du travail...*, ouvr. cité, 2014, p. 49.

L'employeur peut aussi, démarche moins lourde qu'un licenciement, se saisir de la période d'essai pour tester le comportement d'un médecin et, en service inter-entreprises, obtenir que le médecin change de secteur et n'ait plus en charge les salariés de son entreprise. Il peut surtout, forme de pression par l'absence, ignorer toutes les interpellations du médecin du travail, ne jamais y répondre, transformant l'exercice du médecin en une activité épuisante et vidée de son sens⁷⁹.

Prenant l'exemple de l'attitude des médecins du travail face aux dangers de l'amiante avant son interdiction, Pascal Marichalar montre qu'une partie d'entre eux s'est clairement compromise dans le déni des risques tandis qu'une autre s'est fortement engagée pour demander la réduction ou la suppression de l'amiante sur le lieu de travail. Mais que :

« la plupart des médecins du travail sont restés dans un entre-deux, se contentant de suivre les préconisations légales en matière de prévention (quand bien même ils auraient aisément pu savoir qu'elles étaient insuffisantes), sans faire d'efforts particuliers pour déceler les maladies d'origine professionnelles⁸⁰. »

Ceux qui ont été au-delà de ce que leur demandaient les textes étaient inscrits en général « dans des groupes de pairs prêts à briser les évidences professionnelles⁸¹ » ou des organisations critiques du pouvoir médical⁸². Cette dynamique nécessite un niveau de combativité⁸³ et de résistance⁸⁴ que tous leurs confrères ne sont pas prêts à vivre. La question des maladies professionnelles notamment est ainsi particulièrement chronophage et peu valorisée. Médecin du travail, Noëlle Lasne estime ainsi que son investissement sur un dossier de maladie professionnelle demande un grand sens de la diplomatie, de la pugnacité et « un temps énorme », « à peu près 40 heures », entre l'identification de la maladie, la difficulté à trouver un médecin qui rédige le CMI, les papiers à remplir, les contacts avec la Sécurité sociale, les coups de téléphone aux interlocuteurs concernés, l'aménagement éventuel du poste de travail, etc⁸⁵.

⁷⁹ Entretien avec Jean-Michel Sterdyniak, mai 2017.

⁸⁰ Pascal Marichalar, *Médecin du travail...*, ouvr. cité, 2014, p. 105.

⁸¹ *Ibid.*, p. 83.

⁸² Parmi les groupes de pairs et/ou critiques du pouvoir médical, on peut notamment citer pour cette époque le Syndicat national professionnel des médecins du travail (SNPMT), le Groupe information santé (GIS), le Comité de liaison et d'information sur la santé et les conditions de travail (CLISACT), le Collectif maladies et risques professionnels (CMRP), l'Association pour l'étude des risques au travail (ALERT), etc. Voir aussi Pascal Marichalar et Laure Pitti, « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 196-197, n° 1, 2013, p. 114-131.

⁸³ Un médecin du travail retraité confie ainsi que « tous les matins, c'était comme aller à la guerre ». Pascal Marichalar, *Médecin du travail...*, ouvr. cité, 2014, p. 56.

⁸⁴ Dans sa thèse de doctorat dont est tiré l'ouvrage cité plus haut, Pascal Marichalar revient sur plusieurs de ces affaires et, notamment, l'affaire Garnier-Lafue qui, au terme de 14 ans de procédure, a abouti en 1989, à invalider le motif de licenciement de ces deux médecins du travail, alors qu'ils avaient déjà dû, tous deux, se reconvertir dans d'autres activités. Pascal Marichalar, *Prévenir ou produire : autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, thèse pour le doctorat de sociologie, EHES, 2011.

⁸⁵ Intervention de Noëlle Lasne, médecin du travail, conférence-débat « Genre et Cancers professionnels », Wecf, Palais du Luxembourg, Paris, 6 juin 2014.

Soumis aux pressions des employeurs, les médecins du travail sont aussi saisis par d'autres priorités, comme celles exprimées par les salariés, soucieux de conserver leur emploi. Face au risque de l'inaptitude, en période de pénurie d'emploi, déclarer une maladie professionnelle peut représenter le risque de perdre son travail et ses revenus. M. Lazari exprimait ainsi vivement son souhait de continuer à travailler, refusant la « mort sociale⁸⁶ » que signifiait pour lui l'arrêt maladie. Dans un texte rédigé en 1996, la médecin du travail Marie Pascual décrit bien le dilemme auquel elle et ses collègues sont confrontés :

« Devant des plaques pleurales chez un travailleur de l'amiante, le problème que doit résoudre le médecin du travail est le suivant :

- c'est un simple signe d'exposition, mais ça ne l'empêche pas de continuer. Taisons-nous et mettons-le apte (qu'en pensera le salarié quand il découvrira qu'on l'a laissé travailler à l'amiante avec la plèvre déjà enraidie de fibres cancérigènes ?) ;

- c'est donc une maladie professionnelle : je le déclare, DONC je le mets inapte (qu'en pense le salarié qui se retrouve au chômage, avec l'indemnité ridicule – 9 000 francs⁸⁷ au grand maximum – versée par la Sécurité sociale ?)⁸⁸. »

Elle rend ainsi compte des limites de l'exercice de sa profession, particulièrement dans la délivrance de l'avis d'aptitude ou d'inaptitude, question « qui incarne à elle seule toutes les ambiguïtés de la médecine du travail⁸⁹ ». Concernant plus particulièrement les cancérigènes, plusieurs textes encadrent ainsi la pratique des médecins du travail en leur confiant la responsabilité de choisir quels salariés seraient aptes ou inaptes à être exposés à ces substances hautement toxiques. Dès 1977, alors que le pouvoir cancérigène de l'amiante est connu, un décret prévoit que pour travailler à son contact, il faut être en possession « d'une attestation du médecin du travail constatant [que le salarié] ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante⁹⁰ ». En 2001, dans le cadre des règles de prévention à prendre contre les agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, il est demandé aux médecins du travail d'attester, dans la fiche d'aptitude qu'ils remettent à l'embauche d'un salarié, que celui-ci « ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux⁹¹ ». À l'origine d'un important malaise dans la profession, ce texte suscite d'importantes réactions. Contesté devant le Conseil d'État, son contenu est confirmé en 2002 : il revient donc aux médecins du travail d'apprécier, au regard des éléments

⁸⁶ La formule est empruntée à Anne-Marie Guillemard, *La retraite, une mort sociale*, Paris La Haye, Mouton, 1972.

⁸⁷ Le capital versé pour un taux d'incapacité partielle permanente (Ipp) de 9% s'élève à 4 110 euros au grand maximum. Source : données de l'assurance maladie au 1^{er} avril 2016, accessibles sur www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/maladie-professionnelle/aides-et-indemnisations/quelle-indemnisation-pour-la-victime.php [consulté le 30 novembre 2016].

⁸⁸ Marie Pascual, « Amiante : les leçons à tirer », *Médecine et travail*, n° 170, 1996, p. 35-36.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 60.

⁹⁰ Décret du 17 août 1977.

⁹¹ Décret du 1^{er} février 2001.

dont ils disposent « d'ordre génétique, comportemental ou historique⁹² », la capacité des salariés à être exposés aux cancérogènes. Les écrits de médecins du travail sont nombreux qui rendent compte des injonctions contradictoires auxquelles ils sont soumis⁹³ et de la pression exercée par les salariés ne voulant pas risquer leur rémunération.

On a vu combien le corps médical joue un rôle déterminant pour favoriser ou empêcher l'accès au droit de leurs patients à de nombreuses étapes, de la possibilité d'établir le diagnostic de cancer lui-même jusqu'à l'obtention du certificat indispensable à l'exercice du droit. Même lorsque les patients ou leurs proches sont en possession d'un CMI, les conditions d'exercice de leur droit demeurent lourdement entravées par le contexte même de la maladie et par ses caractéristiques.

2. La maladie grave en toile de fond

Les possibilités de recours au droit interviennent alors que les patients vivent l'épreuve de la maladie et de ses séquelles. Si la procédure de déclaration en maladie professionnelle est semblable pour toutes les maladies, les caractéristiques de la pathologie cancéreuse renforcent les difficultés à exercer ses droits et limitent les possibilités d'engagement dans une démarche de « réclamation ».

Le cancer est tout d'abord une maladie grave et, s'agissant du cancer du poumon, mortelle à plus ou moins court terme. Comme de nombreux auteurs ont déjà pu en témoigner, la nouvelle même du diagnostic constitue un « choc⁹⁴ », à l'origine d'une « rupture biographique⁹⁵ ». Dans le contexte de ma recherche, l'échange établi avec les patients ou leur entourage intervient plusieurs semaines voire plusieurs mois après cette annonce. Mais dans la conversation, qu'elle soit entamée à mon initiative ou à la leur, un thème revient toujours : l'annonce du diagnostic qui survient pour tous comme une déflagration, tant pour le patient que pour son entourage, à l'appui de représentations du cancer largement péjoratives : en dépit des progrès thérapeutiques, elles demeurent associées à la peur, à l'angoisse, à la marginalisation, à la mort⁹⁶. Tous parlent d'un « coup de massue » dont la puissance ne semble pas s'atténuer avec les semaines, les mois – « le cancer, il est là, il reste là, dans ma tête, même si je me sens

⁹² Séance du 16 septembre 2002 du Conseil d'État statuant au contentieux, pourvoi n° 231869/236838.

⁹³ Notamment, parmi les plus récents, Marie-José Hubaud, *Des hommes à la peine, carnets d'un médecin du travail*, Paris, La Découverte, 2008. Jeanne-Marie Ehster et al., *Menaces sur la santé au travail*, Saint-Malo, Pascal Galodé éditeurs, 2010. Voir également le collectif de Bourg-en Bresse qui édite chaque année son rapport collectif d'activité et la presse syndicale. La loi dite « El Khomri » de réforme du Code du travail a également suscité un important corpus de communiqués et de lettres ouvertes de professionnels inquiets quant à la possibilité de poursuivre leurs missions.

⁹⁴ La notion de « choc » liée au cancer est présente dans de nombreux ouvrages parmi lesquels : Francine Saillant, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1988 ; Marie Ménoret, *Les temps du cancer*, Paris, éditions du CNRS, 1999.

⁹⁵ Michael Bury, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health and illness*, vol. 4, n° 2, 1982, p. 167-182.

⁹⁶ François Beck et Arnaud Gauthier (dir.), *Baromètre cancer 2010*, Inpes, « Baromètres santé », 2012, p. 50.

mieux⁹⁷ », pour reprendre les termes de M. Tounsi. C'est un « coup de tonnerre », parfois une « surprise » découverte au détour d'autres soins, en lien souvent avec des douleurs de dos ou des toux persistantes et, parfois, au terme d'une longue errance diagnostique.

La survenue du cancer signe aussi pour les patients et leur entourage l'entrée dans de nouvelles temporalités et, surtout, l'impossibilité de parvenir à se projeter. De fait, son issue est fatale, à plus ou moins court terme. L'irruption de la maladie exacerbe par ailleurs les difficultés socio-économiques des salariés et anciens salariés atteints de cancer. L'espace du recours au droit est ainsi considérablement réduit.

2.1. *Le temps désagrégé*

Avec la pathologie cancéreuse, les patients et leur entourage sont plongés dans l'urgence des soins, très lourds dans le cas du cancer du poumon, c'est-à-dire tout à la fois chronophages et avec d'importants effets secondaires. Comme le résume la sociologue Hélène Marche, « l'entrée dans l'épreuve du cancer engage les individus dans un parcours de l'incertitude : incertitude quant à l'évolution du mal, quant aux conséquences des traitements et interventions, quant au temps qu'il reste à vivre⁹⁸. »

Longtemps inscrite dans la perspective duelle d'être curable ou incurable, la pathologie cancéreuse a rejoint, en lien avec les progrès thérapeutiques (notamment la mise au point des traitements par chimiothérapie dans les années 1950), la catégorie des maladies chroniques⁹⁹ : à l'alternative entre la mort ou la guérison se sont substituées les notions de « stades » ou de « rémission », manière d'habiller des pronostics incertains¹⁰⁰, et une « rhétorique probabiliste »¹⁰¹ a envahi la communication médicale. La notion d'*incertitude* « imprègne le mot cancer – lorsqu'il est prononcé ou bien les euphémismes qui en tiennent lieu¹⁰² ». Les patients doivent alors vivre dans cet entre-deux, ni morts, ni guéris, en veille et inquiétude permanente et soumis à des traitements qui restreignent considérablement leur calendrier, les mettant aux prises avec des

⁹⁷ Entretien avec M. Tounsi, octobre 2010.

⁹⁸ Hélène Marche, *Le travail relationnel au cœur de l'expérience du cancer : mises en forme ordinaires et institutionnelles de cette épreuve*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université Toulouse 2 Le Mirail, 2009, p. 125.

⁹⁹ Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n°1, 1986, p. 3-27.

¹⁰⁰ Marie Ménoret, *Les temps du...*, ouvr. cité, 1999.

¹⁰¹ Marie Ménoret relève que « les cliniciens hésitent à prononcer un pronostic en face de malades gravement atteints et, lorsqu'ils y sont contraints, rendent leurs prédictions suffisamment vagues pour être sans grande signification. ». Elle illustre ces propos par les répliques de médecins confrontés à la question d'une de leurs patientes sur ses chances de survie. L'un recours au « registre chiffré » – « Écoutez, si je vous dis 80 ou 30 % de chances de guérir, ça ne veut rien dire pour vous, soit vous vous en tirez, soit ça ne marche pas, vous avez une chance sur deux en fait, c'est comme ça qu'il faut voir les choses... » – l'autre à « l'information qualitative » – « Ce que je peux vous dire c'est que nous ferons tout pour vous tirer d'affaire. » Marie Ménoret, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 1, 2007, p. 33-54.

¹⁰² *Ibid.*

périodes d'intense fatigue, de douleur, d'angoisse, de perte d'appétit, de mouvements d'humeur.

Mme Blain entretient avec moi des échanges téléphoniques réguliers durant les 30 mois qui précèdent son décès. C'est à chaque fois l'occasion, au prétexte de démarches administratives, de faire part de son état, de ses traitements, de leurs impacts et de ses pronostics. Les trois extraits ci-dessous à quelques mois de distance les uns des autres permettent de prendre la mesure du contexte lié à la pathologie cancéreuse et de rendre compte du processus de « travail sans fin¹⁰³ » dans lequel un patient atteint de cancer est engagé, travail d'ajustement permanent au jour le jour :

« Maintenant, ma vie, elle est entre ma chimio et ma maison. Je suis tombée dernièrement de 5 marches, je me suis fait mal, j'ai de la kiné. Je suis très fatiguée, j'ai fait 4 chimio en un mois, les marqueurs ont un peu baissé. [Le pneumologue], il ne dit pas grand-chose, mais quand il n'est pas content, ça se voit. Quand il a vu mon marqueur, il a pincé les lèvres. Il est resté muet. Il m'a demandé si j'avais vu la radio. Vous parlez si je l'ai vue, elle est imprimée dans ma tête. On y voit des trucs blancs, je ne sais pas trop ce que c'est, mais je vois quand ça change d'une radio sur l'autre. Une fois il y avait des petites boules blanches, avec un fil au bout, ils appellent ça des "lâchers de ballons", c'est écrit comme ça sur ma feuille de prise en charge. » [Journal de terrain, septembre 2011]

« On n'imagine pas tous les effets secondaires de ces chimio. Sur la notice, il y en a déjà 25 cm, je les ai tous eus, sauf les hémorragies : les cils qui rentrent dans les yeux, la moustache qui pousse, les cheveux qui cassent et qui tombent, les ongles qui se dédoublent et qui s'accrochent partout, les yeux et le nez humides, avec un liquide qui brûle, les gerçures, la perte d'appétit, la faiblesse, les jambes comme de la flanelle de coton... J'avais l'habitude de marcher vite, j'ai pris une secousse. Mais, comme le dit le professeur, ce n'est pas ma maladie qui me rend malade, c'est les soins. Et il faut les prendre pour que ça ne se diffuse pas ailleurs, pour que ça reste fixe. » [Journal de terrain, décembre 2011]

« La fin de l'année a été dure. La chimio m'a achevée. J'étais chez mon fils, je ne faisais que me reposer. Je mange très peu. Je préfère ne pas forcer sinon je vomis. Avant-hier, j'ai fait une chimio, en principe la dernière, je croyais que je serais en forme aujourd'hui, j'avais prévu de prendre le bus pour aller à Rosny. Et puis, en me levant ce matin, tous mes plans sont tombés à l'eau, je ne suis capable de rien, je viens seulement de me lever [il est 16 h 30]. » [Journal de terrain, janvier 2012]

Ces témoignages successifs font parfaitement écho à ce que Hélène Marche décrit au terme de sa recherche auprès de patients atteints de cancer avancés. Cette pathologie est, pour ceux qui en sont atteints, synonyme de multiples pertes¹⁰⁴ – perte de l'image de soi, de sa sensorialité, de sa vitalité et perte du « temps pour soi » : « L'expérience du cancer provoque une déstructuration des temporalités ordinaires. Le contexte d'incertitude quant à l'efficacité médicale remet en question la projection de soi dans l'avenir. Par ailleurs, les moments des traitements, les temps de l'hospitalisation,

¹⁰³ Anselm Strauss and Juliet Corbin, *Unending Work and Care : Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco, Jossey-Bass, 1988.

¹⁰⁴ Hélène Marche, *Le travail relationnel...*, thèse citée, 2009, p. 166 et suivantes.

favorisent la perception de la perte du temps pour soi », jusqu'à se retrouver « aliénés » de leur vie quotidienne¹⁰⁵.

Pour certaines personnes, l'expérience du cancer peut même se recentrer exclusivement autour de la douleur, parfois insoutenable. Âgée de 67 ans et atteinte d'un mésothéliome, Mme Vandebosh en témoigne à multiples reprises lors de nos échanges, voulant s'excuser de ne pas répondre rapidement aux courriers ou aux coups de téléphone :

« Je fais de la chimio tous les 8 jours. À peine le temps de récupérer et pof, 5 jours de douleurs atroces et 3 jours. Le protocole a été fait comme ça. On ne peut pas le reculer. Je ne sors pas. Je ne mange pas avec appétit. Je souffre, si vous saviez comme je souffre ! Je souffre le martyr, c'est tellement dur ! Parfois, je ne veux plus vivre. Quand je discute autour de moi, je vois bien que je ne suis pas toute seule, il y en a combien qui souffrent comme ça. Mais j'ai beau le savoir, ça ne change pas grand-chose. [...] C'est atroce les douleurs. Je suis à 100 % sous morphine, ça ne change rien. Le médecin me dit que j'ai de la chance, que j'ai un corps très sain, qui résiste bien, je n'ai jamais fumé, jamais bu. À chaque fois, on me dit "on ne dirait pas que vous êtes malade". Mais moi, qu'est-ce que je souffre ! Ça fait mal et ça inquiète. La seule chose – mon mari me dit que j'ai de la chance dans mon malheur –, c'est que je dors la nuit comme un bébé. Avant, c'était des cris, des hurlements, je n'en pouvais plus. » [Journal de terrain, mars 2011]

Le cancer dont est atteinte Mme Vandebosh est sans doute l'un des plus douloureux : la plèvre a en effet pour caractéristique d'être tout à la fois très sollicitée et très innervée, sensible au simple fait de respirer lorsqu'elle est atteinte. Les traitements demeurent inefficaces, la douleur résistant le plus souvent aux analgésiques – et parfois même à la morphine – et la prise en charge de la douleur est loin d'être développée dans tous les services oncologiques. Cette pathologie, véritable signature d'une exposition à l'amiante devrait faciliter les démarches d'accès au droit à réparation de Mme Vandebosh : l'instruction des dossiers de mésothéliome est normalement plus légère. Mais l'épreuve de la maladie et de ses conséquences limite considérablement ses possibilités d'agir, comme son témoignage ci-dessus en rend compte. Les tentatives de relativiser sa douleur, soutenues par son médecin comme par son mari, se défont devant ce qui lui est insoutenable et qui reste difficile à décrire¹⁰⁶.

Ces douleurs et souffrances, très intenses dans le cas des mésothéliomes, sont également fréquentes dans les cas de cancers broncho-pulmonaires : elles deviennent chroniques après toute intervention sur la cage thoracique. On mesure ici l'enfermement lié à cette « expérience de la douleur¹⁰⁷ » et la difficulté à maintenir du temps pour soi, entendu au sens de temps de bien-être. Dans ce contexte « aliéné » par

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 173.

¹⁰⁶ Il n'est pas anodin que, dans cette sous-partie sur l'expérience du cancer, se donnent à entendre davantage de femmes que d'hommes, alors qu'elles sont minoritaires dans cette étude : témoigner à l'extérieur de l'espace intime et familial de sa fatigue, sa souffrance, sa peur, exprimer ses émotions, dire le sensible semblent relever de démarches très genrées.

¹⁰⁷ David Le Breton, *L'expérience de la douleur*, Paris, Éditions Métailié, 2010. Pour une histoire de la douleur, voir aussi Roselyne Rey, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 2011 [1993].

la maladie et ses traitements, le temps et l'espace nécessaires au recours au droit sont ainsi fortement comprimés. Ces démarches ouvrent par ailleurs un nouveau front d'incertitude, pas toujours possible à affronter. L'espérance de vie suivant le diagnostic peut également les remettre en cause.

2.2. Le cancer broncho-pulmonaire : un pronostic sombre

Dans une tribune publiée récemment dans le *Monde diplomatique*, trois chercheurs impliqués en cancérologie alertent sur les « trompeuses métaphores » du cancer :

« Dans La Maladie comme métaphore, en 1979, l'écrivaine américaine Susan Sontag appelait à libérer les maladies graves, et en particulier le cancer, de la profusion des images nocives qui leur sont associées. Près de quarante ans plus tard, la pertinence de son propos est intacte. Les discours sur le cancer véhiculent de manière récurrente des métaphores évoquant la guerre, l'asocialité ou la folie. [...] [Ils] distordent la conception que le public se forme de cette maladie, altèrent la perception des patients et influent sur les stratégies thérapeutiques et les politiques de santé publique.¹⁰⁸ »

Les auteurs de cette tribune s'élèvent ainsi contre le caractère univoque des représentations du cancer qui, notamment, gommerait les avancées thérapeutiques en cancérologie et renforcerait l'angoisse des patients, au détriment des encouragements au « bon moral » qu'ils doivent entretenir pour guérir¹⁰⁹. Plus de 30 ans après les constats réalisés par Claudine Herzlich et Janine Pierret, le cancer cristallise toujours les angoisses et demeure une maladie qui équivaut à une condamnation à court terme¹¹⁰. En réalité, le mot « cancer » désigne une diversité de situations : il concerne plusieurs localisations qui toutes n'ont pas la même gravité, ne requièrent pas les mêmes traitements, n'entraînent pas les mêmes séquelles et n'entament pas avec la même ampleur l'espérance de vie.

Mais si plusieurs cancers sont effectivement devenus curables¹¹¹ ou chroniques, le cancer broncho-pulmonaire, quant à lui, échappe majoritairement jusqu'à présent à cette catégorie. L'évolution de la maladie dépend fortement de son type¹¹², du stade auquel elle a été diagnostiquée¹¹³ et des caractéristiques individuelles et sociales du

¹⁰⁸ Marc Billaud et al., « Trompeuses métaphores du cancer », *Le Monde diplomatique*, septembre 2016, p. 28.

¹⁰⁹ L'INCA est à l'origine, avec l'INPES, de la publication régulière d'un « baromètre cancer – les Français face au cancer » et, avec le ministère de la Santé, d'une campagne nationale qui, sous l'intitulé « je suis une personne, pas un cancer », vise à modifier les perceptions négatives du cancer.

¹¹⁰ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984, p. 295.

¹¹¹ Le pourcentage de guérison est ainsi proche de 100 % dans le cas des cancers de la peau détectés précocement.

¹¹² On distingue les cancers bronchiques dits « non à petites cellules » et ceux, plus rares, dits « à petites cellules », les premiers étant opérables, à la différence des seconds.

¹¹³ On distingue ainsi les cancers « opérables » des cancers « non opérables », à moins bon pronostic. Cela dépend à la fois de la localisation anatomique de la tumeur – celles qui collent aux gros vaisseaux sanguins ou au cœur sont souvent inextirpables –, de la capacité respiratoire du patient et du stade du cancer qui s'inscrit dans une classification internationale dite TNM – de l'anglais « Tumor, Nodes, Metastasis » – en fonction la propagation de la maladie sur le site de la tumeur primitive (T), dans les ganglions lymphatiques voisins (N) et à distance pour d'éventuelles métastases (M).

patient, notamment la résistance de son organisme à supporter les traitements et opérations¹¹⁴. Mais il demeure en tout état de cause un cancer dit de « sombre pronostic », c'est-à-dire mortel : en France, 54 % des personnes atteintes de cancer broncho-pulmonaire décèdent dans la première année qui suit le diagnostic et seuls 15 % y survivent au-delà de cinq ans – 5 % dans le cas du mésothéliome¹¹⁵. Les médecins ont beau user d'une rhétorique probabiliste et donc imprécise, les patients et/ou leur entourage ont facilement accès sur Internet à ces données dites « de survie ». Mme Lazari m'interroge ainsi sur l'espérance de vie de son mari, atteint d'un mésothéliome :

« Je voulais vous poser une question, je profite qu'il n'est pas là. Quand quelqu'un a un mésothéliome, il peut vivre combien de temps ? J'ai regardé sur Internet et je voudrais savoir. » La question me désarçonne. Je lui dis que je ne peux pas lui dire, que je ne suis pas médecin, que les statistiques sont toujours des moyennes, qu'elles ne traduisent pas ce qui se passe à l'échelle d'un individu, de son mari, qui a sa propre constitution physique, ses propres spécificités, que j'ai vu des gens partir en 2 mois et que j'en connais une qui en a un depuis 10 ans... Je lui demande ce qu'elle a vu sur internet : 2,5 ans. Elle enchaîne sur ses peurs et sur la nécessité d'effectuer des démarches chez le notaire, parce qu'ils ont une fille handicapée, et tous les problèmes de succession que cela pose. [Journal de terrain, juin 2012]

Aux prises avec l'incertitude et l'angoisse, Mme Lazari questionne tous les supports à sa portée, en quête d'indices pour mesurer le temps qu'il reste à vivre de son mari, retrouver prise sur un calendrier et anticiper les démarches qui seraient selon elle essentielles à mener, dans l'intérêt de la famille.

D'une façon générale, les diagnostics du cancer broncho-pulmonaire, et plus encore du mésothéliome, placent les patients et leur entourage en confrontation avec « une expérience humaine radicale, la plupart du temps refoulée, la mort¹¹⁶ ». Il s'agit d'un véritable « basculement, passage de frontière du monde des bien-portants dans celui des êtres en sursis pour lesquels brusquement la mort s'est rapprochée d'une façon brutale et rapide, et non progressivement comme au cours du cycle de vie dans un processus de vieillissement biologique et social¹¹⁷. » Ce basculement est le plus souvent à l'origine d'une redéfinition de ses priorités pour le temps qu'il reste et que l'on sait compté. M. Nestor, par exemple, explique pourquoi il ne désire pas s'engager plus avant dans l'accès au droit à réparation :

« C'est vrai que [mon entreprise] est responsable et que mon patron, et dans le fond et dans la forme, ne nous a pas fait de cadeau. Mais moi, je me rends compte que la vie est courte, je ne l'ai pas vue passer. Quand je vois des gens autour de moi, je me dis que j'ai une chance

¹¹⁴ INCA, « La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après cancer », *Études et enquêtes*, juin 2014, en ligne sur www.e-cancer.fr [consulté le 27 avril 2015].

¹¹⁵ Anne Cowppli-Bony et al., *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Invs, 2016, p. 156 et p. 164. En ligne sur www.invs.sante.fr [consulté le 23 novembre 2016].

¹¹⁶ Arnaud Hédouin, « Observer la mort », *Ethnologie française*, Tome 37, n°2, 2004, p. 699.

¹¹⁷ Pierre Aïach et al., *Vivre une maladie...*, ouvr. 1989, p. 19-20.

extraordinaire, je peux encore faire pas mal de choses. Vous savez, j'ai beaucoup de collègues qui sont malades ou qui sont décédés. Dans mon malheur, moi j'ai eu de la chance, j'ai un poumon en moins mais je peux me déplacer. C'est dur, je vais vous dire franchement, je me force à marcher, à faire des choses mais parfois le poumon ne suit pas. [...] Je vais m'en tenir là. Je ne sais pas, je ne suis peut-être pas un gros bagarreur, mais ce qui compte pour moi aujourd'hui ce sont mes petits-enfants. Je m'en occupe, ce sont mes rayons de soleil. Ma fille ne voulait plus me les donner, elle avait peur, je lui ai dit si tu fais ça, c'est pas bien, tu ne peux pas faire ça. Quand je verrai que ce n'est plus possible, je lui dirai, en attendant, c'est mon soleil. » [Journal de terrain, mars 2011]

Formeur sur cuivre durant 25 ans chez A., une entreprise de fabrication de moteurs et turbines, M. Nestor a subi un plan social à l'âge de 49 ans, puis deux accidents vasculaires cérébraux, avant de connaître la longue maladie, puis l'invalidité et de bénéficier ensuite d'une retraite anticipée pour exposition à l'amiante (ACAATA). Son cancer, diagnostiqué juste au passage de ses 60 ans, est une atteinte supplémentaire à sa santé déjà très fragilisée. Il n'a aucune difficulté à le rattacher à son activité professionnelle, ni même à dénoncer la responsabilité de son employeur : le nombre de ses collègues touchés par la maladie donne à l'existence d'un risque cancérigène professionnel une réalité tangible et l'entreprise elle-même a été inscrite sur la liste de celles ouvrant droit à l'ACAATA au terme d'une importante mobilisation sociale. Mais la perception qu'il a de son état de santé et de son espérance de vie l'amène à ne pas vouloir investir du temps en démarches, d'accès au droit à réparation notamment. Le non-recours au droit est pour lui un choix de vie.

Les possibilités de recours au droit surgissent là à contretemps d'un calendrier qui se resserre sur l'expérience de la maladie, de ses traitements et au regard d'une vie qu'on sait « rétrécie ». Les impacts de la maladie ne se lisent pas seulement en termes psychologiques et physiologiques, ils atteignent également les sphères économiques et sociales des patients et de leur famille.

2.3. L'exacerbation des difficultés socio-économiques

Quelle que soit la situation des personnes avant la survenue de leur maladie, la pathologie cancéreuse a d'importantes répercussions sur les budgets des familles concernées, comme en témoignent avec régularité différentes études commandées par l'INCA¹¹⁸, et l'expérience vécue par les enquêtés. La difficulté à se projeter, propre à la maladie chronique, se renforce d'une profonde inquiétude liée à l'augmentation des frais et à une diminution des ressources. Les malades ou leur famille sont alors le plus souvent contraints de s'orienter vers des dispositifs d'aide sociale, nécessitant des démarches administratives longues et déstabilisantes en terme d'identité sociale. Leur

¹¹⁸ INCA, « La vie deux ans... », rapport cité, 2014.

prise en charge médicale elle-même peut être remise en cause. L'accès au droit à réparation peine à trouver place dans ce quotidien fortement déstabilisé.

2.3.1. Des revenus d'activité amputés

Les plus concernés par ce phénomène sont les personnes encore en activité au moment du diagnostic, en particulier lorsque leur revenu est la seule ressource de la famille. C'est par exemple le cas de M. Tounsi, âgé de 55 ans au moment du diagnostic. Son arrêt maladie est à l'origine d'une diminution substantielle de ses revenus : oscillant entre 1 300 et 1 400 euros par mois, selon les primes, ils passent alors sous la barre des 1 000 euros¹¹⁹, déstabilisant fortement les ressources et l'équilibre de toute la famille. La préoccupation financière prend le pas sur toutes les autres, comme en atteste la place qu'elle va prendre dans nos échanges au cours des trois années d'accompagnement, jusqu'à son décès, en juin 2012. Quelques mois auparavant, alors extrêmement fatigué, il passe ainsi au GISCOP sans prévenir :

Il m'explique qu'il ne s'en sort plus financièrement. Il a fait le tour des aides sociales, il n'a droit à rien, son fils n'a pas pu partir en voyage scolaire en Angleterre (200 euros pour 4 jours), le prof a appelé, M. a expliqué qu'il n'avait pas les moyens, le prof lui a proposé de payer en 3 fois, mais il ne peut pas. Son fils a été voir l'assistante sociale scolaire qui lui a dit qu'elle ne pouvait rien faire. Il m'explique aussi qu'il ne reçoit rien pour sa pension d'invalidité¹²⁰, aucun papier, aucun document, c'est seulement quand il va voir son compte à la Poste qu'il sait si la somme est tombée ou non. Et ce fut pareil pour les 5 000 euros d'arriérés d'arrêt maladie que la CPAM lui devait. [Journal de terrain, janvier 2012]

Dès les premiers mois de son arrêt maladie, le montant de ses revenus est réduit de plus d'un quart (29 %). De plus, ceux-ci sont perçus sans plus aucune régularité : se substituant à son salaire, les indemnités journalières de l'Assurance maladie sont en effet le plus souvent versées avec retard, jusqu'à cinq mois dans son cas¹²¹. Il n'est alors plus possible pour M. Tounsi de s'acquitter de ses loyers et de ses charges, ni de pouvoir faire face à de nouvelles dépenses. La scolarité de ses enfants en est très affectée. Les trois plus jeunes ne peuvent plus participer aux sorties et voyages scolaires. Sa fille aînée, alors étudiante en lettres à la Sorbonne, est quant à elle obligée de se réorienter vers une formation courte et qualifiante, en comptabilité, pour alléger les dépenses et

¹¹⁹ Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour compenser la perte de revenus en cas de maladie sont d'un montant compris entre 60 % du salaire journalier (durant le 28 premiers jours de l'arrêt) et 80 % (au-delà des 28 premiers jours), dans la limite de 3 ans. Elles ne tiennent pas compte des primes qui représentent parfois une part importante des revenus. Dans la fonction publique, la situation est très différente et moins avantageuse, le fonctionnaire conservant l'intégralité de ses revenus durant les trois premiers mois avant de passer à 50 % de ceux-ci pour une durée maximale de 270 jours.

¹²⁰ M. Tounsi ne touchant plus aucune indemnité journalière en maladie, ayant dépassé la limite des trois ans, a été orienté vers un autre dispositif, l'invalidité. Le temps administratif nécessaire à l'instruction de son dossier le place dans un espace temps sans ressource.

¹²¹ Cette question du retard de versement des indemnités journalières (IJ) pèse d'ailleurs considérablement sur le travail des assistantes sociales de la CRAMIF, contraintes de recourir à des fonds de secours pour le pallier, au détriment d'autres situations d'urgence. Entretien avec Béatrice Dufresne, directrice du service social de la CRAMIF, Seine-Saint-Denis, juin 2011.

surtout pouvoir contribuer rapidement aux revenus de la famille. L'impact économique de la maladie et l'inquiétude qu'il suscite ne sont pas sans effet sur la santé de toute la famille, comme l'illustre l'échange téléphonique ci-dessous :

M. Tounsi me fait part de sa baisse de moral « plus bas que dans les chaussettes », et de ses douleurs. Je lui demande des nouvelles [de son aînée], il m'explique qu'il a dû la conduire aux urgences, « tellement elle est angoissée, elle a peur de louper son année et puis l'année dernière a été dure, elle a eu un choc ». Je lui demande des nouvelles des autres, eux aussi sont malades, « ils ont mal au ventre, c'est le stress, c'est à cause du travail, je leur dis qu'il faut travailler ». [Journal de terrain, septembre 2011]

Contraint de s'endetter, portant sur lui la responsabilité de pourvoir aux besoins des siens, M. Tounsi s'empresse de reprendre le travail dès qu'il se sent « tenir debout », transformant sa convalescence en courtes périodes d'arrêt maladie alternant avec des périodes d'activité dans la manutention de charges lourdes. Alors que j'ignorais encore tout de sa situation financière, j'avais témoigné ma surprise de découvrir que, malade, il reprenait pourtant son travail :

« Je ne gagne pas assez quand je suis arrêté. C'est dur. J'ai dû reprendre. Et puis là, il fait trop froid, j'ai du mal, je suis fatigué et j'ai mal [il me montre son cathéter], alors je me suis arrêté. Mais après, c'est toute une histoire pour payer le loyer. » Il m'explique qu'il est parti au service social, que l'AS lui a dit de ne pas reprendre le travail, qu'il l'a écoutée et qu'il a ensuite eu du mal à payer le loyer. Quand il est revenu au service social, l'AS n'y travaillait plus et son dossier n'existait plus. Il n'a plus confiance. [...] Son bailleur lui a proposé un échelonnement du loyer, il pense s'en sortir comme ça. « Les problèmes d'argent, j'en ai marre ! À l'hôpital, le docteur toujours il me rouspète “pourquoi tu travailles ?” qu'il me dit. » [Journal de terrain, septembre 2010]

Confronté à une situation d'urgence financière, attentif à ne pas être endetté, M. Tounsi n'ose s'en remettre à ses interlocuteurs du service social : le temps long des démarches, l'incertitude quant aux résultats, les problèmes d'organisation interne au service social renforcent son sentiment de solitude et le convainquent qu'il ne peut compter que sur lui-même – et sur sa fille aînée. Dans le cas du cancer broncho-pulmonaire, cette reprise du travail, physique en l'occurrence, est fortement déconseillée, comme s'en alerte d'ailleurs son pneumologue. Les traitements représentent déjà une épreuve à eux seuls, accentuant la fatigue et les douleurs. Locataire de son appartement, dans l'une des cités les plus pauvres et reléguées du département de la Seine-Saint-Denis, M. Tounsi peine à se reposer durant ses arrêts maladie : le bruit de sa cage d'escalier et des rassemblements bruyants sous ses fenêtres nuisent à son sommeil. Au travail, il sollicite fortement ses poumons, dont l'un d'entre eux est déjà amputé d'un lobe. Or, comme le rappelle le professeur Laurent Zelek, chef de service adjoint d'oncologie de l'hôpital Gamma et président du réseau Oncologie93, la « prise en charge du cancer doit être

globale pour être efficace : le soin ne suffit pas, il faut aussi l'accès aux droits sociaux, à l'alimentation, aux sports... [...] Tout cela contribue à la guérison ou à la survie¹²² ».

La situation de M. Tounsi n'est pas isolée dans l'enquête du GISCOP93. Elle révèle la faiblesse des marges de manœuvre des patients atteints de cancer lorsque de leur revenu dépend une famille et la nécessaire reconfiguration de leurs priorités : ici, par exemple, les prescriptions médicales ne peuvent faire le poids face à l'urgence économique¹²³. Elle illustre aussi les dilemmes dans lesquels sont saisis les patients, par ignorance de leurs droits et des dispositifs sociaux, par défaut d'accompagnement et par un contexte propre à ce territoire qui complexifie les démarches administratives.

Le cas de M. Poulaille est à cet égard édifiant. Chaudronnier dès l'âge de 16 ans, en apprentissage, il travaille quatre ans chez Citroën avant de rejoindre une grande entreprise de recyclage de ferraille, de 1977 jusqu'à son arrêt maladie en 2009. Un cancer du larynx est d'abord diagnostiqué avant que n'apparaisse, au détour d'exams médicaux, un cancer primitif du poumon. Atteint par deux cancers qui requièrent tous deux des traitements lourds, M. Poulaille est également confronté à d'importantes séquelles – une « fuite » dans la trachée – qui l'épuisent et rendent la communication difficile. Dans un premier temps, son arrêt maladie n'affecte pas particulièrement ses finances : âgé de 53 ans, il continue à percevoir son plein salaire, 3 000 euros, son employeur complétant le montant de ses indemnités journalières. Mais, au bout de trois ans, un courrier de l'assurance maladie l'informe qu'il ne percevra plus d'IJ¹²⁴, donc plus de revenu. Le fait que sa femme travaille ne suffit pas à calmer ses appréhensions, la perte de son propre salaire modifiant tout l'équilibre de leur budget familial :

« On a été en panique. On a été voir l'AS de la Sécu qui nous a conseillé la reprise du travail à mi-temps et l'invalidité pour couvrir l'autre moitié. J'ai dû liquider tous mes congés pour tenir jusqu'aux premiers versements¹²⁵. J'ai pris rendez-vous avec le médecin du travail qui a été OK, et j'ai repris. C'est difficile, mais on n'était pas à l'aise. » [Entretien avec M. et Mme Poulaille, octobre 2012]

M. Poulaille reprend alors son travail, en mi-temps thérapeutique. Mais ce faisant, il reprend son activité de chaudronnier qui l'a exposé durant 32 ans à plusieurs cancérogènes (l'amiante, les fumées de soudage, les HPA, le trichloréthylène et le benzène¹²⁶) : « Son travail consiste essentiellement à rénover et à rendre étanches les

¹²² Laurent Zelek, intervention lors de la journée « accompagnement social et cancer », organisée par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Service de prévention et d'actions sanitaires, 29 avril 2012 [Journal de terrain].

¹²³ Voir à ce sujet l'article de Eric Favereau, « J'ai un cancer, d'accord, mais comment je fais pour garder mon gamin », *Libération*, 8 novembre 2013, en ligne sur www.liberation.fr/societe/2013/11/08/j-ai-un-cancer-d-accord-mais-comment-je-fais-pour-garder-mon-gamin_945673 [consulté le 15 novembre 2013].

¹²⁴ Le versement d'indemnités journalières pour congé maladie ne peut pas excéder trois ans au régime général. Une limite très inappropriée dans le cas de maladie chronique comme en témoignent, sur les forums Internet, de nombreuses personnes atteintes de cancer.

¹²⁵ M. Poulaille a repris le travail en décembre, ses premiers versements pour l'invalidité sont intervenus 4 mois plus tard.

¹²⁶ Expertise du parcours RBA PNO 09 049, juin 2011 [Archives GISCOP93].

bennes et containers dans lesquels leurs clients collectent leurs déchets. Il doit retirer, au chalumeau, ce qui reste collé (on retrouve des solvants, de la peinture, des liquides, des matériaux solides, de l'amiante...), puis reboucher les trous et consolider la structure par ajouts de renforts et soudage à l'arc et au chalumeau. Il recourt à des pièces prises dans des tas de métaux à l'extérieur. Quand le métal est trop gras, il utilise des diluants avant de souder. Lorsque la rénovation est finie, il repeint la benne ou le container au rouleau ; il dilue la peinture lui-même lorsqu'elle est trop épaisse¹²⁷. »

Ici se lisent plusieurs phénomènes. D'abord, la représentation du risque cancérigène par ces acteurs sociaux que sont l'assistante sociale et le médecin du travail et, ensuite, leur méconnaissance du droit de la réparation et de son cadre protecteur pour un travailleur encore en activité. Alors que les fumeurs atteints de cancer du poumon sont vivement invités à mettre un terme à leur tabagisme, M. Poulaille, lui, est replacé dans la situation d'exposition qui a contribué à sa maladie, sans que son médecin du travail ne tente un éventuel reclassement pour le mettre à l'abri de ces risques cancérigènes professionnels. S'il se voit contraint de reprendre son travail – éprouvant et exposant – alors même qu'il vient d'être reconnu en maladie professionnelle, c'est qu'il ignore qu'il peut alors s'orienter vers un licenciement pour inaptitude en maladie professionnelle et bénéficier ainsi du doublement de ses indemnités de licenciement. Il peut ensuite obtenir l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) qui lui garantit 65 % de son salaire en sus de sa rente en maladie professionnelle équivalente dans son cas à 100 % de son salaire.

Dans le cadre du dispositif d'accompagnement, M. Poulaille a pu s'engager dans ces démarches, rassuré sur le maintien de ses revenus et s'épargnant une reprise du travail difficile pour mieux vivre sa convalescence. Mais son parcours renseigne en miroir les difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs atteints de cancer et encore en activité au moment où ils sont susceptibles d'exercer leur droit à réparation. Leur arrêt de travail, la diminution voire la perte de leur revenu à un âge encore éloigné de la retraite peut devenir leur inquiétude principale, au détriment tout à la fois des soins et de toute autre démarche administrative à l'issue trop incertaine. La maladie est par ailleurs une source de frais supplémentaires

2.3.2. La maladie, source de frais supplémentaires

La peur de perdre un revenu n'affecte pas les travailleurs retraités, la maladie n'ayant aucune incidence sur le versement de leur pension de retraite. Mais la pathologie cancéreuse, même si elle est prise en charge dans tous les cas au titre des affections

¹²⁷ Reconstitution du parcours RBA PNO 09 049 [Archives Giscop93].

longue durée (ALD¹²⁸), représente un coût. En effet, la survenue du cancer est à l'origine de nombreuses dépenses non prises en charge : les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes par exemple, ainsi que tous les soins en lien avec les conséquences des traitements comme les brûlures d'estomac, les compléments alimentaires, les investigations médicales à d'autres organes, etc. Ils sont d'autant plus lourds à supporter pour les patients qui n'ont pu souscrire à une complémentaire santé. Pour eux, la moindre hospitalisation peut asphyxier leur budget, comme l'explique par exemple la fille de M. Farsi, retraité d'une société de nettoyage pour la SNCF :

« Il a la sécu, mais le problème c'est que les repas, il les paye. Sept jours d'hospitalisation, c'est 112 euros. Ça fait beaucoup. Et la mutuelle, ça va coûter cher, il n'a que 1 100 euros par mois de retraite et moi, je n'ai que la CMU. » [Journal de terrain, janvier 2010]

Essentielle à l'entretien de quatre personnes – lui-même, son épouse, sa fille, demandeuse d'emploi en fin de droit, ainsi que le bébé de celle-ci – la pension de retraite de M. Farsi ne permet pas l'adhésion à une mutuelle, hors de portée de leur budget comme d'ailleurs toute dépense supplémentaire.

C'est en ce sens que le coût d'un cancer ne se borne pas à celui des soins et traitements : il concerne également de nombreux « à-côtés », essentiels au quotidien et au combat contre la maladie. Mme Blain par exemple aurait voulu porter une perruque pour masquer la perte de ses cheveux suite aux séances de chimiothérapie mais ses deux petites retraites, l'une du régime général (250 euros) parce qu'elle a été horlogère quelques années avant son mariage, l'autre des collectivités territoriales (950 euros) pour son activité passée d'agent de surveillance à la Ville de Paris, ne lui permettent pas cet achat. « Je ne sais pas comment faire, je n'ai pas les moyens, j'ai demandé à la Ligue, ils ne peuvent pas. » Vivant seule, elle aurait également voulu bénéficier d'une aide dans la vie quotidienne parce que « la chimio, ça donne des vertiges, et puis ça touche les yeux, je vois trouble et mes jambes sont plus faibles qu'avant¹²⁹ », mais cette possibilité dépend de l'instruction de son dossier à la Maison du handicap et de l'évaluation de son autonomie : un travail administratif supplémentaire à mener, fastidieux dans son contexte de maladie et au résultat hypothétique.

Somme toute, dans l'expérience des patients, la pathologie cancéreuse est alors plus qu'une maladie, « elle n'est pas seulement l'ensemble des symptômes qui nous amène chez le médecin, elle demeure l'événement malheureux qui menace ou modifie irrémédiablement notre vie individuelle ou le désastre collectif aux conséquences

¹²⁸ La pathologie cancéreuse est considérée comme une affection de longue durée, c'est-à-dire « une maladie dont les soins et le suivi s'effectuent sur une durée prolongée (plus de 6 mois) ». Inscrite sur la liste des ALD établie par le ministère en charge de la santé, elle ouvre droit à une prise en charge à 100 % des soins et traitements par l'assurance maladie sur la base du tarif de la Sécurité sociale.

¹²⁹ Journal de terrain, janvier 2010.

incalculables¹³⁰ ». Empruntant la métaphore à la photographie, c'est comme si la vision des patients se rétrécissait autour d'un point focal : le cancer et ses à-côtés, les traitements, les soins, la douleur, la fatigue, l'incertitude et l'inquiétude, combinée aux difficultés financières.

Dans ce contexte, l'exercice du droit dépend aussi considérablement des tiers : les proches en premier lieu, les services sociaux aussi.

3. Le rôle déterminant des tiers

Au regard des pages précédentes sur l'expérience de la pathologie cancéreuse, on mesure le contexte défavorable dans lequel le recours au droit peut avoir lieu : il s'agit, pour les personnes malades, de parvenir à dégager du temps, des ressources et de l'énergie pour accomplir ces démarches, trois composantes déjà fortement mobilisées par une autre activité, le travail en lien avec la maladie¹³¹. Les possibilités d'exercice du droit ne peuvent se comprendre qu'à condition de les rattacher au tissu social dans lequel les personnes éligibles sont insérées. Le dispositif d'enquête du GISCOP93 donne l'occasion d'être en contact avec des (anciens) salariés atteints de cancer qui ne sont pas issus d'un secteur ou d'une entreprise particulière. À la différence de collectifs constitués, ils ne se connaissent pas et vivent leur expérience isolément, ils ne sont pas en contact avec des collectifs syndicaux ou associatifs qui pourraient les soutenir dans l'exercice du droit.

Dans ce contexte, être isolé, sans famille ou sans soutien, compromet sérieusement l'accès au droit à réparation. Celui-ci dépend de tiers, les proches en premier lieu. Mais ceux-ci, lorsqu'ils existent, sont eux-mêmes affectés par la maladie et ses conséquences, voire traumatisés par le deuil, et par ailleurs confrontés à l'exacerbation de leurs difficultés sociales par la survenue de la maladie. Les services sociaux peuvent alors apparaître comme d'autres tiers pertinents et complémentaires vers l'accès au droit à réparation.

3.1. L'accès au droit compromis par l'isolement

Les rares situations de non-recours dans la population d'enquête s'expliquent le plus souvent par l'épuisement, l'indisponibilité, ou encore l'isolement social. M. Apell, par

¹³⁰ Marc Augé et Claudine Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, « Ordres sociaux », 1984, p. 201.

¹³¹ Décédé en mai 2017 d'un cancer du pancréas, le philosophe Ruwen Ogien, directeur de recherche au CNRS, fait reposer son dernier essai publié sur la critique du « dolorisme ». Se nourrissant de sa propre expérience, il revisite notamment les différentes métaphores s'appliquant, dans la littérature et les essais, à la maladie cancéreuse. À côté de celles du « défi », de l'« épreuve », du « royaume », il note sa préférence pour celle du « métier » : « Être malade serait comme une profession qui exige un apprentissage, un certain savoir-faire, une organisation, une planification active de nos journées, une ligne de "carrière", etc. [...] La comparaison ne vaut que dans une certaine perspective, celle de l'organisation de la vie quotidienne. » Ruwen Ogien, *Mes Mille et Une Nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Paris, Albin Michel, 2017, p. 64.

exemple, est sans domicile fixe au moment de son diagnostic. Ressortissant britannique, il a d'abord été engagé militaire durant 7 ans, avant de devenir soudeur et de se spécialiser dans la soudure hyperbarique¹³². Durant 17 ans, il travaille le plus souvent dans l'installation de plateformes et de pipelines pour différentes sociétés pétrolières sur toutes les mers. Il quitte cette activité pour, dans le cadre d'une relation amoureuse, rejoindre la France où il exerce durant 13 ans le métier de soudeur, sous statut intérimaire. À partir de 1999, suite à des soucis familiaux, il commence à vivre dans le métro parisien où il « fait la manche », jusqu'à que soit posé son diagnostic de cancer, 10 ans plus tard. Le collectif d'experts du GISCOP93 identifie cinq cancérogènes auxquels il aurait été exposé durant au moins 10 ans, jusqu'à 32 ans pour les seules fumées de soudage. Admis en maison médicalisée, affaibli par la maladie, et sans soutien familial ou amical, il n'effectue pas la déclaration de son cancer en maladie professionnelle dans les 14 mois qui précèdent son décès. Le lien entre sa maladie et son travail ne peut donc pas être établi.

La situation de M. Apell fait écho à celle de nombreux travailleurs migrants isolés, sans famille ou éloignés de celle-ci demeurant dans leur pays d'origine. Même s'ils ne partagent pas avec cet ancien soudeur son expérience extrême de désaffiliation sociale, ils partagent le plus souvent l'impossibilité de pouvoir compter sur un tiers à même de constituer leur dossier et de suivre les démarches. Leur état de santé le nécessiterait, mais également leur faible maîtrise de la langue française, et surtout de l'écrit. Employés le plus souvent aux travaux les plus durs et les moins qualifiés, comme en attestent les parcours de travail de l'enquête GISCOP93, ils ont pu être fortement exposés aux cancérogènes, dans les travaux publics, la métallurgie, le terrassement, le nettoyage... Faute qu'ils aient été accompagnés dans leurs démarches, la responsabilité du travail dans la survenue de leur maladie n'est pas explorée.

Des situations familiales conflictuelles peuvent également être à l'origine de l'isolement des patients, comme dans le cas de M. Criqui, 49 ans, par exemple. Convaincu du rôle du travail dans la survenue de son cancer – soudeur depuis l'âge de 15 ans, il a été exposé à l'amiante, aux fumées de soudage, aux solvants chlorés et aux poussières de fer –, il souhaiterait que celui-ci soit reconnu en maladie professionnelle. Mais ses forces ne suivent pas. Lorsque je l'appelle pour lui repréciser les démarches à effectuer, il avoue son incapacité à suivre :

« Moi, je n'ai plus la force, j'ai des hauts et des bas, je ne me souviens de rien, je ne mange plus rien, ils m'ont brûlé l'œsophage, je suis sous morphine. Pour avoir un droit, il faut se battre, je suis trop fatigué. Je vais d'hôpital en hôpital, la maladie suit son cours, je suis à bout de souffle, je ne pèse plus que 36 kilos. » [Journal de terrain, mars 2011]

¹³² La soudure hyperbarique a lieu en milieu sous-marin, en atmosphère pressurisée à des profondeurs ou pressions variables. Cela nécessite une qualification spéciale et un très bon état de santé.

À sa demande, je contacte sa sœur pour lui expliquer les démarches à entreprendre. D'un ton très agacé, elle explique qu'elle doit d'abord s'occuper de sa famille, de ses enfants, que son frère s'est toujours reposé sur elle ou sur sa mère et qu'elle ne voit pas à quoi peut servir cette démarche : « Où est l'intérêt ? Il est gravement malade, on lui a dit qu'il n'avait aucune chance, je ne vois pas... » Parce qu'il est épuisé, sans soutien, M. Criqui décède sans parvenir à recourir au droit à réparation. Se révèle alors la place essentielle qui revient à l'entourage dans l'accès au droit, quand la personne malade est affaiblie, vulnérable et dépendante, ou quand elle n'est plus.

En effet, le temps court qui sépare la maladie du décès se heurte au temps long de l'accès au droit : celui-ci ne se limite pas au dépôt d'un dossier de déclaration, il nécessite un investissement régulier, une vigilance constante et, parfois, le recours au contentieux. Dans la grande majorité des cas de l'enquête, les patients décèdent avant d'aboutir dans leurs démarches¹³³ et, faute de relais, celles-ci peuvent être interrompues à leur décès. Certains décèdent même avant d'avoir pu les entamer.

Plus encore, lorsque les démarches aboutissent, le cancer ainsi reconnu en lien avec le travail peut très bien ne pas apparaître dans les statistiques de l'assurance maladie sur les risques professionnels. Il en est ainsi, pour exemple, de la maladie de M. Terroufi. Celui-ci me contacte la première fois en quête d'un soutien pour obtenir une « aide à la vie quotidienne ». Âgé de 74 ans, atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, il souffre d'un épanchement pleural très douloureux et ne parvient plus à se doucher seul. La chambre qu'il occupe dans un foyer municipal pour personnes âgées est par ailleurs très humide. Orienté vers les services sociaux, il rappelle quelques semaines plus tard, la reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle venant de lui être refusée. Je lui rends visite pour revoir avec lui son parcours de travail et de réparation. Originaire du sud du Maroc, militant de gauche, il a voulu échapper au début des années 1960 à la répression organisée par le roi Hassan II à l'égard des partisans de Mehdi Ben Barka, figure majeure de l'opposition au monarque, en postulant au recrutement des Houillères du Nord : « On avait une visite médicale à Agadir, aucun stage, et puis on était envoyé à la mort. Ils te confisquaient le passeport pendant au moins un an pour être sûrs qu'on reste une fois qu'on avait découvert l'enfer de ce boulot. Comme j'étais trop grand pour les galeries, on m'a fait creuser les tunnels et pousser les wagonnets. Dès que j'ai pu, j'ai quitté et je suis venu en Seine-Saint-Denis¹³⁴. » De la description précise de son travail

¹³³ Près de la moitié des patients que j'ai accompagnés dans leurs démarches sont décédés dans les 9 mois qui ont suivi leur diagnostic, seuls 9 % d'entre eux sont encore en vie 3 ans plus tard.

¹³⁴ Ayant rejoint la Seine-Saint-Denis, il embauche comme tôlier dans une entreprise de carrossier constructeur, pour adapter des camionnettes à façon. « On était six enfermés dans un garage, chacun en charge d'une voiture et de sa découpe de A à Z. C'était vraiment très dur. On était dans les fumées de soudage et de découpe toute la journée, dans la poussière, c'était irrespirable. Il fallait parfois porter les véhicules, on se mettait à deux et on soulevait. Un jour, en faisant ça, j'ai eu les vertèbres déplacées. » Son médecin lui prescrit un arrêt de travail pour accident du travail mais celui-ci se « perd » chez l'employeur, M. Terroufi est licencié pour abandon de poste. Il retrouve un travail en masquant son état de santé et, au prix de quelques mois d'intenses douleurs, il provoque un accident du travail sur lui-même : « Je n'avais pas le choix, il me fallait une prise en charge, je ne pouvais plus travailler et je n'avais pas de revenus. Je suis resté allongé 6 mois avec une coque et

de mineur de fond – il accompagnait la machine à forer les tunnels et, suite au dynamitage, était chargé de ramasser à la pelleuse à air comprimé tous les blocs et morceaux de pierre ; il devait ensuite installer les rails et boiser le tunnel tandis que l'extraction du charbon débutait –, le collectif d'experts du GISCOP93 identifie notamment six années d'une exposition « certaine » et « très forte » aux poussières de silice. Mais alors que sa pathologie, un cancer broncho-pulmonaire associé à des lésions silicotiques, correspond en tous points aux critères du tableau 25 qui exige une durée d'exposition de cinq ans à la silice, le dossier essuie un premier refus¹³⁵. À sa demande, je transmets à M. Terroufi les modèles de courrier nécessaires pour contester cette décision. Il décède quelques jours après les avoir adressés à la commission de recours amiable. J'apprends plus tard que sa maladie est finalement reconnue, mais qu'elle ne sera pas indemnisée faute de parvenir à identifier des ayants droit¹³⁶. Les statistiques des maladies professionnelles ne considérant que les cancers indemnisés, celui de M. Terroufi n'y est pas inscrit.

L'isolement joue donc en défaveur du recours au droit. La place de l'entourage apparaît alors comme déterminante pour suivre et poursuivre les démarches d'accès au droit et, dans les cas où le patient n'a pas exercé son droit à réparation, se substituer à lui. Mais être entouré ne suffit pas. L'impact du cancer sur les proches peut également freiner leurs possibilités d'agir.

3.2. Les proches, entre implication et épuisement

Lorsque l'entourage est présent, son engagement dans l'accès au droit n'est pas pour autant acquis. S'il existe un large éventail de situations, se révèle déjà un contexte commun : l'impact très important du cancer sur la vie familiale.

3.2.1. Une épreuve partagée

De la même façon que les femmes de détenus disent vivre la prison à distance et devoir organiser leur vie autour du milieu carcéral, l'entourage des patients atteints de cancer, le plus souvent leur conjoint-e¹³⁷, est saisi-e dans le rythme et les effets de la maladie et

une sonde pour me nourrir, 3 ans en maison de repos, j'ai subi trois opérations. » Reconnu invalide, il rejoint alors un atelier protégé et exerce comme soudeur durant presque 20 ans « sur toutes sortes de choses », avant de prendre sa retraite en 1996. Entretien avec M. Terroufi, septembre 2010.

¹³⁵ Ces refus renvoient à plusieurs motifs et logiques qui seront étudiés dans la partie III. Ils ne signifient pas tous que la maladie ne sera pas reconnue.

¹³⁶ La notion d'ayant droit diffère selon les droits, dispositifs et prestations. Dans le cas des maladies professionnelles, les ayants droit sont le ou la conjoint-e de la personne décédé-e et ses enfants âgés de moins de 20 ans.

¹³⁷ Il sera ici surtout question des conjointes. Les femmes atteintes elles-mêmes d'un cancer broncho-pulmonaire sont moins d'une dizaine dans mon corpus de patients accompagnés, la plupart vivant seules. Pour une analyse plus fine de leur situation, je renvoie à la thèse de Michèle Paiva, *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes. Une analyse à partir de l'enquête permanente du GISCOP93*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université Paris 8, novembre 2016

en partage l'épreuve tout comme les familles de détenus « partagent leur peine¹³⁸ ». La survenue de la maladie déstabilise les équilibres familiaux, reconfigurant la place de chacun et conférant de nouveaux rôles aux uns et aux autres¹³⁹. Si le patient est directement « atteint » par le cancer, son entourage est également « touché ». On se souvient de M. Tounsi, inquiet pour l'état de santé de ses enfants jusqu'à conduire aux urgences sa fille aînée. Le témoignage de M. Chaffanjeon, 68 ans, ancien chaudronnier, en livre un écho supplémentaire. Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire diagnostiqué relativement précocement, il a pu être opéré et n'a subi « que quelques séances de chimio ». « Tout s'est bien passé », estime-t-il, avant de confier :

« C'est dur, j'ai vu ma femme perdre 10 kilos, c'est impressionnant. Elle venait me voir et toutes ces perfusions, elle en perdait le sommeil. Je lui ai même dit de ne plus venir. » [Journal de terrain, avril 2012]

Les possibilités d'accès au droit sont à resituer dans ce contexte : alors que beaucoup dépend des membres de l'entourage, celui-ci est lui-même très affecté. La perte de poids de Mme Chaffanjeon est comme le miroir de la gravité de la maladie dont est atteint son mari. L'angoisse de l'une nourrit l'angoisse de l'autre, l'amplifiant pour les deux. « Atteinte » par le cancer de son mari, cette épouse est contrainte de redéfinir tous ses temps de vie, bouleversés eux aussi par la maladie. Il s'agit notamment d'adapter l'agencement et l'entretien du logement, les repas, les sorties aux contraintes de la maladie, sans même évoquer l'amplification du travail administratif qui, le plus souvent, revient aux épouses dans la division sexuelle des tâches domestiques. Les soins, les traitements, l'éventuel passage d'un praticien, un déplacement en ambulance, tout fait l'objet de documents à conserver, à traiter, à transmettre. C'est d'ailleurs un thème récurrent de nos échanges, la « tonne de papiers », la « valise de papiers », la « table réservée pour la paperasse ». Comme le résume de façon imagée la femme de M. Tavares :

« Il en arrive de partout, la sécu mais aussi les soins, les infirmières passent chaque semaine. Heureusement qu'on a une grande table, on peut laisser les papiers dessus. On ne sait plus où donner de la tête. Il y en a à chaque examen. » [Journal de terrain, novembre 2010]

Parce que les patients ne sont plus en mesure d'assurer tout ou partie des tâches qu'il prenait en charge, leurs femmes doivent suppléer cette carence : l'ampleur de ce « travail en plus » dépend alors de la situation de chacune, selon qu'elle est mère de jeunes enfants ou retraitée pouvant compter sur ses enfants adultes, malade elle-même ou non, avec ou sans revenu, maîtrisant les démarches administratives ou non, voire la

¹³⁸ Pierre Le Quéau (dir.), « "L'autre peine". Enquête exploratoire sur les conditions de vie des familles de détenus », *Cahier de Recherche* n°147, Crédoc, 2000, p. 87. Voir aussi Gwenola Ricordeau, *Les relations familiales à l'épreuve de l'incarcération. Sentiments et solidarités à l'ombre des murs*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université Paris IV/Sorbonne, 2005.

¹³⁹ Tania Risk (dir.), *Les proches de patients atteints d'un cancer, usure et temporalité. Abord de la problématique et expérience croisée des professionnels et des intéressés*, « Etudes et expertises », INCA, 2007.

langue française. L'un des indices les plus forts de cette redéfinition se lit, pour certaines épouses encore en activité, dans la réduction de leur temps de travail professionnel, voire la démission de leur poste¹⁴⁰.

L'intensification du travail d'aide des épouses – domestique, relationnel, administratif, émotionnel... – a pu débuter avant même que soit posé le diagnostic du cancer. On l'a vu, la pathologie cancéreuse évolue lentement et sans symptômes spécifiques : avant qu'elle soit identifiée, plusieurs épisodes ont pu survenir, éprouvants pour l'entourage, pesant sur leur quotidien. Mme Charpentier me relate ainsi la période qui a précédé la découverte d'un cancer broncho-pulmonaire chez son mari, âgé de 58 ans :

« Il était méconnaissable déjà deux ans avant le diagnostic, il devenait violent par moment. J'ai même eu deux points de suture sur le crâne, il m'avait poussé violemment par terre ; un autre jour, il a failli me jeter en bas de l'escalier. Il me faisait peur, il était très grand et fort, j'ai même vu dans ses yeux qu'il voulait me tuer. J'étais en train de penser au divorce, j'en avais parlé à ma belle-fille, j'avais d'ailleurs rendez-vous juste avant son hospitalisation. Personne ne voulait me croire, personne ne pouvait imaginer qu'il était comme ça, ça ne lui ressemblait pas. Il m'a dit une fois qu'il avait des pulsions, qu'il ne savait pas pourquoi. [...] Un jour où il est tombé par terre, j'ai décidé qu'on aille aux urgences, j'ai appelé mon fils et on est parti. Il est entré à l'hôpital en décembre, ils n'ont trouvé le cancer qu'en février, et après, ça a été très vite. » [Journal de terrain, janvier 2012]

D'abord forgeron chaudronnier durant 22 ans dans une entreprise de fabrication de luminaires, M. Charpentier est ouvrier d'entretien et de maintenance dans un parc d'expositions, au moment où il obtient un arrêt maladie « pour une bronchite » fin 2009. Il décède sept mois plus tard d'un cancer déjà généralisé. Ses sautes d'humeur et ses accès de violence s'expliquent après coup par la présence de tumeurs déjà développées dans le cerveau, métastases d'un cancer du poumon diagnostiqué tardivement. Depuis les premiers symptômes de son mari, Mme Charpentier n'a connu aucun répit. Alertée par les fréquentes « périodes de déprime » qu'il traversait, elle a démissionné dès 2008 de son travail pour rester à ses côtés. La survenue du cancer et la fulgurance de sa progression sont le point d'orgue d'une implication de tous les instants entamée des années auparavant. Au moment où je la contacte, en janvier 2011, pour lui demander si la maladie de son mari a été déclarée, elle se trouve alors sans force et sans ressort, comme terrassée et, dans un sanglot : « C'est pas vieux..., je ne vois pas quoi faire, il est mort, il n'y a plus rien. » Près d'un an après le décès de son mari, elle n'a engagé aucune démarche.

¹⁴⁰ Cette situation est à l'origine d'une perte de revenu ou de progression de carrière qui est parfois conséquente et qui invite les avocats partenaires du GISCO⁹³ à revendiquer ensuite auprès du FIVA l'indemnisation d'un « préjudice économique par ricochet » pour les épouses de victimes de l'amiante sur la base des avis d'imposition du foyer et de leurs bulletins de salaire.

3.2.2. Des victimes par « ricochet »

La plupart des épouses sont donc confrontées assez rapidement au décès de leur époux. Dans l'enquête du GISCOP93, un quart des patients sont déjà décédés dans les six mois qui ont suivi leur diagnostic¹⁴¹. À la déstabilisation liée au diagnostic et à la nécessité de définir un nouveau calendrier en lien avec les soins et traitements, s'ajoute alors cette déflagration, d'autant plus forte quand le décès survient rapidement. Dans cet état de sidération et de fatigue, elles sont nombreuses à se dire « déboussolées ». Leur « préjudice moral et d'accompagnement » figure d'ailleurs au registre des préjudices indemnisables devant le FIVA lorsqu'il est établi que leur époux est décédé d'un cancer lié à l'amiante. La lecture des écritures judiciaires produites pour contester l'offre d'indemnisation proposée par cet organisme rend compte de l'ampleur des « souffrances » : la régularité de leurs consultations médicales, notamment en psychiatrie, la prescription d'antidépresseurs, les états de confusion, les crises d'angoisse, les arrêts maladie, la perte d'emploi, la sous-alimentation¹⁴², etc., servent d'indices pour les évaluer.

Au-delà de l'impact émotionnel, le décès du patient a plusieurs conséquences immédiates. Les veuves sont précipitées dans de nombreuses démarches administratives, tous azimuts comme le montre l'encadré ci-dessous, sans compter leur confrontation à de nouvelles difficultés économiques¹⁴³.

Décès et intensification du travail administratif

La perte de son conjoint impose une série de démarches administratives dont l'ampleur est impossible à représenter. La consultation du guide réalisé par la CNAVTS à l'attention des veufs et veuves¹⁴⁴ donne une mesure du travail à accomplir dans des délais rapides. Dans les huit jours, pas moins d'une dizaine d'organismes et institutions doivent être contactés, une dizaine d'autres dans le mois qui suit le décès¹⁴⁵. À chacun d'entre eux se rattachent plusieurs tâches administratives. La liste des prestations sociales destinées à surmonter l'épreuve économique est conditionnée à l'âge, aux revenus, à la situation maritale, renvoie à plusieurs interlocuteurs et nécessite pour y prétendre d'être en mesure d'identifier rapidement la catégorie administrative la plus proche de sa situation. Par ailleurs, l'accès aux comptes bancaires de la personne décédée est immédiatement suspendu, compliquant lourdement le quotidien des conjointes n'ayant pas de compte et/ou de revenus en leur nom propre.

¹⁴¹ Pierre Lejard, *Réparation en maladie professionnelle de patients atteints de cancer : améliorations des outils de recueil d'informations quantitatives et analyse statistique des parcours*, mémoire de master 1, ENSAI, septembre 2015.

¹⁴² Inventaire réalisé à partir des dossiers des patients du Giscop93 portés au contentieux contre le FIVA [Archives Giscop93].

¹⁴³ Ces difficultés économiques représentent souvent le point d'entrée vers les services sociaux (voir pages suivantes).

¹⁴⁴ « Veuvage, vos droits », Assurance retraite, mars 2015, accessible sur www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/Guides%20et%20formulaires/Guide-Veuvage.pdf [consulté le 3 janvier 2017].

¹⁴⁵ En cas de veuvage, il convient d'en informer le ou les employeurs, Pôle emploi, les organismes bancaires, la Carsat, la Cnav, les caisses complémentaires, les mutuelles et organismes de prévoyance, l'assurance décès, les établissements scolaires des enfants, la Caisse d'allocations familiales, le notaire, le centre des impôts, les assurances (auto, habitation) et les organismes de crédit, le propriétaire du logement, les opérateurs d'électricité, de téléphonie de gaz, de l'eau, etc.

Elles sont alors contraintes à réaliser des arbitrages, comme en rend compte par exemple Mme Grassi, justifiant dans ses propos le temps passé avant de recourir au droit à réparation :

« On est vraiment dans la douleur, la surprise de la maladie. Et ça va ensuite très vite, on ne se rend compte de rien. On n'est pas là-dedans, dans la paperasse. J'ai surtout fait tous mes papiers de retraite parce que ça, je n'avais pas le choix, avec ce qui nous arrivait... Après, ils me demandaient un certificat qui disait pourquoi il était mort. Mais c'est au moment où je m'occupais de la retraite, je me suis occupée de tout ça pour avoir au moins une rentrée d'argent. Parce que tous les comptes étaient bloqués. Et, ensuite, j'ai été à l'hôpital Gamma, ça a traîné, la secrétaire ne savait pas, le médecin oubliait, ça a duré. » [Journal de terrain, mars 2010]

Déposée du vivant de M. Grassi, l'instruction du dossier nécessite, pour se poursuivre au-delà du décès, que son épouse parvienne à obtenir auprès d'un médecin un certificat médical établissant le lien entre le cancer et le décès. La démarche est particulièrement incongrue, tant pour les conjointes qui le vivent, pour certaines, comme une souffrance supplémentaire que pour certains médecins qui refusent de l'établir s'ils n'ont pas été témoins du décès ou parce que cette demande entre en contradiction avec leurs pratiques habituelles. Mme Grassi procède pas à pas, en fonction de priorités qu'elle redéfinit au fur et à mesure des nouveaux besoins, de leur urgence et du temps que nécessitent les démarches. L'exercice du droit à réparation peut alors s'envisager comme une activité secondaire, voire superflue.

On peut à ce propos reprendre les étapes du processus proposé par Felstiner, Abel et Sarat¹⁴⁶. Devenues victimes « par ricochet », les veuves peuvent alors être en situation de « réaliser », voire de « reprocher », mais pas de « réclamer » pour autant : le recours au droit apparaît à contretemps du drame qu'elles vivent. Joan Stavo-Debauge rappelle ainsi qu'il est des victimes sans ressort. Il nuance ainsi les postulats du courant de la sociologie pragmatique selon lesquels les chocs et les épreuves seraient des événements porteurs d'une dynamique et « prioritairement envisagés comme une provocation à "l'investigation" ou comme une incitation à l'invention¹⁴⁷ ». Ils favoriseraient la mise en mouvement des personnes concernées pour « faire enquête » : « Instruites par une "expérience de l'injustice" (Renault, 2004), elles auraient ainsi le pouvoir de se mobiliser¹⁴⁸. » Mais pour « faire enquête », rapporte encore Joan Stavo-Debauge, il faut d'abord être en mesure d'encaisser le choc, celui « qui ébranle et fait vaciller ». Or, il existe « certains événements dont on ne se remet pas et qui restent durablement

¹⁴⁶ William L. Felstiner et al., « L'émergence... », art. cité, 1991.

¹⁴⁷ Joan Stavo-Debauge, « Des "événements" difficiles à encaisser, un pragmatisme pessimiste », dans Daniel Cefai et Cédric Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2012, p. 196.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 191.

inappropriables, loin d'amorcer le développement d'une "expérience", ils peuvent en effondrer la possibilité¹⁴⁹ ».

« Avant d'être un "stimulus" qui "éveille la curiosité", le choc reste donc une collision qui suspend un engagement dans l'action et désempare celui qui en pâtit, en mettant brutalement en cause ce qui lui importe ou ce à quoi il est affairé. [...] Ensuite, pour une durée et avec une intensité variables, il peut laisser celui qui le subit en "état de choc", échoué sur les berges de l'incompréhension, loin du rivage de l'appropriation, frappé par l'impossibilité de faire sens de ce qui est arrivé, d'enquêter à son propos, d'en tirer une "expérience" ou d'en faire un récit. [...] Au final, il se peut qu'on ait simplement rappelé des évidences : être victime, c'est être un patient avant d'être un agent ; le mal obscurcit l'attention au lieu de l'aiguiser, il peut aussi travailler souterrainement en deçà de toute perception ; la souffrance diminue des capacités plutôt qu'elle ne les augmente ; l'évènement n'est pas toujours bienfaisant, il faut parvenir à en "encaisser" les coups avant de pouvoir en faire quelque chose ; mais il arrive aussi qu'il soit reçu comme un coup de grâce, et lorsque tout semble s'être écroulé d'un seul coup, c'est comme s'il n'y avait plus rien à (en) faire – pas même une enquête à son propos¹⁵⁰. »

Le non-recours au droit à réparation des cancers d'origine professionnelle peut s'envisager également dans cette perspective. Il est bien des chocs difficiles à encaisser, la maladie grave puis le décès peuvent faire partie de ces « coups de grâce ». Au lieu d'exercer leur droit, de se mobiliser, les veuves concernées peuvent plutôt choisir de « repousser ces "opérations" qui consomment de l'énergie¹⁵¹ ». Pour preuve, c'est parfois un à deux ans plus tard que certaines veuves s'engagent dans l'exercice du droit¹⁵² quand on les y invite. D'autres ne l'exerceront jamais.

3.2.3. Un cumul de « malheurs », des inégalités sociales amplifiées

En s'engageant dans une démarche d'accès au droit, les membres de l'entourage s'engagent pour une durée incertaine et un résultat hypothétique. Dans le meilleur des cas, l'instruction prend six mois, comme les délais réglementaires le prévoient, et l'indemnisation encore au moins deux mois. Mais dans la plupart des cas, ces durées sont plus importantes, d'autant plus lorsque survient un contentieux, jusqu'à douze ans pour la famille d'un ancien nettoyeur d'avion¹⁵³. Présentée par les médecins ou par la Caisse comme une démarche administrative simple – déposer un dossier et attendre la réponse – elle se révèle rapidement complexe, coûteuse en temps et en énergie,

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 199.

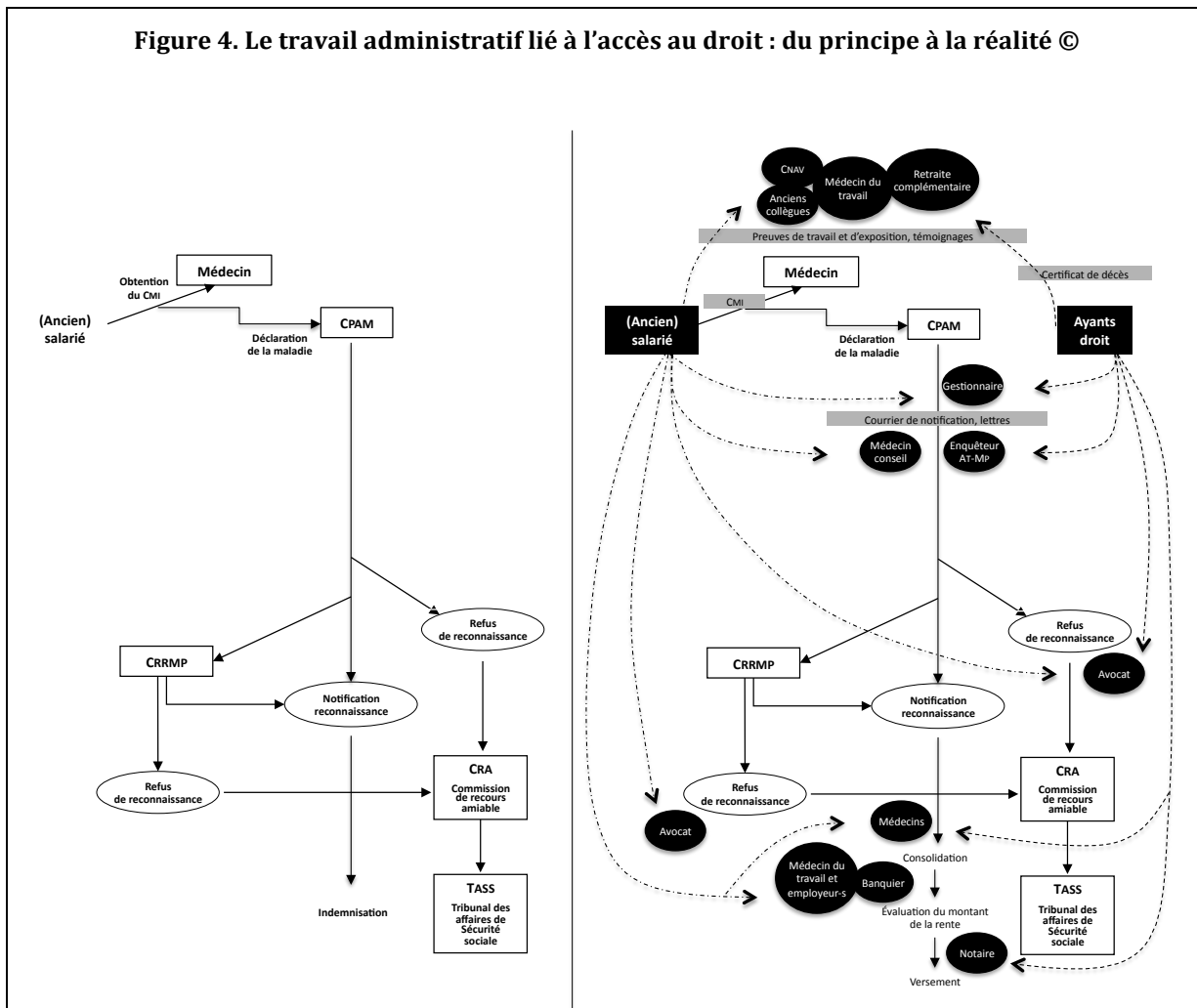
¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 219.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 210.

¹⁵² Il est possible de recourir au droit dans les deux ans qui suivent la constatation médicale. Le mouvement social des victimes de l'amiante avait obtenu une levée de cette prescription qui s'est achevée en 2001 : les personnes ou leur ayant droit pouvaient déclarer des maladies constatées depuis 1947.

¹⁵³ Laura Boujasson, « De l'épreuve du travail à l'épreuve de la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, 2009, p. 56-65. Au moment où cet article a été publié, le jugement favorable pour ce dossier n'avait pas encore été rendu.

conflictuelle également, nécessitant un minimum de combativité. La figure 4 tente, à titre d'illustration, de représenter la diversité des acteurs à solliciter au fil de l'instruction du dossier, sans toutefois pouvoir être exhaustive. Elle témoigne en tous cas de l'écart existant entre le simple dépôt d'un dossier et la réalité du travail administratif finalement à accomplir.



L'exercice du droit prend alors la forme d'une épreuve, plus ou moins lourde à affronter, selon la situation sociale des personnes concernées, leurs ressources et leur disponibilité. Dans la plupart des cas, du vivant même des patients, les démarches reposent sur l'entourage de la personne malade. Ils disent d'ailleurs souvent n'avoir « tenu » que par l'implication de leurs proches : « Il y a tellement de paperasses et c'est tellement compliqué... Vous savez, j'ai été aidé par mes enfants, sinon, j'aurais laissé tomber », avoue ainsi M. Potiron¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Journal de terrain, janvier 2011.

Parmi les proches, les veuves sont en première ligne. Si les femmes sont peu nombreuses dans le corpus des personnes malades du cancer du poumon que j'ai pu accompagner – moins d'une dizaine –, les femmes des patients assument en revanche la plus grande part des démarches d'accès au droit, s'exposant à un fort coût émotionnel. Quand les épouses sont elles-mêmes hors d'état de s'investir, compte tenu de leur propre état de santé ou de leur « illettrisme administratif¹⁵⁵ », certaines d'entre elles peuvent compter sur leurs enfants, les filles le plus souvent¹⁵⁶, pour s'en occuper. Celles-ci héritent alors souvent d'un double fardeau. La situation de la fille de M. Chtidjadi en rend compte. « Un malheur n'arrive jamais seul », résume-t-elle alors que je l'interroge sur l'avancée de ses démarches. Elle explique que, quelques semaines après le diagnostic de cancer de son père, sa mère est tombée malade, une maladie grave de la peau nécessitant de la chirurgie, des traitements lourds et onéreux :

« Vous êtes dans la douleur et on vous en ajoute. Tout est problématique. On a couru toute l'année 2009. Maman m'a dit qu'elle n'aurait jamais pu s'occuper du dossier de mon père. Les papiers me sortent par les yeux. En plus, ça n'arrête pas et comme on ne sait rien, on passe à côté de plein de choses. Je me souviens, on a reçu des impôts une mise en demeure en recommandé parce qu'on n'avait pas déclaré la succession après la mort de papa. On n'y avait pas pensé. Ça fait peur ! Les frais de soins, j'ai dû courir partout pour leur régularisation. Pendant les soins eux-mêmes, on était dedans, on ne pensait pas à autre chose. Une piqûre, c'était 900 euros, dont 300 pour notre poche. La sécu ne voulait pas de son dossier carte vitale, j'ai dû me battre partout, tout le temps ! Maman n'a rien touché durant deux ans. Elle vient tout juste de toucher sa pension de réversion qui était bloquée à cause de papiers à valider en Algérie. » [Journal de terrain, août 2010]

Dans la famille Chtidjadi, les démarches administratives usuelles se doublent d'une difficulté supplémentaire, la nécessité de composer avec les exigences propres au statut d'étranger en France et de solliciter des documents de part et d'autre des frontières. Ce « malheur qui n'arrive jamais seul » est toutefois largement partagé dans l'enquête du GISCOP93, nonobstant les appartenances nationales et les statuts administratifs. Le patient, bien que gravement malade, représente parfois la dernière digue qui empêche la famille de se laisser emporter. Son décès peut être dévastateur. Dans le temps nécessaire à rétablir un accès aux revenus ou un accès aux aides sociales – réouverture du compte bancaire, obtention des prestations liées au veuvage – toute une série de « malheurs » peut intervenir que l'accès au droit à réparation ne sera pas en mesure, en tout état de cause, de compenser.

¹⁵⁵ Claudine Dardy, *Identités de papiers*, Paris, Lieu Commun, 1990, p. 35.

¹⁵⁶ Ce constat rejoint ceux issus des travaux sur la division sexuelle des tâches administratives. À ce propos, Claudine Dardy, au terme de plusieurs enquêtes sur les pratiques administratives, et notamment « l'administration domestique », constate qu'il « est de bon ton de ne pas avoir l'air de consacrer du temps à la paperasse, secteur d'activité peu valorisant, besogneux – d'ailleurs souvent laissé aux femmes ». Claudine Dardy, « L'identité-papier », *Cahiers de médiologie*, n°4, deuxième semestre 1997, Paris, Gallimard, p. 229.

Dans ce sens, se confirme la notion d'« amplification » des inégalités sociales chère à Pierre Aïach¹⁵⁷ ou celle de leur caractère « systémique », portée par Alain Bihr et Roland Pfefferkon¹⁵⁸ pour signifier leur interaction. Les inégalités sociales dans l'accès au droit à réparation sont la forme visible des rapports sociaux considérés dans leur « intersectionnalité¹⁵⁹ », à condition toutefois de l'élargir aux rapports sociaux d'âge et de génération, comme le suggère Anaïk Pian¹⁶⁰ :

« [Les théories intersectionnelles] dépassent l'idée d'une simple juxtaposition et addition de désavantages que cumulent des individus en position de dominés du fait de leurs appartenances, pour interroger les effets interactifs de ces formes combinées de domination sur les positions occupées dans l'espace social. Le triptyque le plus couramment retenu, autour des rapports sociaux de classe, de genre et interethniques, laisse souvent de côté les rapports sociaux d'âge et de génération. Pourtant, ces derniers font également partie des grands modes de classement et de hiérarchisation sociaux¹⁶¹. »

Dans ce contexte de grande fragilité, quand se conjuguent les obstacles et difficultés liés à de multiples appartenances sociales, le moindre écart aux règlements peut remettre en cause un équilibre déjà très instable. Le travail administratif est alors fortement anxiogène, par peur du « faux pas » involontaire, d'une maladresse aux conséquences importantes. « Ne serait-ce que pour faire les choses “dans les formes” des conventions administratives, il faut être en “forme”¹⁶² », note à ce propos Joan Stavo-Debaugé, soulignant ce « paradoxe ». L'exercice du droit à réparation peut s'apparenter à un risque trop lourd à prendre, une démarche trop dangereuse pour s'y engager, d'autant plus qu'il oblige à se confronter avec les positions dominantes occupées par les médecins et par les institutions.

3.2.4. Pour les proches en deuil, une délicate prise de relais

Même s'ils soutenaient les démarches entreprises par leur conjoint ou leur parent, les membres de l'entourage se sentent parfois incapables de les poursuivre sur la durée, épuisés par le travail qu'elles requièrent et qui se superpose à la perte de leur proche.

¹⁵⁷ Pierre Aïach, « Processus cumulatif... », art. cité, 2004, p. 39-47.

¹⁵⁸ Alain Bihr et Roland Pfefferkon, *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, « Repères Sociologie », 2008.

¹⁵⁹ Je recours au terme intersectionnel sans négliger pour autant la distinction entre les notions d'intersectionnalité (en provenance des Etats-Unis) et de « consubstantialité » des rapports sociaux (portée par Danièle Kergoat). Se reporter à Kimberle Crenshaw, « Cartographie des marges : intersectionnalité, politiques de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du genre*, n° 39, 2005. Et Elsa Galerland et Danièle Kergoat, « Consubstantialité vs intersectionnalité ? à propos de l'imbrication des rapports sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol 26, n° 2, printemps 2014, p. 44-61.

¹⁶⁰ Anaïk Pian, « Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés », *Noroi*, n° 232, 2014, accessible en ligne sur <http://noroi.revues.org/5161> [consulté le 15 novembre 2015].

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 78.

¹⁶² Joan Stavo-Debaugé, « L'(in)expérience des victimes », dans Catherine Courtet, Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012, p. 157.

La fille de M. Rosso par exemple avait pu faire part de toute sa colère suite au refus par la Caisse de reconnaître le cancer de son père en maladie professionnelle : « Je suis révoltée, je vais me battre, on ne va pas se laisser faire¹⁶³ ! » Elle avait évoqué les conditions de travail « terribles » du dernier emploi de son père, « coquilleur » dans une fonderie d'alliages de zinc et d'aluminium dès la fin des années 1960 : « Quand il y est rentré, il pesait 80 kilos, et moins de 50 en ressortant, il travaillait à la cadence, il coulait le métal liquide dans les moules toute la journée, et il toussait, il toussait. » Le dossier semblait solide, les experts du GISCOP93 avaient identifié 23 années d'exposition à l'amiante et à la silice. Tous les modèles de courrier pour accéder aux pièces de son dossier et faire recours de cette décision devant la commission de recours amiable lui avaient été fournis. Lorsque je la recontacte pour savoir où en sont les démarches, elle dit s'« être résignée face à toutes les réponses négatives », « épuisée », « cassée » par le décès de son père survenu entretemps¹⁶⁴. L'examen ultérieur du dossier¹⁶⁵ montre que la maladie aurait pu être reconnue sur le tableau 30 bis, en lien avec les poussières d'amiante, à condition de pouvoir contester la décision sur la base du dossier d'instruction dont les éléments sont restés inaccessibles à la famille en dépit de plusieurs demandes en direction de la Caisse.

On se souvient de Mme Blain, ancienne contractuelle sur la voie publique, à Paris. Durant plus de deux ans, elle n'a de cesse d'exercer son droit à réparation, dans un contexte institutionnel spécifique, celui de la fonction publique territoriale (FPT), tant dans les termes du droit, de la procédure et des acteurs concernés. Pour les agents publics, l'employeur demeure en effet juge et partie, lui seul peut rendre un arrêté de reconnaissance d'une « maladie imputable au service ». S'il existe une commission en charge de l'instruction, la commission dite « de réforme », constituée de représentants des syndicats, des employeurs et de médecins agréés, son avis n'est que consultatif. Il convient donc d'adresser son dossier de déclaration à la direction du personnel de son ancienne institution et d'attendre, en l'absence de délai réglementaire. Et, lorsque la reconnaissance est acquise, la demande d'indemnisation est une nouvelle démarche.

C'est en véritable binôme que Mme Blain et moi-même menons ces démarches, nous relançant et nous épaulant mutuellement pour surmonter les obstacles, et ils sont nombreux¹⁶⁶. Il s'agit de parvenir à faire reconnaître sa pathologie en lien avec

¹⁶³ Échange téléphonique avec la fille de M. Rosso, février 2011.

¹⁶⁴ *Ibid.*, novembre 2011.

¹⁶⁵ Dans le cadre du partenariat avec la Caisse, il a été possible d'organiser quelques séances « d'analyse de dossiers » dans le cas de dossiers pour lesquels la possibilité de recourir au contentieux était prescrite.

¹⁶⁶ « Procédures mal respectées, secret médical levé, délais d'attente et d'instruction interminables, expertises bâclées, difficultés d'accès des agents à leur dossier personnel : le bilan du fonctionnement de ces commissions, dressé début 2012 dans un rapport du cabinet Klee Group pour le compte du ministère de la Fonction publique, est plutôt sévère. » Extrait de Michel Delberghe, « Les commissions de réforme ne jouent pas franc-jeu », *Santé et travail*, n° 79, juillet 2012, accessible en ligne sur www.sante-et-travail.fr/les-commissions-de-reforme-ne-jouent-pas-franc-jeu_fr_art_1155_59529.html [consulté le 26 décembre 2016].

l'exposition aux gaz d'échappement diesel, mais également l'occasion d'élargir l'enquête à un nouveau terrain, celui du régime de la fonction publique territoriale et, pour Mme Blain, « l'espoir que ça serve aux autres ». Tout au long de ces démarches, elle ne cesse d'exprimer cette préoccupation, sous différentes formes. Par exemple, lorsqu'elle apprend que de nouveaux interlocuteurs ont été identifiés dans le cadre de l'accompagnement : « *Ben au moins, toutes ces adresses, il va falloir se souvenir de tout, ça pourra servir aux autres n'est-ce pas ?* » Ou bien encore quand sa maladie est reconnue en lien avec son travail et qu'elle est sollicitée pour communiquer cette notification aux acteurs intéressés : « *Pas de problème, si ça peut faire avancer les choses. Parce que mine de rien, on est en train de faire avancer les choses. Un arrêté préfectoral, ce n'est pas rien ! Alors, je sais que moi j'aurai ça toute ma vie, mais si ça peut aider les autres...* » Qu'un cancer broncho-pulmonaire soit reconnu par la Préfecture « imputable au service », en lien avec les gaz d'échappement diesel, est une première¹⁶⁷ et, comme telle, accueillie avec étonnement et intérêt par les représentants syndicaux siégeant à la commission de réforme. Mme Blain rend ainsi compte du coup de téléphone qu'elle a donné au « monsieur de la CFDT » :

« Ils ne savaient rien de mon dossier, je leur ai expliqué, ils étaient surpris. C'est la première fois pour eux, ça dépasse leur espérance, ils sont contents. On nous dit toujours qu'on ne craint rien. Il faudrait qu'ils se parlent entre syndicats, c'est dans leur intérêt. Si ça fait jurisprudence, c'est pour ça que je le fais. Ce serait une avancée. Je me réjouis pas trop vite, mon fils m'a dit "s'ils te reconnaissent, il faudra qu'ils reconnaissent tous les autres, ils n'ont pas envie". [...] Je ne sais toujours pas si je profiterai d'une aide [financière] ou pas, mais c'est surtout pour les effectifs à venir. Je pense que je ne suis pas la seule. J'ai une collègue qui a une inflammation de la plèvre et des taches sur le poumon. Mais ils disent que ce n'est rien. S'il n'y avait pas eu le docteur à Gamma... » [Journal de terrain, septembre 2011]

Des centaines d'agents – « 2000 préposées », selon Mme Blain – sont concernés aujourd'hui encore par cette exposition, l'enjeu est donc important. Une étude aurait été menée au milieu des années 2000, à la demande des syndicats, aucune information n'aurait été communiquée¹⁶⁸. Mais pour que la reconnaissance de la maladie de Mme Blain puisse éventuellement bénéficier à d'autres, il faut qu'elle parvienne à accéder aux pièces administratives et médicales de son dossier. En dépit de ses nombreuses requêtes, elle ne parvient pas à obtenir ces documents de son vivant. Deux jours avant son décès, alors qu'elle est hospitalisée et se sait condamnée à très court terme, elle tient à signer de nouveaux courriers, en présence de son fils à qui elle en

¹⁶⁷ À deux ans d'intervalle, un autre patient du GISCO93, agent de la circulation durant 30 ans, n'a pas obtenu reconnaissance des liens entre son activité et son cancer broncho-pulmonaire, même au terme d'un recours devant le tribunal administratif : affecté à la régulation du trafic sur la voie publique, il était lui aussi exposé aux gaz d'échappement essence et diesel des véhicules. Dossier RBA PNO 08 015 [Archives Giscop93].

¹⁶⁸ « Des collègues volontaires portaient un badge enregistreur sur les pics de pollution. Les résultats devaient être communiqués au CHU, ils ne l'ont pas été. On nous a dit que chaque volontaire pouvait demander individuellement les résultats de son badge, ils ont demandé, on ne leur a rien donné. » Echange téléphonique avec Mme L., représentante CGT à la commission de réforme des Asp, décembre 2011.

confie le suivi. Quelques mois plus tard, je m'enquiers de l'avancée des démarches auprès de son fils, évoquant le fait que sa mère « disait souvent qu'elle tenait à ce que la reconnaissance de sa maladie en maladie professionnelle puisse servir aux autres qui sont exposés aux mêmes cancérogènes : avec ces documents, nous pourrions faire savoir l'histoire de votre mère, de sa bataille pour la reconnaissance. Par ailleurs, avez-vous eu des nouvelles de la rente à laquelle elle aurait eu droit ? » Celui-ci répond le jour même, par mail :

« Et bien non, j'ai laissé tomber au bout d'un moment car ils jouaient sur le fait de ne pas avoir de procuration authentique de ma mère pour consulter les dossiers et autres. Donc, j'ai pas insisté car c'était assez pénible à faire pour moi, ça me replongeait en permanence dans le truc et devant l'administration je perdais mon calme. Désolé de ne pas pouvoir vous aider plus là dessus. Cordialement. » [Echanges par courriel avec le fils de Mme Blain, avril 2014]

Le fils de Mme Blain n'a pas porté la « cause » de sa mère à son terme et plusieurs facteurs peuvent l'expliquer – il a hérité de cette mission sans l'avoir portée au départ et sans croire à son aboutissement – dont certains restent inaccessibles dans le cadre de cette enquête. Mais c'est aussi parce que ces démarches ravivent en permanence le souvenir des disparu-e-s. L'épouse d'un patient décédé explique ainsi : « *Vous savez, c'est lourd, ça décourage. Et ça fait revivre des choses qui font mal, on repense...* » Une autre : « *Faut se replonger dans le dossier et, à chaque document qu'on nous redemande, vous en reprenez un coup.* » Il faut alors admettre, avec Joan Stavo-Debauge, que « lorsqu'on étend le sens de l'idée de "réparation", l'oubli doit être compté comme l'une de ses modalités¹⁶⁹ » et comprendre ainsi l'un des motifs du non-recours au droit :

« *Pour certaines victimes, l'oubli et l'ignorance (au sens de ne rien vouloir savoir) sont donc préférables, spécialement quand elles font face à de l'irréparable ou à de l'irréversible – soit à ce qui ne saurait être récupéré ou retrouvé, et dont la simple remémoration peut faire mal, en ravivant le scandale de la perte, en rappelant que le deuil est impossible¹⁷⁰.* »

Les services sociaux, et plus particulièrement ceux de l'Assurance maladie, peuvent représenter un point d'appui dans ce moment de grande vulnérabilité. L'accès au droit, parce qu'il se situe au moment de la maladie ou du deuil, nécessite un véritable accompagnement pour aboutir. Les caractéristiques de la pathologie cancéreuse entrent toutefois en tension avec les temporalités et la segmentation du travail social. Quant au droit social, il est avant tout envisagé comme une aide sociale.

3.3. L'assistance sociale au détriment du droit à réparation ?

On l'a vu, la survenue du cancer est à l'origine, dans la plupart des cas, d'une exacerbation des difficultés sociales à tel point qu'elle remet parfois en cause les

¹⁶⁹ Joan Stavo-Debauge, « L'(in)expérience des... », chap. cité, 2012, p. 210.

¹⁷⁰ *Ibid.*

modalités de la prise en charge médicale : une situation inquiétante – « certaines conditions de précarité [pouvant] orienter des traitements vers le bas¹⁷¹ » – reconnue par les pouvoirs publics qui ont inclus l'amélioration de la qualité de vie des malades dans les objectifs du plan cancer¹⁷². Un guide conséquent a ainsi été édité à plusieurs reprises par l'INCA, en partenariat avec la Ligue contre le cancer, pour accompagner les personnes atteintes de cancer et leurs proches dans les multiples démarches administratives et financières suscitées par la maladie¹⁷³. Il préconise l'interpellation des services sociaux, à même d'identifier et d'orienter les personnes concernées, dans la singularité de chaque situation :

« Les assistants sociaux connaissent l'ensemble des dispositifs. Ils peuvent vous accompagner dans vos démarches. N'hésitez pas à prendre contact avec eux¹⁷⁴. »

L'assistant de service social, dans la fiche de métier qui lui est consacré par l'ONISEP, « épaulé des personnes en difficulté économique, sociale ou psychologique¹⁷⁵ ». Il exerce auprès de plusieurs institutions, dans les services hospitaliers, municipaux, départementaux, au sein d'associations, et également pour la CRAMIF, dont les plaquettes et site d'information précisent : « Vous êtes fragilisé(e) par la maladie ou la perte d'autonomie, vous avez des difficultés pour prendre en charge votre santé, le service social vous informe, vous conseille et vous apporte un soutien personnalisé¹⁷⁶. »

Dans le cadre de la démarche d'intervention, orienter les patients et leur famille vers les services sociaux relevait donc de l'évidence¹⁷⁷ : l'éventail de leurs possibilités d'accès au droit à réparation dépend étroitement d'un accompagnement social pour, d'une part, accéder aux aides et prestations sociales auxquels ils peuvent avoir droit dans leur contexte de précarité – besoin d'aide à domicile notamment, quittances de loyer ou factures d'énergie impayées, démarches liées au veuvage, etc. – et, d'autre part, les

¹⁷¹ Pascale Santi, « Cancer et précarité : combattre la double peine », *Le Monde*, 28 octobre 2013.

¹⁷² Le Plan cancer 2014-2019 décline ainsi son objectif 7 intitulé « Assurer des prises en charge globales et personnalisées » : « Parallèlement aux progrès thérapeutiques, la prise en charge personnalisée en cancérologie se doit d'évoluer vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches. » Parmi les actions proposées, on peut notamment lire : « apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents », « faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile », « mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants », « promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptés à l'évolution des prises en charge ». En ligne sur www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-7-Assurer-des-prises-en-charge-globales-et-personnalisees [consulté le 8 janvier 2017].

¹⁷³ INCA, « Démarches sociales et cancer », *Guides patients Cancer info*, mars 2012, en ligne sur www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Demarches-sociales-et-cancer [consulté le 5 avril 2014].

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 2.

¹⁷⁵ www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/assistant-assistante-de-service-social [consulté le 20 janvier 2017].

¹⁷⁶ Présentation du service social sur www.cramif.fr/service-social/assistante-sociale.asp [consulté le 20 janvier 2017].

¹⁷⁷ La formalisation d'une convention de partenariat entre le GISCOP93 et le service social de la CRAMIF a même été tentée plusieurs fois, portée par le dynamisme de sa responsable en Seine-Saint-Denis, Béatrice Dufresne. Dans une logique de prévention, elle envisageait un signalement des situations difficiles le plus en amont possible. À défaut de parvenir à cette signature qui aurait légitimé son investissement auprès de sa hiérarchie, elle n'a cessé de se mobiliser ou d'interpeller ses équipes sur cette question, parvenant à résoudre quelques-unes des situations présentées par le GISCOP93, parmi les plus compliquées, avant de prendre sa retraite.

soutenir dans la constitution de leur dossier de déclaration en maladie professionnelle dans leur contexte de maladie.

À partir de cette expérience vécue avec les patients et de la participation à plusieurs rencontres avec des assistantes sociales (réunions de service, journées thématiques sur le cancer organisées par le Conseil général ou formations continues sur le thème des maladies de l'amiante), il est possible de relever trois aspects majeurs dans le rôle que peut jouer le service social dans l'accès au droit à réparation : il est bien souvent indispensable, il n'est toutefois pas adapté aux spécificités de la maladie grave et détourne le plus souvent le droit à réparation de son sens premier, en favorisant d'autres dispositifs concurrents ou en le réduisant à une aide sociale.

3.3.1. Un accompagnement essentiel mais un déficit de formation

La sollicitation des services sociaux se révèle positive dans plusieurs situations. L'exemple rapporté ci-dessous en montre les apports, nuancés.

Au mitan de son parcours de réparation, M. Étienne est informé que le versement de ses IJ sera bientôt interrompu. Âgé de 53 ans, atteint d'un cancer du poumon, il n'est pas en mesure de reprendre son travail et se montre très inquiet sur la suite. Je lui explique toutes les options qui vont s'ouvrir à lui une fois sa maladie reconnue professionnelle : il peut s'orienter vers un licenciement pour inaptitude, avec doublement de ses indemnités, solliciter l'ACAATA et cumuler cette allocation avec le montant de sa rente de réparation et enfin constituer un dossier devant le FIVA pour la réparation de ses autres préjudices. Je lui suggère de prendre rendez-vous au service social de la CRAMIF. « Et vous pourriez m'accompagner ? Je ne me vois pas y aller tout seul. » J'hésite, lui dis que l'AS CRAMIF connaît bien son boulot, il insiste, je me dis pourquoi pas, ça m'apprendra des choses en direct... Deux semaines plus tard, je l'accompagne à son rendez-vous. M. Étienne explique sa situation. L'AS lui parle de régularisation de ses IJ, **elle va téléphoner à M. B., à la CPAM qu'elle « connaît très bien », ils ont bossé ensemble au Blanc-Mesnil apparemment.** J'évoque l'ACAATA, **elle doit se renseigner, cela fait longtemps qu'elle n'a pas rencontré quelqu'un avec un problème d'amiante**, elle propose de le revoir dans une semaine. **Je sors ma documentation ADDEVA¹⁷⁸, elle me demande si elle peut la photocopier.** Puis conseille à Monsieur d'aller voir cette association : « Ils sont mieux que la FNATH, **moins procéduriers, ce n'est pas la peine de pousser les gens au contentieux.** » Elle va l'aider à rassembler toutes les pièces pour le dossier FIVA mais, prévient-elle, « **je ne suis pas sûre que vous puissiez récupérer votre dossier médical à la CPAM, c'est très difficile** ». Elle l'oriente également vers la Maison départementale du handicap pour obtenir une carte d'invalidité, qui ouvrirait droit à des exonérations fiscales.

Quelques jours plus tard, M. Étienne m'appelle, il m'explique qu'il a rencontré un souci, son médecin traitant a refusé de lui rédiger un arrêt de travail en maladie professionnelle « faute de preuve » et parce que personne ne l'a mise au courant. « Elle est très stricte, elle ne fait pas confiance comme ça. » **C'est l'AS qui a réglé le problème en téléphonant à ce médecin** et en lui disant qu'il existe un CMI. Il a donc un nouveau rendez-vous avec ce médecin le 25,

¹⁷⁸ L'ADDEVA93 a publié une brochure « Amiante, guide pratique », en partenariat notamment avec la Caisse. Cette brochure est largement distribuée sur tout le territoire de la Seine-Saint-Denis auprès des acteurs susceptibles de croiser des victimes de l'amiante. Le service social de la CRAMIF est un de ceux-là. En ligne sur <http://amicalecaneum.fr/rapports-seances/2017/Amiante%20-%20Guide%20pratique.pdf> [consulté le 12 avril 2012].

aucune régularisation des IJ n'est possible en attendant. Il m'explique aussi que **l'AS a fait tout son dossier FIVA, l'a faxé** et il doit recevoir très vite l'estimation de la rente. [Journal de terrain, dates multiples – souligné par moi]

L'assistante sociale n'a pas seulement exploré tous les dispositifs auxquels M. Étienne pouvait prétendre. Elle lui en facilite l'accès, n'hésitant pas à constituer avec lui son dossier FIVA et à l'adresser directement à l'organisme en question, le soulageant ainsi de toutes ces démarches. Elle règle également des situations bloquées, jouant de son identité professionnelle face au médecin récalcitrant à rédiger un arrêt de travail sur le bon formulaire et jouant de ses réseaux pour accélérer l'instruction de son dossier d'IJ¹⁷⁹. Elle apparaît ainsi d'un secours indispensable pour permettre l'accès au droit à réparation, soutenant M. Étienne, intervenant dans des espaces où il ne peut agir lui-même. Celui-ci, opéré d'un cancer détecté précocement, relativement en forme, peut se rendre à de multiples reprises auprès de l'assistante sociale. Pour d'autres patients, moins mobiles, il est également prévu qu'elles se déplacent à domicile pour leur éviter de s'épuiser dans les transports et les salles d'attente¹⁸⁰.

Cet exemple révèle aussi que l'exercice du droit à réparation n'est pas familier aux professionnelles du travail social, même sur ce territoire très concerné par le travail exposé aux cancérogènes, en dépit de plusieurs formations organisées en partenariat avec des organisations mobilisées sur ce sujet, comme l'ADDEVA93 et le GISCOP93¹⁸¹. D'une part, comme le remarque cette assistante sociale, le droit à réparation n'appartient pas à leur routine de travail, cela fait longtemps qu'elle-même « n'a pas rencontré quelqu'un avec un problème d'amiante ». D'autre part, de multiples réorganisations des services ont conduit à un important renouvellement des professionnelles et, en raison du *turn-over*, la formation et l'expérience des plus anciennes assistantes peinent à être transmises aux plus jeunes. Enfin, elles s'emparent le plus souvent de ce droit comme de n'importe quelle autre démarche administrative, en méconnaissant la dimension conflictuelle de ce volet du droit de la Sécurité sociale, très spécifique et complexe, et l'éventail des droits ouverts par la reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle. Elles peuvent alors négliger des étapes ou des modalités, essentielles pour l'instruction du dossier, et compromettre son aboutissement. Ainsi, alors que l'expérience du droit à réparation suggère d'adresser tous ces courriers en recommandé à la Caisse, certaines assistantes sociales, pensant

¹⁷⁹ En écho, les propos d'une ancienne salariée de l'Assurance maladie, aujourd'hui investie dans la défense des victimes de l'amiante, au sein de l'ADDEVA 93, suscitent un rire d'approbation de la part d'un public assistantes sociales lorsqu'elle leur explique : « Pour soutenir un dossier, j'appelle mes anciens collègues [à la Caisse]. C'est plus simple pour résoudre les problèmes que tous les moyens que vous savez, plateforme téléphonique, etc. » [Journée de formation « amiante » organisée avec l'ADDEVA93 par le service social de la CRAMIF pour ses agents, Bobigny, 19 mai 2014.]

¹⁸⁰ À certains moments du traitement, les patients atteints de cancer ont leurs défenses immunitaires très affaiblies. Il leur est alors déconseillé de recourir aux transports publics et d'éviter tous les risques de contamination infectieuse. Certains espaces de résidence sont toutefois inaccessibles aux assistantes sociales, comme les foyers pour migrants par exemple, qui ne sont pas considérés comme des logements.

¹⁸¹ J'ai pu participer à deux d'entre elles, les pages qui suivent se nourrissent aussi de cette expérience.

décharger les usagers de l'envoi du dossier, se chargent elles-mêmes de sa transmission à la Caisse, par service interne. Il n'existe alors plus aucune trace écrite qui atteste du dépôt du dossier – certains ont pu disparaître – ou de la date de dépôt, essentielle pour déterminer la date de début de rente par exemple. Le recours au contentieux est ainsi disqualifié par cette assistante sociale, qui l'estime « procédurier », sans savoir que l'accès au droit à réparation dépend d'une instruction dite contradictoire, c'est-à-dire sous-tendue par un conflit d'intérêt, entre l'employeur exposant et le salarié exposé. De la même façon, l'impossibilité pour M. Étienne d'obtenir son dossier médical auprès de la Caisse n'est pas abordé par l'assistante sociale comme un non-respect du droit, mais comme discrétionnaire, donc une difficulté à laquelle il serait vain de se confronter, épuisante en tout cas.

3.3.2. Le cancer, révélateur d'un accompagnement social sous tension

Si le recours aux services sociaux s'avère souvent indispensable, il n'est pas toujours adapté aux spécificités de la pathologie cancéreuse et notamment au caractère d'urgence des besoins exprimés. Vivant seul dans un foyer pour personnes âgées, M. Terroufi me sollicite par l'intermédiaire d'un salarié de son établissement, pour résoudre les difficultés qu'il affronte dans sa vie quotidienne. Souffrant d'un épanchement pleural qui limite l'amplitude de ses gestes, il n'est plus en mesure de se doucher seul et souffre de l'humidité de son logement. Les repas collectifs dans son foyer sont par ailleurs inadaptés à son état de santé¹⁸², il ne s'alimente presque plus et est constamment essoufflé. Il est alors orienté vers le service social de la CRAMIF, sa situation étant directement liée à son état de santé et à l'évolution de sa pathologie cancéreuse. Mais son interlocuteur refuse de le recevoir, l'orientant, au prétexte de son âge, vers le service social municipal. Épuisé par la maladie, M. Terroufi ne trouve pas la force d'accomplir ces nouvelles démarches. Avec son accord, j'adresse une « fiche de situation urgente » à l'une des responsables du service social départemental, rencontrée antérieurement lors d'une journée intitulée « accompagnement social et cancer¹⁸³ », pour l'alerter sur cette situation :

« M. Terroufi réside depuis deux ans dans un foyer logement municipal pour personne âgées, assez excentré, à Noisy-le-Sec. C'est une résidence sans service médical. Mais son état de santé s'est dernièrement dégradé, suite à sa dernière hospitalisation. Il se déplace très difficilement, respire très mal et avec beaucoup de douleur. Il ne peut plus se doucher debout et sa douche, très étroite, ne permet pas d'accueillir un tabouret. Il a beaucoup de difficultés dans les gestes du quotidien. Il dit souffrir de l'humidité dans sa chambre, dont un mur en porte les traces. C'est dans ce contexte qu'il aimerait pouvoir bénéficier de services d'une aide à domicile et, idéalement, changer de logement.

¹⁸² Les traitements et notamment la chimiothérapie, à l'origine de dysfonctionnements de l'appareil digestif (nausées, aigreurs...), ont d'importantes conséquences sur l'appétit.

¹⁸³ Journée « accompagnement social et cancer », Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Bobigny, 21 octobre 2010.

M. Terroufi vit seul, suite à la séparation de corps d'avec son épouse. Il a pour retraite 720 euros, desquels il faut retirer la somme qu'il verse chaque mois à son épouse fixée par le tribunal. Son loyer est de 384 euros, ses APL de 259 euros. Il finance sa téléalarme à hauteur de près de 50 euros par trimestre.

Il n'a pas pris contact avec le service social de la ville : il s'épuise très rapidement à parler, d'autant plus par téléphone. Il m'a autorisé à faire part de sa situation auprès du service social, pour parvenir à identifier les bons interlocuteurs et leur signaler son impossibilité de se déplacer lui-même.

Suite à la rencontre de jeudi dernier sur l'accompagnement social, je me demandais ce qu'il était possible d'envisager :

- en matière de saisine d'urgence de l'APA¹⁸⁴,
- en matière de logement : [suit une série de contacts que j'ai pris],
- en matière de soutien au financement de la téléalarme,
- et toute autre possibilité que je ne connais pas.

[S'ensuivent les coordonnées de M. Terroufi]¹⁸⁵

Celle-ci contacte dans la foulée ses interlocuteurs du service social de la CRAMIF, le premier sollicité par M. Terroufi, concluant son message par cette interrogation :

« Compte tenu des pathologies dont Mr souffre, **je pensais possible** l'intervention du service social CRAMIF. Pouvez-vous m'éclairer à ce sujet¹⁸⁶ ? »

La réponse ne tarde pas :

« J'ai transféré votre mail à mon équipe, afin qu'elle puisse prendre contact avec vous afin de faire le point sur la situation de Mr. Mon service **pourra** l'aider à constituer son dossier de MP, et **peut-être même** un dossier d'APA, **même si ce dossier est de la responsabilité du service social de la mairie**¹⁸⁷. »

M. Terroufi décède 13 jours plus tard, sans avoir jamais reçu la visite d'une assistante sociale. Dans le même temps, les échanges entre ces deux services sociaux se poursuivaient pour savoir lequel devait « prendre en charge » cette situation, à cheval entre plusieurs « problématiques », pour reprendre la terminologie des travailleurs sociaux. Si cette expérience est ici relatée, c'est à plusieurs titres.

D'une part, elle renseigne sur le caractère d'urgence que revêtent certaines situations vécues par les patients du GISCOP93. Comme l'exprime une assistante sociale confrontée à ce type de configuration, dans l'accompagnement d'une personne atteinte de cancer, « il est surtout question d'existence et de mort¹⁸⁸ » : les prestations sociales jouent ici un rôle vital, au sens littéral du terme. Chaque minute compte et, de l'amélioration de la qualité de vie – dans le cas de M. Terroufi, s'éloigner de l'humidité, se nourrir

¹⁸⁴ Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), versée aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans résidant à domicile ou en établissement.

¹⁸⁵ Note adressée par courriel en date du 22 octobre 2010 au service social départemental.

¹⁸⁶ Courriel de FA, service social départemental, adressé à KG, service social CRAMIF, en copie au GISCOP93, le 25 octobre 2010.

¹⁸⁷ Courriel de KG, service social CRAMIF, adressé à FA, service social départemental, en copie au GISCOP93, le 25 octobre 2010.

¹⁸⁸ Témoignage d'une AS, circonscription de service social de Stains, Journée « accompagnement social et cancer », Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Bobigny, 21 octobre 2010.

correctement, être aidé dans les gestes de la vie quotidienne –, peut dépendre du temps de survie gagné ou de vie perdu.

D'autre part, cette expérience rend compte d'une fragmentation des compétences et des responsabilités entre les différents employeurs des travailleurs sociaux, le Département, la ville, la CRAMIF, parfois les hôpitaux, certaines associations. Ici, aucun des interlocuteurs contactés, par la voie institutionnelle, ne prend la responsabilité de recevoir M. Terroufi, dans l'attente d'éclaircir entre eux leur champ de compétences respectif. Désormais tenus à « l'efficience » et évalués par une série d'indicateurs et de scores, au regard d'axes d'intervention dits « prioritaires », les services sociaux sont depuis une vingtaine d'années saisis dans des logiques gestionnaires¹⁸⁹, comme on le verra plus loin avec les services de l'Assurance maladie. Le service social de la CRAMIF semblait le plus concerné à traiter la demande de M. Terroufi, la « prévention et/ou le traitement de la perte d'autonomie des personnes malades, handicapées et/ou âgées » figurant au registre officiel de ses domaines d'intervention¹⁹⁰. Mais, en Seine-Saint-Denis, il a connu en peu de temps une importante réorganisation, la suppression de sept postes¹⁹¹ et une intensification du travail pour les salariés confrontés à une demande sociale en augmentation. Le service social départemental, quant à lui, est en lien structurel avec la maison du handicap, qui instruit les dossiers de demande d'APA, et avec le service personnes âgées. Mais il fait face à une demande sociale de plus en plus importante en parallèle à la réduction des effectifs de ses partenaires spécialisés (service social en hôpital, à la CRAMIF, etc.). Dans ce contexte, chaque service se replie alors sur un « cœur de compétence », à l'exclusion de tout autre, sur un « public prioritaire ». Comme l'explique une assistante sociale hospitalière contactée autour du cas de M. Tounsi, sorti d'hospitalisation et étranglé financièrement :

« Écoutez, vous connaissez l'hôpital, aucun départ en maladie ou en retraite n'est remplacé. Alors, on est saturé, on est obligé d'avoir des priorités. Les miennes, ce sont les personnes hospitalisées. Je suis ouverte, je peux donner des conseils, mais à un moment donné, on fait des choix. » [Journal de terrain, février 2010]

Elle rend compte ici de la tension existant entre les prescriptions professionnelles, les moyens mis à disposition et les arbitrages qu'elle met en place pour se préserver, éviter l'épuisement professionnel – ou *burn out*¹⁹² : confrontée à une forte demande, elle établit ses priorités, par défaut, parce qu'il le faut « à un moment donné ».

¹⁸⁹ Michel Chauvière, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte, « Alternatives sociales », 2007.

¹⁹⁰ Plaquette du service social de la CRAMIF, distribuée lors de la Journée « accompagnement social et cancer », Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Bobigny, 21 octobre 2010.

¹⁹¹ Entretien avec Béatrice Dufresne, directrice du service social de la CRAMIF en Seine-Saint-Denis, juin 2011.

¹⁹² L'épuisement professionnel des travailleurs sociaux est déjà largement documenté. Voir notamment Bertrand Ravon, « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, 2009, n° 152, p. 60-68. Valérie Pezet-Langevin, Robert Villatte et Pierre Logeay, *De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn out des travailleurs sociaux*, Montrouge, TSA Éditions, 1993.

Tout à la fois *personne âgée*, *personne malade* et *personne revendiquant la reconnaissance d'un lien entre son travail et son cancer*, M. Terroufi ne pouvait donc trouver la bonne porte. Ignorant de ces enjeux institutionnels, trop épuisé pour multiplier les démarches, il a vécu ses derniers jours dans l'inconfort, la souffrance et avec le sentiment de ne pas être considéré. La pathologie cancéreuse agit alors comme révélateur des limites du travail social, les patients atteints de cancer étant nombreux, dans la population d'enquête, à passer entre les mailles du filet de cet accompagnement. Les objectifs affichés par les pouvoirs publics dans le dernier Plan cancer de renforcer la prise en charge des patients atteints de cancer entrent en ce sens en totale tension avec la logique gestionnaire à l'œuvre dans les services sociaux.

3.3.3. Quand le droit à réparation fait office d'aide sociale

D'une façon générale, les assistantes sociales sont nombreuses à estimer que les démarches d'accès au droit à réparation des maladies professionnelles sont trop lourdes, longues et incertaines, inadaptées à des personnes atteintes d'une maladie grave et/ou en situation d'urgence sociale. L'une d'entre elles explique ainsi, au terme d'une formation sur « amiante et droit à réparation » : « Si les gens n'ont pas de problème financier, on ne les orientera pas dans ces démarches lourdes. Ce qui leur manque le plus, c'est les dimensions accompagnement psy et estime de soi¹⁹³. » Face à la maladie grave et mortelle, elles s'avouent démunies, leur formation étant tournée vers le soutien à la construction d'un projet de vie pour les bénéficiaires. Comme en rend compte une autre assistante sociale :

« C'est difficile de parler projet de vie quand on sait que la mort est là, de rassurer une personne qui n'a pas de quoi être rassurée. C'est un accompagnement intense, les visites à domicile et les entretiens très réguliers génèrent de fortes émotions, des frustrations, de la colère, surtout lorsque le système défavorise l'accès au droit et aux soins¹⁹⁴. »

Par ignorance des termes du droit et/ou par volonté d'épargner les usagers qu'elles accompagnent de fastidieuses démarches, démunies face à la maladie, certaines assistantes sociales préfèrent alors les orienter, lorsqu'ils sont encore en activité, vers la pension d'invalidité, un autre droit à l'issue plus certaine¹⁹⁵. Ce faisant, elles leur offrent

¹⁹³ Intervention d'une assistante sociale lors de la journée de formation « amiante » organisée par le service social de la CRAMIF avec l'ADDEVA93, Bobigny, 19 mai 2014. Des réactions captées lors de cette formation professionnelle confirment l'angoisse que peut susciter chez certaines d'entre elles cette proximité avec le cancer : « j'aime pas entendre parler de cancer », « je ne veux pas écouter », « moi, j'envoie direct à Centre de consultation de pathologie professionnelle », « moi, je ne pourrais jamais m'occuper de ça, c'est trop dur ».

¹⁹⁴ Témoignage d'une AS, circonscription de service social de Stains, Journée « accompagnement social et cancer », Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Bobigny, 21 octobre 2010.

¹⁹⁵ La pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte « d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle », à l'origine d'une diminution de sa capacité de travail ou de revenus d'au moins deux tiers. Elle est instruite et versée elle aussi par la Caisse d'assurance maladie, mais le financement est ici collectif et ne repose pas uniquement sur les employeurs comme c'est le cas pour les maladies reconnues professionnelles. Certaines assistantes sociales orientent les patients atteints de cancer vers l'allocation adultes handicapés, versée quant à elle par les conseils généraux.

ainsi la garantie de percevoir des indemnités dans un délai relativement court. Mais elles éloignent dans le même temps la possibilité que leur maladie soit reconnue en lien avec le travail. Reconnus invalides, ils ne peuvent en effet bénéficier des dispositions du *Code du travail* prévues pour les salariés reconnus en maladie professionnelle et leur indemnisation, réduite, n'est plus assurée par les employeurs, mais par la collectivité. Leur cancer se réduit alors à une « invalidité » – il échappe aux statistiques des risques professionnels et rejoint celles du handicap. L'exercice du droit à réparation quant à lui s'envisage d'abord comme une épreuve qu'il convient d'éviter pour les sur-dommages qu'elle peut causer et pour le faible intérêt économique qu'elle semble représenter. En cela, on retrouve l'attitude de nombreux médecins du travail, échaudés par le faible montant des indemnisations en maladie professionnelle que perçoivent ensuite les salariés, ayant entretemps le plus souvent perdu leur emploi. C'est que leur expérience en matière de montants de rente se fonde sur la situation la plus fréquente, celle de l'indemnisation des troubles musculo-squelettiques (TMS). Dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, l'indemnisation est beaucoup plus conséquente, correspondant au montant des derniers salaires.

Les assistantes sociales mobilisent en revanche plus volontiers le droit à réparation des maladies professionnelles dans le cas des veuves dont les ressources sont très faibles.

4 février. Le téléphone sonne : « Bonjour, Mme D., assistante sociale au secteur oncologie de l'hôpital Gamma., j'appelle au sujet d'un patient. Je m'inquiète que rien n'ait été fait pour sa maladie professionnelle, vous êtes la secrétaire ? – Non, je suis chargée du suivi des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle, cela tombe bien. – Très bien, il s'agit de M. Marichi, il est décédé en octobre 2009, j'ai vu passer sa veuve, rien n'a été fait, on ne comprend pas pourquoi, c'est un peu long tout de même. » Je cherche ce monsieur dans nos tableaux de suivi, il n'existe pas. Je vais chercher dans la base de données, il existe bel et bien, mais aucune démarche n'a été entamée. D'un échange avec ma collègue, j'apprends que M. Marichi est décédé rapidement, que l'entretien a eu lieu avec la veuve en décembre 2009, celle-ci ne vivait avec son mari que depuis 6 ans. La reconstitution du parcours s'est effectuée sur la base des quelques bribes de connaissance de sa femme et d'un CV retrouvé dans les papiers, M. ayant perdu tous ses papiers dans l'incendie de son logement 9 ans auparavant. L'expertise n'a rien pu en tirer. J'en informe l'assistante sociale. « C'est très dommage, tout ça. Madame se retrouve veuve avec trois enfants, dont deux en bas âge, **je me dis qu'une reconnaissance en maladie professionnelle pourrait l'aider. Enfin, je veux dire, elle y a droit.** Elle ne connaît pas bien le passé professionnel de son mari, on devrait fouiller tout ça. » Je lui propose de commencer par l'aider à se procurer son relevé de carrière auprès de la caisse de retraite. Elle me tient au courant. [Journal de terrain, février 2010]

Dans les propos de cette assistante sociale expérimentée se révèlent toute l'ambiguïté du terme « droit » et son propre balancement. Évoquant les besoins de cette jeune veuve, avec trois enfants à charge, elle cherche ce qui pourrait *l'aider*, avant de distinguer l'aide sociale du droit à réparation : « Enfin, je veux dire, elle y a droit. »

Mais elle avoue également son impuissance dans ce contexte : faute d'éléments sur le parcours de M. Marichi, la constitution de son dossier va nécessiter de « fouiller », de trouver le temps pour parvenir à décrire son activité de travail, un temps qu'elle n'a pas.

Droit ou aide ? Ou comment les pistes sont brouillées

L'expression commune « droit » désigne en matière sociale des réalités très différentes. On peut ainsi distinguer l'aide sociale des prestations sociales. Les premières relèvent de l'assistance et sont financées par l'État (ou les collectivités locales), les secondes relèvent du système solidaire de protection sociale mis en place à la Libération et sont financées par des cotisations sur les salaires. Elles s'apparentent donc à un « salaire différé », celui garanti en cas d'arrêt maladie, maternité ou de départ en retraite par exemple. Toutefois, la perception de cette différence tend à se perdre depuis la fusion en 1977 des directions régionales de la Sécurité sociale avec celles de l'action sanitaire et sociale pour devenir les DRASS, non sans résistance syndicale. Marie-France Cristofari qui travaille alors à la Direction de la Sécurité sociale se souvient :

« Dans les années 70, on est Sécu, on n'est pas action sociale et on y tenait, nous. Les cotisations, l'argent issu du salaire, ce n'est pas de l'aide, c'est un dû. Pour nous qui travaillions à la Sécu, cela avait un sens très fort. Mais, au niveau de l'administration, pour des raisons d'économie, ils ont fondu les deux. Des droits et des octrois, c'est quand même deux esprits très différents¹⁹⁶. »

L'expression concerne également le droit à réparation des maladies professionnelles dont le financement est quant à lui exclusivement assuré par les employeurs, individuellement ou par un fonds commun.

Sur les bulletins de salaire, les lignes consacrées respectivement aux cotisations salariales et patronales rendent d'ailleurs compte de cette distinction. Dans le cadre de la « simplification » de ces bulletins, elles tendent à disparaître, disparition qui renforce encore davantage la confusion.

C'est alors surtout la situation de pauvreté des personnes qui détermine leur orientation par les assistantes sociales vers le droit à réparation, en dernière instance parfois. C'est particulièrement net dans le cas de Mme El Boustani. Diagnostiqué en 2006 d'un cancer, son mari décède un an et demi plus tard, à l'âge de 58 ans, en ayant pu accorder un entretien de reconstitution de son parcours professionnel. À l'appui de la description des 14 postes qu'il a occupés, majoritairement dans la sidérurgie et dans le transport, le collectif d'experts du GISCOP93 identifie une exposition professionnelle à six cancérogènes. Un CMI est établi mais M. El Boustani, alors hospitalisé, décède dans les 15 jours suivant sa rédaction. Son numéro de téléphone portable ne répond plus et sa veuve, contactée par courrier reste injoignable. C'est deux ans plus tard qu'elle réapparaît, par l'intermédiaire du service social de la CRAMIF, alerté par sa situation de femme sans revenu, avec quatre enfants à charge. Le dossier de déclaration est finalement déposé en 2010, soit 4 ans après le diagnostic de son mari.

Dans ces cas, le droit à réparation est réduit à sa dimension indemnitaire, à l'exclusion de toutes les autres. Une dimension nécessaire, parfois même indispensable, pour celles et ceux qui survivent au décès de leur proche, sans revenu, ou avec des moyens financiers très réduits. Mais accolé à la représentation d'une aide sociale, le droit à

¹⁹⁶ Entretien avec Marie-France Cristofari, septembre 2015. Auteure notamment de « Des chiffres sur la santé au travail en France : par qui ? pour quoi », dans Annie Thébaud-Mony et al., (dir.), *La santé au travail, approches critiques*, Paris, La Découverte, « Recherche », 2012, p. 109-123.

réparation y perd de sa signification et les requérants y perdent en compréhension de leur marge de manœuvre pour faciliter l'aboutissement de leur dossier.

Déclarer son cancer en maladie professionnelle nécessite, on l'a vu, que son médecin n'en ferme pas la barrière et que des proches ou les services sociaux puissent soutenir la démarche et prendre le relais. Mais le recours au droit se situe à contre-temps de la maladie et de ses multiples effets, tant médicaux que sociaux et psychologiques, qui pèsent tant sur les salariés et anciens salariés atteints de cancer que sur leurs proches, victimes par ricochet. Exercer son droit suppose alors de pouvoir lui donner sens.

4. Donner sens à l'exercice du droit : une nécessité

Dans notre enquête, les personnes éligibles au droit à réparation sont entrées dans le processus d'accès au droit *de facto*, parce que le médecin les y a invitées en leur établissant un CMI et que la Caisse, les ayant identifiées comme requérants potentiels, les a contactés pour les inviter à remplir le formulaire de déclaration. Dans ce contexte, et parce qu'il est fortement coûteux en efforts, le recours au droit n'a lieu et/ou ne se poursuit que s'il prend sens, que s'il apparaît suffisamment pertinent au regard de l'énergie à lui consacrer. Le sens que les requérants accordent au droit se construit bien sûr dans la rencontre avec des tiers, qu'ils soient médecins, proches, (anciens) collègues. La démarche d'intervention du GISCOP93 est fondatrice elle-même de sens quand c'est par elle que les patients et/ou leur entourage prennent connaissance de l'existence d'expositions aux cancérogènes dans leur parcours de travail, qu'ils peuvent faire le lien entre leur maladie et leur travail, à l'appui d'une expertise dont la synthèse leur est transmise. Ils n'exerceront toutefois leur droit qu'à condition qu'ils parviennent à se sentir légitimes à l'exercer. La démarche d'intervention permet, par les échanges qu'elle suscite, d'identifier et de lever des préjugés, permettant par exemple de porter à l'information des personnes concernées que la réparation peut avoir un lien avec la prévention, que l'indemnisation ne pèse pas sur la collectivité ni sur le « trou de la sécu », qu'elle est un droit et non pas une aumône.

Les motivations à exercer son droit sont le plus souvent mêlées. Plus encore, elles peuvent évoluer au fil du parcours d'accès au droit. Sur la durée, dans la succession des échanges, l'une peut prendre le pas sur l'autre, s'imbriquer, s'entremêler. Le sens donné à cet engagement n'est pas donné une fois pour toutes, il se construit et se reconstruit au fur et à mesure des étapes du parcours et de la compréhension que le requérant ou ses proches peuvent en avoir, il est souvent ambivalent comme l'encadré ci-dessous en témoigne. Il peut également différer selon les personnes impliquées. Dans une même famille par exemple, la personne malade peut ne pas se sentir concernée et sa ou son conjoint-e s'impliquer fortement, parfois en cachette de ses propres enfants. Les configurations sont nombreuses et mouvantes : des proches peuvent ainsi encourager

ou freiner, être indifférents ou disqualifier la démarche selon la traduction qu'ils lui donnent ; ils peuvent aussi reconverter leur position, suite au décès le plus souvent, parfois selon les difficultés rencontrées dans la procédure. On observe ainsi des phénomènes d'abandon, abordés dans les pages précédentes, ou au contraire des phénomènes de « radicalisation » qui conduisent certains patients ou leurs proches à en faire une question de principe et le combat de plusieurs années, comme nous le verrons dans les pages suivantes.

Le sens donné au recours au droit à réparation : en permanente reconstruction

Les motivations au fondement du recours au droit à réparation sont complexes à saisir. Les propos de la veuve de M. Charpentier par exemple, saisis au fil de plusieurs mois et à différents moments du parcours d'accès au droit, rendent compte de cette intrication.

Lorsque je l'appelle pour la première fois, elle me demande si j'ai bien reçu son message par lequel elle m'informait du décès de son mari : « Oui, merci pour l'information et j'en suis très désolée. Je me demandais si vous aviez déclaré la maladie. – Mais il est décédé ! Sa maladie n'existe plus ! – Si, vous pouvez encore la déclarer. – Mais pourquoi ? Mon mari est mort, il n'y a plus rien. – Déclarer sa maladie, c'est demander réparation pour préjudice subi, c'est dire que c'est le travail qui est à l'origine de sa maladie. – Bien sûr, c'est son travail (elle pleure). – Si sa maladie est reconnue professionnelle, s'il est reconnu qu'il est à l'origine de son décès, vous toucherez une rente, financée par un fonds d'employeurs, c'est une façon de reconnaître que c'est le travail qui a lui a causé son cancer. – Ah, c'est bien, je ne savais pas, ça me donnera peut-être un but... [elle pleure et s'excuse, « c'est pas vieux »].

Lorsque je lui explique la procédure et comment remplir le dossier de déclaration d'exercer son droit à réparation pour le cancer dont est décédé son mari : « Je n'y connais rien. Pour moi, il était décédé, c'était fini. Jusqu'à ce que vous m'appeliez. »

Quelques semaines plus tard, une fois le dossier de déclaration déposé : « Vous savez, je ne sais pas comment expliquer, mais ce serait mieux pour moi qu'il soit parti de maladie professionnelle... Je ne sais pas comment dire... Je serais mieux, plutôt que de penser que c'est le tabac. Bien sûr, il y a aussi le tabac. Mais il y a aussi son travail. Où il travaillait, il y avait des tôles en amiante. Il a eu un emphysème géant, énorme, on voyait des gros trous à la radio. »

Au terme du premier refus de reconnaissance : « De toute façon, j'irai jusqu'au bout, il y tenait, que ça marche ou que ça ne marche pas, je le ferai. Je me souviens, à l'hôpital, j'avais voulu déchirer la feuille [pour participer à l'enquête du GISCO93], il s'était mis en colère. C'est lui qui a entrepris ça, il aimait son métier, il l'avait choisi, mais il a été informé sur l'amiante, ça faisait 5 ans qu'il avait quitté sa boîte. »

Après avoir reçu la confirmation de la reconnaissance du cancer – et du décès – de son mari en maladie professionnelle : comme les étapes suivantes tardent à se réaliser, je lui propose d'intervenir auprès de la Caisse, elle se dit très intéressée et m'explique qu'elle a du mal à joindre les deux bouts, que la rente serait bienvenue. À deux, ils gagnaient 3 600 euros (1 800 chacun), elle a maintenant 800 euros. Ils avaient des comptes épargne, ils ont pu épargner, elle les épuise les uns après les autres, le dernier c'était son assurance vie personnelle. Elle m'explique qu'elle va vendre le pavillon, qu'elle ne peut plus en payer l'entretien et que surtout elle ne se voit pas continuer à vivre là. « Je vais partir m'installer en Normandie, ça faisait 30 ans qu'on allait là-bas, on a beaucoup d'amis, c'était notre projet pour notre retraite, je poursuis, je dois vivre pour deux maintenant. »

Quand j'évoque la possibilité de déposer un dossier auprès du FIVA pour la prise en compte des préjudices de son mari et aussi des siens : « Ça a été très difficile, mes comptes bancaires ont été bloqués tout de suite. Ça a été très dur. J'ai pu avoir accès au compte joint au bout d'un mois environ mais les livrets d'épargne ont été bloqués. Heureusement que mon fils et ma belle-fille étaient là, ils m'avançaient l'argent et je gardais les factures pour leur rembourser ensuite. Les obsèques, on a voulu quelque chose de bien, il a été incinéré mais c'était bien fait, ça a coûté près de 5 000 euros mais on voulait ça, pour lui. Ça n'a pas été facile. C'est sur tous

les plans. Et là, même si j'ai de l'argent, je reste quand même toute seule, ça ne remplace rien. J'aurai l'argent, mais on se demande pourquoi. C'est bien de l'avoir, je pourrai faire plaisir à mes petits-enfants, c'est à ça que je pense. Mais je suis toute seule. »

Lorsque l'indemnisation tarde à être versée sur son compte et que je lui propose à nouveau d'intervenir :
« Franchement, c'est un droit, c'est vous qui me l'avez expliqué, je ne lâcherai pas. C'est pas pour l'argent, mais même un euro, je l'aurais pris. Rien que la lettre [la notification de reconnaissance], ça fait chaud au cœur, c'est dur à dire ça, mais c'est déjà beaucoup. »

Dans ce contexte en perpétuelle redéfinition, il est possible de distinguer, davantage que des profils de requérants, quatre motivations principales à l'exercice du droit à réparation, sans exclusive ni hiérarchie. La perspective d'une indemnisation peut représenter, selon les situations sociales, un budget indispensable pour subvenir aux besoins du quotidien ou une compensation financière pour améliorer l'existant. Le recours au droit peut se justifier aussi par la volonté d'alerter sur les risques cancérogènes présents au poste de travail, « pour la prévention ». Les proches de salariés ou d'anciens salariés décédés l'expriment aussi sous la forme du respect de la mémoire du mémoire du disparu ou sous la forme de la colère et du sentiment d'injustice. Si ces motivations sont présentées à la suite séparément, elles se combinent le plus souvent.

4.1. Un rapport ambivalent à l'indemnisation

Le recours au droit à reconnaissance en maladie professionnelle ouvre droit, lorsqu'il aboutit, au versement d'une rente dite de réparation, c'est-à-dire d'une indemnisation. Celle-ci, *a contrario* de l'indemnisation des victimes d'accidents (de la route, médicaux) ou de catastrophes naturelles ou encore d'attentats, n'est que forfaitaire¹⁹⁷ : elle ne prend pas en charge l'intégralité des préjudices subis par la personne rendue malade par son travail, mais uniquement la perte de revenus professionnels liée à cette maladie. Dans le cas de cancers reconnus en maladie professionnelle, en lien avec l'exposition aux poussières d'amiante, les personnes concernées peuvent également solliciter le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour la réparation, cette fois « intégrale », de leurs préjudices, principalement moraux et physiques. L'objectif du recours au droit pourrait alors se résumer en cette attente d'une indemnisation. C'est en tous cas sous cette forme monétaire que la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle se réalise. Quel rôle joue alors cette perspective d'indemnisation dans l'engagement des patients et/ou de leurs proches ?

Tout d'abord, ce rôle reste difficile à cerner. Dans leur ouvrage sur la *Sociologie de l'argent*, Damien de Blic et Jeanne Lazarus rappellent que, d'une façon générale, « une

¹⁹⁷ La dimension forfaitaire de la réparation représente l'un des points du compromis sur lequel se fonde la loi de 1898 sur les accidents du travail, étendue en 1919 aux maladies professionnelles.

lourde chape pèse sur l'argent, constituée par des siècles de dénonciation par les moralistes, les philosophes, les casuistes ou les théologiens¹⁹⁸ ». Les dires sur l'argent restent timides, et le plus souvent sur le mode de la gêne et de la justification, sauf dans les situations les plus socialement aiguës.

La réparation des maladies professionnelles : sa traduction financière

L'indemnisation en maladie professionnelle est forfaitaire. Son montant s'établit sur la base d'un calcul complexe. Il se fonde sur les séquelles de cette maladie – le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) – et sur le montant des salaires des douze derniers mois, auxquels s'appliquent des coefficients particuliers. Ainsi, le taux d'IPP est compté pour moitié pour la partie inférieure à 50 %, mais multiplié par 1,5 pour la partie supérieure. Pour exemple, s'il est de :

50% : le taux de rente sera de $50/2 = 25\%$ du salaire annuel

60 % : le taux de la rente sera de $50/2 + 10 \times 1,5 = 40\%$ du salaire annuel.

En cas de décès, les conjoint-e-s peuvent continuer à percevoir 40 à 60 % de ce montant, selon qu'ils ou elles soient âgé-e-s de plus ou moins 55 ans, et les enfants 20 % jusqu'à l'anniversaire de leur 20 ans.

Le montant de la rente est étroitement lié au montant des salaires perçus : la même maladie provoquant les mêmes séquelles ne sera donc pas indemnisée à la même hauteur selon les revenus du salarié ou de l'ancien salarié. Ainsi, pour exemple, alors qu'ils bénéficient tous deux d'un taux d'IPP de 100 % pour leur cancer broncho-pulmonaire, M. Medjkoune, âgé de 61 ans et manoeuvre dans le bâtiment, perçoit une rente mensuelle d'environ 1 400 par mois et M. Plussat, âgé de 59 ans et ascensoriste, d'environ 3 000 euros.

Comme tous deux ont vu leur cancer reconnu en maladie professionnelle au titre de l'amiante, ils ont également pu solliciter le FIVA pour demander la réparation intégrale de leur préjudice. Pour donner un ordre de grandeur des indemnités proposées, le premier a perçu 64 100 euros, le second 129 900 euros.

Selon les cas, l'accès au droit ne traduit donc pas les mêmes enjeux et intérêts financiers.

4.1.1. Une gêne à surmonter devant l'origine de l'argent

Plus la situation économique des patients et/ou de leur entourage est fragile, plus la perspective de l'indemnité de la réparation s'exprime sans détour, nette et sans fard. C'est le cas notamment pour nombre de veuves, confrontées brutalement à la perte d'un salaire, et engagées dans le droit à réparation par l'intermédiaire des services sociaux. Dans la plupart des cas cependant, la gêne exprimée à l'endroit de l'indemnisation prend appui sur deux principaux types de registre : le souci de ne pas être assimilés à des « mendiants » et la culpabilité de « coûter à la sécu ». Illustrations de cette tension entre le sentiment d'avoir un droit et celui de demander une aumône¹⁹⁹, les formulations sont diverses mais récurrentes :

« Je ne suis pas un chasseur de primes, mais ma femme a une petite retraite, elle s'est occupée des enfants » (M. Lorcy), « Ce n'est pas pour moi, mais si je peux faire plaisir à mes petits-enfants... » (M. Thil), « La rente, ça ne va rien changer, il n'en a plus pour longtemps. Mais ça pourrait nous aider à vivre mieux ses derniers mois. » (Mme Michelot) « Le plus important, c'est qu'il soit en forme, mais la rente va lui offrir un peu de confort pour sa retraite. » (Melle Vastine)

¹⁹⁸ Damien de Blic et Jeanne Lazarus, *Sociologie de l'argent*, Paris, La Découverte, « Repères », 2007, p. 3.

¹⁹⁹ Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2006.

Dans ces propos, le « mais » de justification revêt de multiples sens. Il peut dire la honte liée à l'expression d'un besoin d'argent, l'expression d'une dignité, le besoin de se distinguer d'avec les « quémandeurs professionnels », les « chasseurs de prime » mais il dit aussi le décalage existant entre le cancer et sa « réparation » monétaire, la difficulté d'envisager une rentrée d'argent quand l'essentiel reste de limiter la progression de la maladie, de retrouver la santé ou d'accompagner pleinement son conjoint, son père, son frère, dans sa fin de vie. On mesure ainsi que le sens de la « réparation » n'est pas facilement compris comme la « réparation d'un préjudice subi ». L'existence de cette indemnisation peut être ressentie par certains requérants comme leur conférant un statut de bénéficiaires d'une prestation sociale, dont ils éprouvent le besoin de se justifier pour ne pas apparaître comme des « profiteurs ».

Parce que l'argent est toujours « marqué par son origine, sa destination, les personnes et les institutions par lesquelles il transite²⁰⁰ », l'exercice du droit – comme recherche d'une indemnisation – peut même sembler à certains patients totalement déplacé au regard de l'état de déficit de cet organisme, alors qu'ils sont déjà pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie au titre des affections longue durée (ALD). Cet élément est d'autant plus vivement ressenti que, informés du coût élevé de leurs soins, ils mesurent l'impact financier de leur maladie sur l'Assurance maladie. Mme Blain fait ainsi remarquer que son nouveau traitement de chimiothérapie orale coûte « 2 300 euros pour 30 cachets, 30 jours, soit 76 euros le cachet » : « Mon fils m'a dit : « Tu serais aux États-Unis, tu ne pourrais pas te soigner. » M. Tristan, peintre en bâtiment, ne cesse lui de s'inquiéter pour « l'état des caisses de la sécu », estimant toujours qu'« il y a plus malheureux » que lui, hésitant régulièrement à exercer ses droits.

Dans leurs propos, se mêlent plusieurs échos : ceux de l'espace politique et médiatique qui, en France, soulèvent régulièrement la question du déficit de l'assurance maladie, autrement nommé le « trou de la Sécurité sociale²⁰¹ » et ceux, issus d'outre Atlantique, sur la situation des millions d'Américains devant renoncer aux soins faute de protection sociale. Conscients du coût élevé de leurs soins, les patients mesurent à ce moment tout le bénéfice du système français de protection sociale. Il peut alors apparaître à certains déplacé d'en demander plus. Tant qu'ils ignorent l'existence, au sein de cet organisme, d'une branche et d'un financement spécifiques, propres aux maladies professionnelles, ils peuvent ressentir cette démarche comme irresponsable et vouloir faire preuve au contraire de « citoyenneté sanitaire²⁰² », comme Antoine Rode a pu l'observer dans les dynamiques de non-recours aux soins.

²⁰⁰ Damien de Blic et Jeanne Lazarus, *Sociologie de...*, ouvr. cité, 2007, p. 108.

²⁰¹ Julien Duval, « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, juin 2002, p. 53-67.

²⁰² Antoine Rode, *Le "non-recours" aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes*, thèse de doctorat en sciences politique, Université de Grenoble, novembre 2010.

Le plus souvent d'ailleurs, ils sont loin d'imaginer le montant de cette indemnisation, sauf à connaître des gens autour d'eux qui en ont l'expérience et qui ont accepté de la partager, levant le tabou sur l'argent. Ainsi, M. Le Dantec s'enquiert-il, au mitan de son parcours d'accès au droit : « À votre avis, est-ce que je vais toucher un petit dédommagement ? Parce que j'ai une notice où on me dit qu'avec 9 % d'incapacité, on peut toucher un peu²⁰³. » Mme Pigot, elle, hésite à recourir à un avocat : « S'il me prend la moitié des 100 euros que je vais toucher, à quoi bon ? » Les réactions de surprise des patients et/ou de leurs proches au moment de la réception de leur indemnisation sont un autre indice de leur manque d'expérience en la matière²⁰⁴.

4.1.2. Améliorer l'existant pour mieux supporter la maladie

L'intérêt pour cette perspective financière peut évoluer au fil des mois, en lien avec le temps nécessaire à se reconnaître malade et à en mesurer les conséquences. Le cancer et ses traitements sont à l'origine de gênes, de handicaps, suscitent de nouveaux besoins. Il ne s'agit pas de rechercher une indemnisation, mais de parvenir à obtenir des prestations en lien avec ses nouvelles conditions de vie, de maladie surtout.

Mme Blain vit seule et ne peut compter que sur elle-même et sur une petite pension de retraite. Elle exprime ainsi son attente à l'égard de la rente de réparation :

« J'suis pas pressée, mais ça ferait un peu de confort. Heureusement que j'ai une mutuelle que je paye cher, parce qu'elle paye la femme de ménage. Mais pas la parapharmacie. Si j'avais un peu d'argent, je pourrais m'acheter des choses bonnes à manger parce que j'ai tellement du mal à manger, ça pourrait m'aider. Je pourrais commander des repas à domicile. » [Journal de terrain, novembre 2011]

Dans le cas des patients vivant en couple, la survenue du cancer peut mettre à mal l'autonomie du couple et compliquer grandement leur quotidien lorsque le conjoint est lui-même handicapé, malade, ou usé. M. Falcetta s'excuse de devoir céder le téléphone à son épouse qui, à ses côtés, s'en empare pour dire combien elle est pressée que les démarches d'indemnisation aboutissent²⁰⁵ :

« On ne sait pas trop quoi faire. Nous, ça nous servirait bien cette rente, je suis moi-même malade, je suis fatiguée, je pourrais payer une aide. » Je lui dis qu'ils peuvent sans attendre la rente faire une demande auprès du service social de la CRAMIF pour avoir une aide, en ménage ou pour les courses. Elle me dit qu'ils ont déjà quelqu'un, « mais c'est vite fait, juste 2 heures, ça ne suffit pas ». Ils en payent une partie. Le taux d'autonomie a été calculé avant la maladie de monsieur, quand madame a eu une phlébite. « Mais maintenant qu'il est

²⁰³ Si M. Le Dantec est loin de se représenter la somme mensuelle qu'il percevra effectivement, c'est aussi qu'il lui est difficile d'admettre la gravité de sa maladie, évoquée en creux par le taux d'incapacité qui détermine le montant de la rente, dans son cas, 100 %.

²⁰⁴ Mme Gaillard : « Quand vous recevez le chèque, ça vous suffoque. Jamais je ne me suis trouvée avec autant de sommes que ça. C'est bien, je dis pas, mais ça donne le tournis. » [Journal de terrain, septembre 2014]

²⁰⁵ Dans le cas de M. Falcetta, plus de 12 mois se sont déroulés entre la reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle et le versement de sa rente de réparation.

malade, c'est plus dur qu'avant, il fatigue, il ne peut rien faire comme avant, et moi, j'ai du mal. Ça devient difficile, on a du mal dans les gestes de la vie quotidienne. » [Journal de terrain, janvier 2012].

Ces deux exemples rendent compte de l'intérêt de percevoir cette indemnisation au cours de la maladie et des traitements, et du sens qu'elle peut alors recouvrir : elle est ici envisagée comme la garantie d'un mieux vivre, d'une meilleure qualité de vie pour la personne malade et parfois son entourage, un souci de moins dans un quotidien soucieux. La perspective d'une rente peut également rassurer certains patients s'interrogeant sur le devenir de leurs proches après leur propre disparition. Certains d'entre eux téléphonent ainsi, à distance de leur conjointe, pour s'enquérir des conséquences de leur décès sur cette indemnisation : le fait d'apprendre qu'elle peut se poursuivre au bénéfice de leur veuve, même pour un montant réduit, les libère d'une part de leurs appréhensions. Pour celles qui n'ont jamais eu d'activité salariée ou sur une période courte, leur pension de retraite ne pourrait suffire à leurs besoins. Dans d'autres situations, lorsque le patient est décédé, la rente peut compenser pour une part la perte d'un revenu et permettre d'éviter la vente de l'appartement ou de la maison, ou encore l'interruption des études entamées par les enfants.

4.1.3. L'argent qui « brûle les doigts »

La notion de « réparation » monétaire peut aussi faire figure de provocation au regard de ce qui s'impose comme irréparable : la santé d'abord, puis la vie elle-même. Cette terminologie juridico-administrative est violente, à tout le moins déconcertante, pour qui vit l'épreuve de la maladie ou du deuil. La perspective d'une rente peut alors, plutôt que constituer un moteur du recours au droit, faire obstacle aux démarches.

On a vu que certaines veuves pouvaient se saisir du droit à réparation comme d'une aide sociale. D'autres au contraire, en l'absence d'un caractère d'urgence financière, peuvent répugner à l'exercer, jugeant la perspective indécente. Les propos de Mme Pigot, 72 ans, au terme de son parcours d'accès au droit en rendent particulièrement compte :

« Vous savez, quand j'ai reçu la fameuse notification [de rente], je me suis assise là, j'ai pleuré, j'ai pleuré, j'ai pleuré. J'y arrivais pas à le..., je relisais la lettre, j'y arrivais pas. Ma sœur m'a dit et ma fille aussi : "Mais non maman, il faut que tu sois contente au contraire, ça veut dire que c'est le travail, que ça a été reconnu." Mais moi, je le prends comme ça, mais je le prends aussi que je me dis c'est quand même malheureux d'être obligée de toucher une somme comme ça pour m'avoir pris mon mari, je le prends aussi comme ça. C'est pour ça que j'ai un peu de mal à... Ma fille me dit "faut que tu te dises que tu ne l'as pas volé", mais j'ai du mal. [...] Ma sœur a aussi d'autres amis, un qui a été malade avant la retraite, un cancer et tout ça, et très vite il a déclaré et en rien de temps il a touché sa rente, il était encore vivant et après il est décédé et [sa veuve] continue à toucher sa rente. Et je me dis que bon, mon mari aurait touché déjà ça quand il était vivant, c'était pas tout à fait pareil, mais faut arriver à toucher tout ça parce qu'il n'est plus là, j'aurais préféré ne pas le toucher, j'aurais préféré. C'est comme ça que je le prends... Ce n'est pas de l'argent volé, mais j'ai

l'impression que l'argent me brûle les doigts, je ne sais pas comment... , mais ma fille me dit que "si papa n'est plus là, c'est bien à cause de l'amiante, y a pas de raison, tu ne dois pas le prendre comme ça", mais c'est dur²⁰⁶ ! »

L'indemnisation qu'elle a reçue, au terme d'une longue procédure (plus de quatre ans dans son cas), peut revêtir différentes significations. À celle que lui soufflent sa fille et sa sœur – la légitimité de cette somme au regard du rôle du travail dans la disparition de son mari – s'oppose une autre, qui l'empêche d'accueillir cette reconnaissance comme une victoire : accepter cette somme, c'est aussi accepter un marché honteux, de l'argent contre la vie d'un mari. La durée des procédures qui conduit à ce qu'un grand nombre de patients reconnus ne perçoivent pas la rente de leur vivant explique pour une part le non-recours au droit de la part des survivants : comme l'exprime Mme Pigot, « hériter » d'une rente dont le mari aura profité de son vivant ne revêt pas du tout le même sens que réclamer une rente au nom d'un mari décédé²⁰⁷.

Le regard social pèse aussi fortement, et les veuves peuvent craindre que ces démarches n'entachent leur réputation, crainte non observée dans le cadre de cette enquête où les démarches ne sont pas menées dans un cadre d'interconnaissance. Sur un autre terrain en revanche, Marion Fontaine évoque la démarche des épouses des 42 mineurs décédés lors de la catastrophe de Liévin, en décembre 1974, mobilisées pour exiger une juste réparation qu'elles envisageaient comme morale et symbolique. On les appelait les « veuves joyeuses²⁰⁸ » :

« Dans le voisinage, les ragots circulent, qui les accusent d'être riches à millions et de s'engraisser sur les cadavres de leur mari : près de quarante ans après, certaines veuves témoignent encore de leur amertume vis-à-vis de ces accusations²⁰⁹. »

Les exemples de disqualification sont nombreux sur d'autres terrains, surtout lorsque l'interconnaissance est dense, comme ce peut être le cas dans les mobilisations à dominante professionnelle – les ouvriers des chantiers navals, les verriers, les dockers, les mineurs... Ils peuvent être à l'initiative de collègues, d'autres veuves, du voisinage, de médecins aussi, comme en témoignent plusieurs victimes²¹⁰. Dans le cas des patients atteints de cancer, toute une littérature sur la prise en charge des malades fait reposer son efficacité sur leur « compliance²¹¹ »,

²⁰⁶ Entretien avec Mme Pigot, février 2012.

²⁰⁷ La rente au bénéficiaire des ayants droit représente un coût financier bien moindre pour la branche AT-MP que celle au bénéficiaire de la victime elle-même, d'une part parce que de nombreux ayants droit ne savent pas qu'ils peuvent entamer ces démarches après le décès de leur proche, d'autre part parce que le montant des rentes d'ayant droit est de 40 à 60% de celui qu'aurait touché la personne elle-même.

²⁰⁸ Marion Fontaine, *Fin d'un monde...*, ouvr. cité, 2014, p. 211.

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 166.

²¹⁰ Voir à ce sujet, la brochure réalisée par les victimes d'Amisol, *L'expertise médicale en question, poumons et merveilles à Clermont, les malades racontent*, CAPER Clermont-Ferrand, 2007, accessible sur www.ban-asbestos-france.com/images/cahier_de_temoignages.pdf [consulté le 4 décembre 2015].

²¹¹ Terme issu d'un anglicisme et mobilisé dans le vocabulaire médical.

c'est-à-dire leur adhésion au protocole et aux recommandations des médecins : dans ce contexte, revendiquer des droits dont l'objectif est monétaire peut faire figure de résistance suspecte. Lorsque le patient est décédé, les proches doivent solliciter les médecins pour obtenir les certificats indispensables à la poursuite des démarches d'accès au droit : leur démarche dans un objectif d'indemnisation au titre d'une personne décédée peut susciter des réflexions et un refus de la part du médecin. Une enquête menée par observation et entretiens au sein des permanences d'une association de défense des victimes du travail, la FNATH, confirme l'existence d'un « scepticisme diffus [qui] pèse quant à l'authenticité de la qualité et du statut de victimes des personnes ».

« Parmi les soupçons, le plus prégnant se rapporte à l'argent : on suspecte les personnes de vouloir profiter du système. Le simple fait de pouvoir obtenir un gain financier est perçu comme manière moralement suspecte de tirer "bénéfice" et "profit". [...] Tout se passe comme si agir pour faire valoir ses droits entraine en tension logique avec la perception morale de ce qu'est d'être une victime, l'innocence requise s'arrimant à une absolue passivité²¹². »

Pour éviter d'être ainsi stigmatisés, certains patients ou leurs proches peuvent choisir de ne pas exercer leur droit à réparation, estimant le coût symbolique trop lourd à assumer au regard des bénéfices à en retirer. Déclarer son cancer en maladie professionnelle dans l'objectif d'améliorer la prévention des risques cancérigènes au travail ouvre d'autres perspectives.

4.2. L'exercice du droit « pour la prévention »

L'indemnisation peut également représenter une forme de reconnaissance du travail exercé et de sa responsabilité dans la survenue de la maladie. On se souvient de Mme Blain qui, dans les pages antérieures, manifestait avec détermination le souhait que la reconnaissance des liens entre son travail de « pervenche » sur la voie publique et la survenue de son cancer soit mobilisée « pour les autres », les plus jeunes qui, exposés aujourd'hui pourraient être malades dans vingt ou trente ans. Plusieurs patients expriment cette même préoccupation, l'exercice du droit s'apparentant à une démarche pour « comprendre », pour « savoir si c'est le travail », pour rendre visible les risques cancérigènes et pour « que les choses changent ».

Âgé de 63 ans, M. Batista est de ceux-là. Durant 29 ans, après une courte expérience dans l'agriculture au Portugal, il travaille en région parisienne comme poseur de revêtement de sol en second œuvre, sur de grands chantiers de construction et de rénovation, notamment ceux de la Tour Montparnasse et de Jussieu. Selon le collectif

²¹² Carole Gayet-Viaud (avec la collaboration de Anne de Labrusse), « Itinéraires de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Freins et entraves à la mobilisation pour les droits à la santé et à la réparation », dans Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail...*, ouvr. cité, 2012, p. 135.

d'experts du GISCOP93, il aurait été exposé à six cancérogènes différents durant sa carrière, dont l'amiante entre 1967 et 1980. « Dans mon métier, j'utilisais des colles du matin au soir et le ragréage, plein d'amiante tous les jours, les Dalami©, la moquette, la préparation du sol, la moquette tendue, les soudures à chaud avec les fers à chaud avec des fumées énormes très toxiques, pas de masques, on ne savait pas...²¹³ ». Sur un même chantier, plusieurs corps de métier travaillent en même temps ou successivement, dans le flochage d'amiante et la gainage notamment, « et nous, on est les derniers » : « Mon métier, c'était aussi de balayer, de gratter. » Dans la perspective d'un débat sur les risques cancérogènes au travail, en dépit de ses problèmes de souffle, il tient à témoigner publiquement sur les raisons de son engagement dans le recours au droit :

« J'essaie de vivre avec, chaque jour qui passe, c'est un jour de plus. Je témoigne pour l'intérêt général, pour que les choses avancent, le monde ne peut pas arrêter, **le mal est fait, on ne peut pas revenir en arrière mais pour ceux qui sont dedans, il faut que la prévention avance, ceux qui ont le pouvoir doivent s'en occuper.** C'est pas nous les ouvriers qui allons dénoncer les entreprises, sinon on travaille pas. Où est le coupable, le responsable, ce n'est pas à moi de le dire. Culpabiliser la médecine [du travail], c'est le rôle de ceux qui ont le pouvoir. Il faudrait de la prévention, de l'information, des précautions. On n'est pas assez futés pour savoir tout ça et on nous a pas informés. Au lieu de faire le nettoyage du sol au balai, il fallait prendre l'aspirateur mais cela coûte cher alors l'entreprise ne s'en occupe pas. Avoir des douches, c'est dans les descriptifs mais, comme les chantiers sont de courte durée, ils n'ont pas le temps d'installer les choses. [Avec les cadences], c'est difficile de respecter tout, mais faut se protéger et continuer à travailler, avec des masques, des douches, ce serait peut-être une prévention. Si les gens étaient informés... **je dis aux jeunes de continuer dans le bâtiment mais de se protéger, comme pour le sida, faut que la vie continue, le bâtiment doit continuer, mais avec la protection**²¹⁴. »

Revenant sur son expérience, M. Batista rend bien compte du balancement déjà constaté dans les pages précédentes : s'il exerce son droit à réparation, ce n'est pas pour remettre en cause son secteur d'activité, le travail doit se poursuivre, il est nécessaire pour vivre, individuellement et collectivement. En évoquant « ceux qui ont le pouvoir », il exprime en creux l'absence de liberté, de choix, qu'il ressent face aux risques du métier. Parce qu'à sa place d'intervenant sur les chantiers, il n'a pas été informé ni protégé, il se saisit de sa situation comme d'un signal d'alerte : s'il est reconnu en maladie professionnelle, le cancer du poumon qui l'atteint aujourd'hui (lui qui par ailleurs n'a jamais fumé), pourra confirmer les besoins de prévention dans son secteur d'activité, le bâtiment.

M. Hémar, 72 ans, a travaillé lui durant 40 ans dans la même entreprise, au sein de laquelle il a connu successivement plusieurs promotions. Revenant sur la date à laquelle il a déclaré son cancer en maladie professionnelle, il explique :

²¹³ Retranscription de l'interview filmée de M. Joachim Batista, dans le cadre de « Terre en tête », IV^e Biennale pour l'environnement en Seine-Saint-Denis, Bobigny, 2006 [Support vidéo, archives personnelles].

²¹⁴ *Ibid.*

« Ce n'est pas moi qui ai déclaré, c'est le docteur V. En fait, non, il m'a demandé qu'est-ce que je pensais de participer à une enquête, j'ai dit "si ça pouvait aider les autres"... et voilà, quelqu'un de chez vous est venu. [...] Si ça peut aider à ce que ça ne se reproduise pas, c'est à ça que je pensais. [...] J'étais beaucoup dans les huiles de coupe, quand j'ai appris que c'était cancérigène, je suis tombé des nues. Je crois que personne ne savait. » [Journal de terrain, janvier 2010]

D'abord apprenti tourneur, puis tourneur durant deux ans, M. Hémard a ensuite rejoint le bureau d'étude pour dessiner des pièces, avant de devenir agent de production, puis préparateur, c'est-à-dire en charge de la planification de la production et de sa réalisation. Il travaille alors dans un bureau situé « comme un mirador », au centre de l'atelier qu'il traverse régulièrement, pour faire le « mercenaire » explique-t-il en souriant, la « police ». En parallèle à ce poste d'encadrement, il intervient comme formateur auprès de lycées professionnels. Il a été exposé durant quinze ans au cobalt, contenu dans le revêtement des outils coupants qu'il fabriquait et pendant dix-huit ans aux fluides d'usinage, autrement appelées huiles de coupe. Il en ignorait le caractère cancérigène et, selon lui, cette ignorance était partagée. Sa démarche de recours au droit ne se pose pas dans les mêmes termes que pour M. Batista. Au terme d'une carrière de cadre, il ne soupçonne pas de responsabilité particulière, juste un déficit d'information, qu'il entend contribuer à combler, à sa mesure, en répondant à une proposition du médecin. L'instruction de son dossier ayant été vite menée et sa maladie reconnue dans les cinq mois, l'exercice du droit dans le cas de M. Hémard ne s'est pas apparenté à un combat qui sinon, l'aurait peut-être fait abandonner les démarches.

Ce besoin de reconnaître le rôle du travail peut également être porté par les proches. Âgée de 67 ans, Mme Vandebosh est atteinte d'un mésothéliome diagnostiqué en 2009. Elle se préoccupe régulièrement de l'avancée de son dossier de déclaration, tout en confiant que son mari « en a marre », qu'« il ne veut plus entendre parler de tout ça » : « Il est fatigué et puis ça l'embête tout ça, lui voulait qu'on laisse tomber, il dit que ce n'est pas la peine. » Ancien tourneur-fraiseur, chef d'entreprise à la retraite, celui-ci a cédé l'affaire à son fils et le soutient encore, « dans la gestion parce que mon fils ne sait pas très bien faire ça ». Au cours d'un appel dans lequel elle s'enquiert, pour la quatrième fois en quelques semaines, de la durée de la procédure, elle fond en larmes :

« Je n'attends rien vous savez, c'est pour mon fils que je fais ça. J'ai honte, si vous saviez comme j'ai honte ! » Je lui demande pourquoi elle a honte. Elle bredouille entre deux sanglots : « J'ai l'impression de faire l'aumône, mais ce n'est pas l'aumône que je fais. Je ne voulais pas le faire, mon mari me dit sans arrêt qu'on n'a pas besoin de le faire. Mais c'est mon fils, il m'a obligé. » Je lui demande pourquoi. « C'est pour les autres qu'il m'a dit. C'est comme ce que vous m'aviez expliqué, c'est pour la reconnaissance. Mon fils, il m'a dit "c'est normal de le faire, tu dois le faire, parce que tu existes". J'ai aussi une amie qui était à [l'usine d'abrasifs], elle a des plaques de l'amiante [plaques pleurales], elle m'a dit qu'il fallait le faire pour tous les autres. Mais vous savez j'ai 70 ans [bientôt], je n'ai jamais rien demandé, c'est tellement dur. » [Journal de terrain, mars 2011]

Dans l'exercice de son droit à réparation, Mme Vandebosh doit composer entre sa honte de réclamer, les résistances de son mari qui ne voit pas l'utilité de telles démarches puisqu'il subvient aux besoins du ménage, les encouragements de son fils qui veut redonner à sa mère la dignité d'exister et les injonctions de son ancienne collègue, atteinte elle aussi par l'amiante et qui s'efforce de donner un sens collectif aux souffrances de son amie. Embauchée à 17 ans dans une usine de fabrication d'abrasifs, Mme Vandebosh a surtout travaillé à la fabrication de meules diamant, composant les préparations nécessaires avant leur passage en four : elle dose des poudres, qu'elle mélange ensuite, l'atmosphère est très poussiéreuse et l'atelier sans aération. Elle a de fréquentes crises de toux²¹⁵ et met un terme à son contrat à la faveur d'une restructuration, en 1981. Lorsque la maladie survient, signe indiscutable d'une exposition à l'amiante²¹⁶, cela fait donc de nombreuses années que Mme Vandebosh a quitté son emploi et n'exerce plus d'activité salariée. Mais elle a conservé des amitiés de cette époque et, par leur intermédiaire, n'ignore pas l'existence d'autres personnes victimes de l'amiante parmi les anciens salariés de cette entreprise²¹⁷. Le recours au droit à réparation se situe pour elle au carrefour de plusieurs loyautés et suppose qu'elle se fasse « violence » pour en faire la « demande », quand par ailleurs la maladie est déjà la cause d'intenses souffrances. Réclamer, pour reprendre les termes de Felstiner, peut entrer en tension avec les valeurs sur lesquelles les patients ont voulu construire leur vie : ne pas « gratter », ne pas « faire l'aumône », ne pas être « assisté ».

L'exercice du droit ne prend sens pour certains patients ou leurs proches qu'au service d'un intérêt collectif, celui des autres salariés. Il peut également correspondre, lorsque le salarié ou ancien salarié est décédé, à la nécessité de respecter sa volonté, réelle ou supposée.

4.3. Un devoir moral à l'égard du proche disparu

Dans le cas des veuves, l'exercice du droit peut aussi trouver sens dans la nécessité de respecter les attentes exprimées par leur mari, décédé des suites de sa maladie. Dans cette perspective, le rappel à la volonté du disparu peut soutenir le travail administratif engagé par les épouses, en dépit de la fatigue et de l'épuisement. Mme Bénichou est ainsi investie dans le parcours d'accès au droit entamé par son mari. Elle doute fortement de son aboutissement, jusqu'à la décision finale : déjà, le responsable du CCPP a refusé d'établir le CMI au prétexte de la consommation de cigarettes de son mari, ensuite ce

²¹⁵ Reconstitution du parcours AVI ONC 09 098 [Archives Giscop93].

²¹⁶ Le collectif d'experts du Giscop93 identifie la présence de six autres cancérogènes durant ces 22 années d'activité professionnelle.

²¹⁷ La presse a relaté la même année que le diagnostic de Mme Vandebosh la victoire de deux anciens salariés dans leur recours pour condamner leur ancien employeur à la faute inexcusable : www.leparisien.fr/bobigny-93000/les-victimes-de-l-amiante-gagnent-face-a-saint-gobain-17-09-2009-641478.php [consulté le 18 octobre 2013].

tabagisme est mentionné sur tous les documents médicaux, les comptes-rendus d'hospitalisation en particulier, enfin son mari était agent municipal, c'est le maire qui doit donc rendre un avis.

En janvier : « Vous savez, je n'ai pas beaucoup d'espoir. Mais je vais jusqu'au bout de ce qu'il voulait. C'est lui qui avait fait la demande, je respecte sa volonté. » – *Donc, lui pensait qu'il avait été exposé ?* – « Bien sûr qu'il a été exposé ! Sans aucun doute ! Mais il fumait aussi beaucoup. J'espère que ça va marcher. Au moins, j'aurai une satisfaction, si vous comprenez ce que je veux dire. » Lorsqu'en juin, elle reçoit le courrier de la mairie l'informant que le cancer de son mari est reconnu imputable au service, elle est bouleversée : « Sans des gens comme vous, on ne peut pas s'en sortir, et encore, on comprend des choses, mais pour des personnes plus âgées, je ne sais pas comment elles peuvent faire. [...] Parce que, il faut bien le dire, c'est le parcours du combattant. Je pense qu'il y a des gens qui lâchent en route [...] Faut se replonger dans le dossier et à chaque document qu'on nous redemande, vous en reprenez un coup. Moi, si j'ai tenu, c'était pour honorer sa mémoire, c'est lui qui avait commencé cette démarche, je me suis dit, n'importe comment j'irai jusqu'au bout. » [Journal de terrain, janvier et juin 2010]

Emporté en moins d'un mois par son cancer broncho-pulmonaire, son mari n'avait pas encore atteint l'âge de la retraite. À 59 ans, il exerçait encore auprès de son premier employeur, la mairie de D., en Seine-Saint-Denis. Successivement menuisier, puis dessinateur, avant d'être surveillant de travaux, il est présent sur tous les chantiers municipaux, notamment ceux concernant la voirie, les réseaux d'assainissement et aussi des opérations de démolition et de désamiantage. Dans ce contexte, il a pu être exposé durant 35 années à l'amiante, à la silice et aux hydrocarbures polycycliques aromatiques²¹⁸. En dépit des difficultés, Mme Bénichou a puisé la force de continuer ces démarches pour respecter ce que souhaitait son mari, et pouvoir ainsi vivre pour lui, avec lui.

Parfois, ce devoir moral est toutefois trop lourd à porter. Agent de la ville de Paris entre 1977 et 2011, M. Craidet a exercé essentiellement l'activité de peintre, dans la rénovation des écoles, la préparation et la décoration des lieux d'exposition, la réfection des mobiliers urbains. Il doit dégraisser les pièces au préalable, appliquer de l'antirouille et des vernis, décaper parfois au brûleur les peintures au plomb, nettoyer ses outils et ses mains aux « diluants ». L'atelier dans lequel il travaille est recouvert d'un toit en fibrociment amianté et très mal aéré : « Tous les 5 ans, il participait à démonter et nettoyer ce système d'aération, sur plusieurs jours et enlevait des kilos de poussière de peinture²¹⁹. » Durant ces dizaines d'années, il a pu être exposé à huit cancérogènes différents. Convaincu de la responsabilité de son travail dans la survenue de son cancer, M. Craidet souhaite déclarer sa maladie et confie la tâche à son épouse qui, soutenue par le GISCO93, adresse son dossier à la direction des ressources humaines, comme la procédure l'exige dans le cas des fonctionnaires territoriaux. Son mari décède ensuite

²¹⁸ Note d'expertise de février 2008 [Archives GISCO93].

²¹⁹ Reconstitution du parcours MFE PNO 12 009 [Archives GISCO93].

très rapidement, à l'âge de 59 ans, cinq mois après son diagnostic. Quelques mois plus tard, lorsque j'appelle pour savoir où en sont les démarches, elle dit combien les échanges avec le GISCOP93 lui « donnent du courage » :

« Je n'y croyais plus. Je vais vous l'avouer. Vu les réponses qu'on m'a faites au téléphone. Cela permet de tenir de savoir qu'il y a des gens qui cherchent à comprendre, qui veulent aller au fond, ne pas laisser tomber. » Elle me confirme que le dossier a été posté en juillet à la DRH. « Ils l'ont bien reçu, ils m'ont simplement envoyé un message en me disant qu'il faudrait que mon mari se présente. Je leur ai expliqué que ce n'était pas possible, qu'il était très mal, qu'il ne pouvait pas se déplacer, "et alors, ils m'ont répondu, prenez un taxi". Je leur ai dit qu'il était en soins palliatifs : "Ce n'est pas un problème, sinon le dossier ne sera pas traité..." J'étais choquée, je leur ai demandé s'il savait ce que c'était les soins palliatifs : "C'est comme ça, c'est le règlement." J'ai raccroché. Une demi-heure après, ils ont rappelé, quelqu'un d'autre, en s'excusant. Le 12 août, j'ai envoyé un avis de décès et on m'a dit par téléphone : "C'est peine perdue. Tout ce qui touche à la peinture n'est pas reconnu. Vous savez, c'est le pot de terre contre le pot de fer." Ça décourage vous savez. C'était leur but de nous décourager. Elle m'a dit aussi : "Regardez pour l'amiante, ce n'est toujours pas réglé après toutes ces années et regardez votre âge." En plus, je ne suis pas aussi vieille que ça. Votre coup de fil d'hier m'a redonné confiance en moi. J'avais mis ce dossier de côté. Et ça m'a redonné de l'espoir. Mon mari avait confiance en votre dossier. Il m'a dit "je voudrais pas être mort pour rien, je voudrais que tu continues de te battre". Je peux le faire si je vous sais à mes côtés. » [Journal de terrain, février 2013]

Déroutée par la teneur de ses échanges avec le service du personnel, Mme Craidet espère beaucoup d'un accompagnement qui lui permettrait de respecter la volonté de son mari de ne « pas être mort pour rien ». Mais en dépit d'un soutien au plus près, elle renonce finalement à poursuivre ces démarches devant sa difficulté à joindre les services concernés, à obtenir des réponses aux courriers envoyés. Fatiguée des nombreuses démarches administratives qu'elle doit mener par ailleurs, en lien avec son veuvage, elle ne parvient pas à satisfaire à la volonté exprimée par son mari non sans culpabilité.

Dans les deux cas ci-dessus, le patient avait pu exprimer une volonté, marquer d'une phrase son envie d'aboutir. Dans le cas contraire, certaines veuves tentent d'imaginer ce que leur mari aurait voulu, interprètent ses propos, son attitude, cherchent à deviner une demande qui n'a pas pu s'exprimer. Mme Colard relate ainsi son engagement dans l'accès au droit. Son mari, ancien dessinateur industriel dans une entreprise de fabrication de freins dont les plaquettes contenaient de l'amiante, apprend qu'il est atteint par un cancer broncho-pulmonaire à l'âge de 63 ans. Il est alors en pré-retraite « amiante » depuis 7 ans, suite à l'inscription de son entreprise sur la liste de celles ouvrant droit à l'ACAATA :

« C'est moi qui insistais toujours pour les papiers. Au début, pour l'ACAATA, il ne savait pas s'il voulait la prendre. Je lui ai dit et d'autres avec moi qu'il allait gagner 10 ans de retraite. Quand il a eu son cancer, M. G. [le responsable du CCPP] nous a dit de faire un dossier, il nous a donné tous les papiers. Mais mon mari ne voulait pas l'envoyer, c'est moi qui l'ai fait. Il ne voulait pas que les gens sachent qu'il était malade. [...] Quand quatre ans plus tard, le docteur

B. a parlé des soins palliatifs à mon mari, je crois qu'il s'est dit "il faut que je fasse quelque chose, il y a peut-être quelque chose". J'ai dit à mon mari avant qu'il meure que j'allais me battre. Et pour lui et pour les autres. Ma fille me soutient. » [Journal de terrain, janvier 2013]

Dans les propos de Mme Colard, on perçoit un mari indécis, une volonté de ne pas se faire remarquer, une forte distance à l'égard des démarches administratives. Moteur dans plusieurs choix le concernant, elle prend l'initiative de recourir au droit à réparation à sa place et est confrontée à un premier refus. Le fait de savoir son mari condamné à court terme la convainc de relancer l'initiative, comme une promesse qu'elle lui fait que son histoire ne sera pas effacée.

L'exercice du droit à réparation peut également se justifier par la volonté de faire part de sa colère, de son sentiment d'injustice. Celui-ci peut s'appuyer sur différents motifs.

4.4. L'accès au droit pour rendre justice

Pour certaines personnes, surtout les ayants droit, l'engagement dans la démarche d'accès au droit est une façon de réagir au choc de découvrir que le travail a pu être à l'origine de la maladie, puis du décès. « Je le fais pour mon mari, il avait tellement la rage », explique ainsi la femme de M. Tanalt, décédé à l'âge de 63 ans. Originaire du Maroc, il rejoint la France en 1969 et travaille comme manœuvre sur les chantiers de BTP. Il enchaîne ensuite une quinzaine d'emplois différents, dans plusieurs secteurs d'activité, majoritairement dans la construction automobile. L'expertise du GISCOP93 identifie onze cancérogènes dans son parcours de travail, dont neuf ans d'amiante, en fonderie.

« Lorsqu'il lui avait fait un prélèvement de la tumeur, le docteur V lui avait dit : "Il y a trois choses, la fonderie, l'imprimerie et, effectivement, vous n'avez pas arrangé les choses en fumant." Mon mari, il avait la rage, il me disait : "Tu vois j't'avais dit, c'est le travail." Il était un bosseur, il pouvait avoir 39°C de fièvre, il y allait, on lui demandait des heures sup', il les faisait, toujours comme ça. Il a été licencié pour inaptitude, 5 ans au chômage à 1 060 euros, puis COTOREP pendant 2 ans à 600 euros. » [Journal de terrain, mars 2013]

Embauché à de multiples reprises, entre 1970 et 1979, par l'usine Chrysler de Bondy – la « Fonderie » comme l'appelaient les salariés, presque tous originaires de pays du Maghreb – M. Tanalt travaillait en « trois-huit²²⁰ » à la fabrication de blocs moteur pour les voitures : il s'occupait de la coulée du métal vers les moules, qu'il plaçait dans des fours. Il sortait ensuite les pièces moulées qu'il renversait sur un chariot recouvert d'amiante pour accueillir cette forme brûlante. Il se lavait les mains avec du gasoil, la « poussière collant comme de la peinture » et nettoyait son poste de travail à la soufflette²²¹. Victime d'un accident de travail, il s'abîme le dos et subit des opérations à

²²⁰ Travailler en « trois huit » signifie travailler en horaire alternés sur une plage de 24 heures.

²²¹ Reconstitution du parcours RBA PNO 12 065 [Archives GISCOP93].

plusieurs reprises durant les années suivantes où il travaille dans l'imprimerie, jusqu'à ne plus pouvoir travailler. Sa femme, elle, se souvient « de l'odeur qui ne le quittait pas, même après une douche, de rouille et de charbon » et qui les suivait même « dans les draps de leur lit » ; son mari « mouchait noir », « on aurait dit quelqu'un qui travaille à la mine ». Le chômage puis l'invalidité signent l'usure de M. Tanalt avant même sa retraite. Son épouse a l'idée qu'il « s'est tué à la tâche », sans aucune reconnaissance. Sur les fiches de paye des années Chrysler, elle repère une petite ligne de cotisations sociales prélevées sur le salaire sous la mention « assurance cancer » et trouve là un indice « que les employeurs devaient bien le savoir » : « La boîte étant américaine, ils avaient déjà eu des procès là-bas, c'était une façon de se protéger si jamais²²². »

La femme de M. Tanalt s'empare du droit à réparation parce qu'elle est parvenue, avec son mari, à se représenter le cancer qui l'a emporté comme un préjudice lié au travail. Il s'agit pour elle de dénoncer une situation d'injustice manifeste symbolisée par un indice présent sur les fiches de paye de son mari.

Dans le cas de la femme de M. Lisyak, le cancer de son mari est diagnostiqué à un moment pour elle de grande indisponibilité : elle se confronte elle-même à une leucémie, doit s'occuper de son petit-fils et soutenir sa fille qui subit une reconstruction mammaire après un cancer du sein. Agent territorial de la ville de M., durant 36 ans, M. Lisyak fut ouvrier du tri puis ouvrier mécanicien : la reconstitution de son parcours précise qu'il s'est occupé de l'entretien de toutes les voitures de la mairie, des bus ainsi que des outils électriques de jardinerie telles que les tronçonneuses. Dans ce cadre, estime le collectif d'experts du GISCOP93, il a pu être exposé à treize cancérogènes différents durant toute sa carrière, dont l'amiante durant trente ans. Son médecin hospitalier est donc invité à rédiger un CMI. Mais l'exercice du droit à réparation n'apparaît alors pas comme une priorité pour M. Lisyak ni son épouse. Elle explique à quel moment et pourquoi elle s'est finalement engagée dans les démarches de déclaration en maladie professionnelle pour le cancer de son mari :

« Quand [le docteur] C. m'a dit que c'était l'amiante, je l'ai dit à mon mari. Il m'a dit qu'il était fatigué, qu'il ne voulait rien faire. Puis, il est décédé et mes enfants étaient fous de rage que ce soit l'amiante. Je fais les démarches pour eux. La reconnaissance c'est important. »
[Journal de terrain, septembre 2014]

Pour les enfants de M. Lisyak, la découverte tardive d'une exposition de leur père à l'amiante leur fait relier son décès à l'expression d'un scandale plus collectif portée par le mouvement social des victimes de l'amiante. Transformant le cancer de leur père en préjudice, cette information est à l'origine d'une colère qui convainc leur mère de s'emparer du droit à réparation comme d'une forme de reconnaissance de l'injustice faite à son mari. En effet, « déposer un dossier de demande en reconnaissance, c'est

²²² Echanges avec Mme Tanalt, avril et octobre 2013.

rendre compte de l'événement traumatique ou d'un point de basculement, le faire exister à ses yeux, aux yeux des autres, rendre raison, rendre justice²²³ ».

Enfin, a contrario des propos exprimés plus haut sur « l'argent qui brûle les doigts », c'est parfois justement autour de l'argent que se construit le sentiment d'injustice. Ainsi, pour la fille de M. Koltes, déclarer à titre posthume le cancer de son père en maladie professionnelle s'entend comme une possibilité de rectifier une anomalie, celle d'avoir travaillé sans avoir pu ensuite profiter de sa retraite. Marin-pompier, puis mécanicien et enfin chef d'équipe dans une société de sécurité incendie, M. Koltes est décédé à l'âge de 59 ans dans les cinq mois qui ont suivi son diagnostic, après avoir été exposé quarante ans à l'amiante. Quelques mois plus tard, sa fille explique qu'ils sont « encore tous sous le choc », qu'elle pense que sa mère n'a effectué aucune démarche, mais qu'elle souhaite, elle, s'y engager :

« [Ma mère] se bat depuis le début avec la Sécu. C'est terrible pour mon père, ça a commencé par une crise d'épilepsie sur son lieu de travail. Il a donc été déclaré en accident du travail et puis lorsqu'ils ont identifié le cancer, c'est repassé en maladie normale, dès février, alors que l'arrêt de travail durait jusqu'en mars. C'est fatigant pour elle. Et puis elle me dit qu'elle ne veut pas réclamer. Mais j'estime que papa a travaillé toute sa vie, enfin jusqu'à sa mort parce que sa vie a été courte, il a commencé à travailler à 14 ans, il a cotisé toute sa vie et sa femme n'aurait droit à rien ??? Déjà qu'elle n'a pas droit à la pension de réversion, il paraît qu'elle gagne trop. Alors tout cet argent, c'est l'État qui le garde ? » [Journal de terrain, novembre 2010]

Elle interroge ici la destinée des cotisations sociales, ce salaire différé, qui devrait selon elle, à défaut de pouvoir profiter à celui qui « a travaillé toute sa vie », revenir au foyer. La mortalité prématurée de son père prend la forme ici d'une remise en cause du pacte de solidarité qui sous-tend le système de sécurité sociale. L'adversité à laquelle se confronte sa mère dans ses démarches administratives est ressentie comme un déni de reconnaissance de la perte de son père et de sa contribution à la richesse nationale.

**

*

Au terme de la présentation des différentes motivations qui, ce terrain d'enquête, sous-tendent une démarche d'accès au droit à réparation, il est ainsi permis de nuancer l'observation réalisée par Emmanuel Henry selon laquelle le recours à la justice des victimes de l'amiante ne reposerait pas sur un sentiment d'injustice, mais serait d'abord « de l'ordre de la nécessité²²⁴ ». Il entend démontrer que le recours au droit ne répond pas à un objectif unique et distingue ainsi les militants de l'ANDEVA, qui se saisissent du droit comme d'un « moyen pour peser dans les rapports de force qui se forment vis-à-

²²³ François Sarfati et Anne-Marie Waser, « Les risques professionnels et la santé : une affaire d'expérience, d'occultation, de reconnaissance », *Sociologies pratiques* vol. 1, n° 26, 2013, p. 8.

²²⁴ Emmanuel Henry, « Intéresser les tribunaux... », art. cité, 2003, n° 52, p. 40, pour les deux citations qui suivent.

vis de leurs opposants ou de leurs contradicteurs », des victimes elles-mêmes dont les prétentions seraient davantage individuelles.

D'une part, l'exercice du droit ne se résume pas à une demande d'indemnisation et recouvre d'autres dimensions ; il se justifie ainsi parfois « pour la prévention » et s'envisage comme une démarche au bénéfice des salariés encore potentiellement exposés aux cancérrogènes. D'autre part, lorsque le recours au droit s'exerce plutôt pour « soi », sans prendre prétexte de l'intérêt collectif, ce n'est pas forcément en lien avec la « nécessité ». Les travaux sur la sociologie de l'argent montrent ainsi que « l'argent déborde largement les fonctions économiques qui lui sont attribuées [...], il est sans cesse investi par des affects, des croyances, des conflits, des normes morales²²⁵ », et qu'il « engage aussi la question du sens moral des acteurs : légitime, illégitime, instrument du désenchantement du monde ou outil essentiel de la justice, fruit du mérite personnel ou injustement réparti, etc.²²⁶ ».

Les propos des patients ou des veuves concernant l'indemnisation qu'ils ont perçue au terme de leur parcours d'accès au droit s'inscrivent dans les constats réalisés par Viviana Zelizer sur la « signification sociale de l'argent²²⁷ ». Loin d'être un médium neutre et impersonnel de l'échange économique, l'argent est l'objet de « marquages » différentiels selon les usages qu'on lui prévoit ou selon son origine :

« J'ai montré que les distinctions capitales qu'ils établissent entre les dons, les dédommagements et les acquis de droit indiquent bien que les gens différencient les formes de paiement conformément aux définitions qu'ils ont du genre de rapports existant entre les parties. Ils ont recours à des symboles, des rituels, des pratiques et des monnaies d'échange matériellement distinctes pour bien marquer qu'il s'agit de relations et de transferts monétaires de genres différents²²⁸. »

M. Medjkoune en donne, dans ses propos, une illustration remarquable. Bénéficiaire d'une pension de retraite, d'une rente de réparation et d'une indemnisation par le FIVA, il fait virer la première sur un compte bancaire algérien et les deux autres sur un compte en France, auxquels ses enfants, résidant en Algérie n'ont pas accès. « Je leur dois l'argent de la sueur, mais pas celui du sang », explique-t-il. Travailleur migrant, il a contribué par son exil en France à l'entretien de sa famille restée au pays. Il a travaillé dur sur les chantiers et logé dans une chambre en foyer et il estime avoir respecté les termes d'un contrat implicite, celui d'être chargé de famille, de travailler avant tout pour subvenir aux besoins des siens, qui ont pu ignorer ses conditions de travail. La reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle, liée aux expositions qu'il a subies aux poussières de silice et d'amiante, s'en fait l'expression : ces conditions de

²²⁵ Damien de Blic et Jeanne Lazarus, *Sociologie de...*, ouvr. cité, 2007, p. 3.

²²⁶ *Ibid.*, p. 107-108.

²²⁷ Viviana Zelizer, *La signification sociale de l'argent*, Paris, Seuil (Liber), 2005.

²²⁸ « Viviana Zelizer, "l'argent social". Entretien avec Florence Weber », *Genèses*, vol 4, n° 65, 2006, p. 126-137.

travail ont dégradé sa santé et amputé son espérance de vie. L'indemnisation en maladie professionnelle est selon Medjkoune le « prix du sang », impartageable²²⁹.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, on mesure combien le processus de conversion de la maladie en préjudice se confronte, dans le cas des patients atteints de cancer broncho-pulmonaire, à deux freins principaux.

D'une part, l'expérience de la maladie cancéreuse par les (anciens) salariés et leurs proches intervient comme un puissant facteur de réduction des possibilités de recours au droit. Ressentie comme une déflagration, ses effets collatéraux atteignent les multiples sphères du quotidien et, parce qu'elle est un amplificateur d'inégalités, de façon plus ou moins déterminante selon les situations socio-économiques des uns et des autres. Le temps improbable de la maladie, caractérisé par l'urgence, entre en tension avec le temps long et incertain des démarches administratives. Sans prise de relais, le droit à réparation apparaît alors hors d'atteinte voire hors propos, quand la priorité est le combat pour la vie.

D'autre part, le droit à réparation confie un pouvoir décisif au corps médical, transformé en garde barrière de son accès. Il apparaît pourtant que la plupart des médecins ne respectent pas leurs obligations légales et ne rédigent pas les certificats médicaux nécessaires à l'exercice du droit. Plus généralement, ils n'accordent pas d'attention aux conditions de travail et d'exposition de leurs patients, au risque de diagnostiquer fort tardivement leur cancer, de limiter ainsi leur chance de guérison et leur accès à la réparation.

Le recours au droit se révèle alors enserré dans le rapport de domination produit par le médecin sur ses patients. Dépendant de son médecin pour obtenir un certificat médical en maladie professionnelle, le salarié ou l'ancien salarié atteint d'un cancer, l'est aussi pour accéder aux soins. Dans le cadre de cette relation de double dépendance, le recours au droit peut alors s'apparenter pour lui à une prise de risque. En souhaitant déclarer son cancer en maladie professionnelle, il se démarque en effet de la représentation dominante des causes du cancer et renvoie à un autre espace de risques et de conflit, celui du travail.

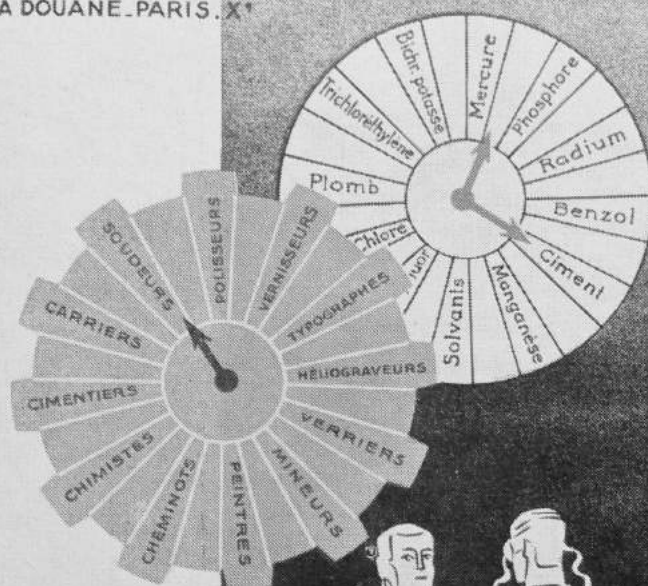
²²⁹ Dans le même ordre d'idée, Gilbert Mury, au terme d'une enquête psychosociologique sur la réinsertion sociale des accidentés du travail menée en début des années 1970, relève ainsi la distinction qu'établissent les accidentés du travail entre le salaire qu'ils touchent et la rente en accident du travail ou la pension d'invalidité : « C'est là une très forte distinction entre les différentes manières de toucher l'argent, j'allais écrire : entre les argents. Légalement et logiquement, il est facile de montrer que les prestations sont du salaire différé. Mais ce n'est pas la loi qui compte : après tout, les allocations familiales sont bien versées au père, et c'est la mère qui dit : "Mes allocations". C'est que l'argent de la paye, seul, est l'argent du travailleur. » Gilbert Mury, *Le sang...*, ouvr. cité, 1974, p. 64.

La notion de « cancer professionnel » confirme l'existence de risques cancérologènes dans l'activité de travail et invite à s'interroger sur l'histoire et les modalités de leur prise en compte dans le droit à réparation. C'est l'objet de la deuxième partie.

Deuxième partie

Les arcanes du droit de la réparation des cancers professionnels : éclairage d'une généalogie

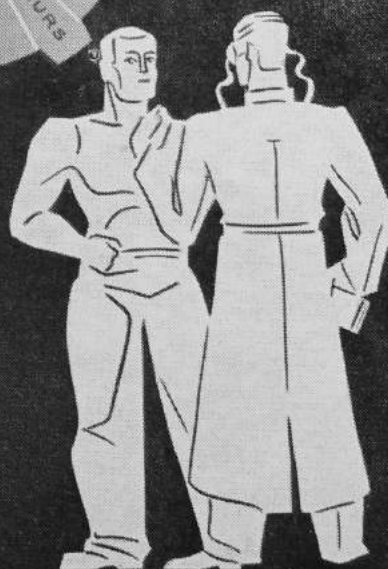
INSTITUT D'ÉTUDE ET DE PRÉVENTION
DES MALADIES PROFESSIONNELLES
6, RUE DE LA DOUANE - PARIS - X^e



INDIQUEZ
VOTRE MÉTIER
A VOTRE MÉDECIN

DITES-LUI

LES PRODUITS MANIPULÉS
INSISTEZ POUR QU'IL DÉCLARE
LES MALADIES PROFESSIONNELLES
INDEMNISABLES OU NON



TOUR

Affiche extraite de Guy Hausser, *Les maladies professionnelles. Conseils pratiques*, Institut d'études et de prévention des maladies professionnelles, Paris, Librairie syndicale, 1938. D'autres affiches issues de cette brochure se situent en annexe.

Au plus près de l'expérience des personnes concernées, salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire et aussi leurs proches, on a pu rendre compte dans la partie précédente du processus complexe et des jeux d'acteurs qui soutiennent la possibilité ou non de recourir au droit à réparation des maladies professionnelles. L'exercice de ce droit ne peut toutefois s'envisager du seul point de vue de cette expérience. Il convient d'effectuer un pas de côté pour resituer les difficultés rencontrées par les requérants dans l'histoire même de la construction de ce droit très spécifique.

La loi de 1898 sur la réparation des accidents du travail garantit aux ouvriers accidentés du fait du travail une indemnisation : tout accident survenu du fait du travail bénéficie d'une *présomption d'origine professionnelle*. Longtemps présentée comme une loi de rupture qui marquerait « la naissance de l'État providence¹ », elle inaugure plutôt, au regard d'une historiographie plus récente, « une ère d'irresponsabilité relative des employeurs² ». Elle transforme les risques du travail en « risques acceptables³ » et confère à la valeur des corps abîmés par le travail, qui ne bénéficient que d'une réparation forfaitaire, une valeur moindre que les corps affectés dans d'autres circonstances au prétexte d'une responsabilité partagée entre ouvriers et employeurs dans la survenue des dommages. Envisagée antérieurement du point de vue du droit civil et de la notion de responsabilité, la question de la santé au travail est désormais inscrite dans un espace de négociation paritaire répondant à des logiques assurantielles.

L'inscription des maladies du travail dans ce système assurantiel ne s'est pas faite sans difficulté. Elle s'est réalisée par l'intermédiaire d'un outil construit pour l'occasion, le tableau de maladie professionnelle, sur lequel repose la présomption d'origine. Sa construction représente un nouvel espace de conflit dans le sens où elle donne une définition juridique à certaines maladies du travail et sous certaines conditions, et leur confère ainsi une reconnaissance sociale.

À la suite des travaux consacrés à étudier le processus selon lequel certaines affections liées au plomb⁴, aux rayonnements ionisants⁵, aux gestes du travail⁶, aux poussières de

¹ François Ewald, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.

² Anne-Sophie Bruno et al., « Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantienne du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^e-XX^e siècles) », dans Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail...*, ouvr. cité, 2012, p. 37.

³ Catherine Omnès, « De la perception du risque professionnel aux pratiques de la prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 1, n° 56, 2009.

⁴ Judith Rainhorn, *Poison légal. Une histoire sociale, politique et sanitaire de la céruse et du saturnisme professionnel (XIX^e siècle-premier XX^e siècle)*, dossier pour l'habilitation à diriger les recherches, Institut d'études politiques de Paris, 2015.

⁵ Anne Fellingner, *Du soupçon à la radioprotection, les scientifiques face au risque professionnel de la radioactivité en France (1901-1967)*, thèse pour le doctorat en histoire des sciences et des techniques, Université de Strasbourg, 2008.

⁶ Nicolas Hatzfeld, « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 141-160.

silice⁷, à l'amiante⁸ ont rejoint cette catégorie des maladies professionnelles, on souhaite dans cette partie en faire l'étude dans le cas de la pathologie cancéreuse.

Un premier chapitre précise les formes du dispositif de réparation des maladies professionnelles tel qu'il se met en place en 1919 ainsi que les outils construits dans une perspective affichée d'étendre progressivement le champ de la réparation à de nouvelles atteintes par la santé au travail, par la construction ou la modification de nouveaux tableaux. Il s'intéresse ensuite plus précisément à la reconnaissance des facteurs professionnels dans la survenue des cancers et reconstitue l'histoire de l'inscription de la pathologie cancéreuse dans les premiers tableaux, dans la période de l'entre-deux guerres.

Un second chapitre s'intéresse plus particulièrement à la prise en compte des facteurs professionnels dans la survenue du cancer broncho-pulmonaire et suit la trajectoire de l'inscription de cette pathologie dans le champ de la réparation des maladies professionnelles. À partir de sources croisées, administratives, privées, syndicales et patronales, il reconstitue le conflit à l'origine de la création du tableau 16 bis, sur les dix années qui suivent sa première évocation en commission, de 1985 à 1995.

⁷ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie professionnelle "exemplaire", la silicose en France au XX^e siècle*, Rapport final pour la MIRE-DREES/La Poste, décembre 2006.

⁸ Jean-Claude Devinck, « Amiante : trente ans de luttes institutionnelles, 1945-1977 », dans Annie Thébaud-Mony et al. (dir), *Santé au travail...*, ouvr. cité, 2012, p. 281-312.

Chapitre 4

Le cancer comme « maladie professionnelle » : une catégorie politico-juridique

« Que l'on cesse un moment de nous arrêter sur l'intempérance, sur la débauche et sur la paresse qui dégradent toute la classe ouvrière ; nous pourrions fournir sur ce sujet bien des considérations que d'autres seraient bien embarrassés de trouver ; mais qu'on nous donne une bonne loi qui fasse de l'atelier un endroit digne de la majesté du travail, et l'on aura fait d'un seul coup plus de progrès pour la morale et l'humanité que n'en feront jamais faire ni les discours ni toute l'éloquence de nos moralistes. »

Exposition universelle de 1867 à Paris, Rapport des délégations ouvrières, Rapport de la délégation des ouvriers de papiers de couleurs et de fantaisie : 10¹.

« Ce nouveau principe, c'est le Risque professionnel, qui, entre le patron et l'ouvrier, crée de toutes pièces une entité abstraite, l'industrie, et met à sa charge la conséquence de tous les accidents. L'ouvrier n'a plus le choix de ses outils, il les subit ; c'est l'industrie qui tue et qui blesse ; c'est elle qui fait le mal, c'est elle aussi qui doit le réparer, en l'imputant sur ses frais généraux. »

Émile Cheysson, « Les accidents du travail », Revue de la prévoyance et de la mutualité, 1899, tome VIII, p. 7.

Parce que les tableaux de maladie professionnelle sont le vecteur par lequel s'exerce le droit à réparation des cancers broncho-pulmonaires, il importe de comprendre ce qui préside à leur création et comment sont fixés les critères restrictifs qu'ils mentionnent.

Pour ce faire, ce chapitre procède en deux temps, l'histoire présidant à la naissance des tableaux tout d'abord, puis l'émergence de la notion de cancer professionnel et l'inscription de cette pathologie dans ces tableaux.

¹ Cité par Jean-Claude Devinck, « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, 2010, p. 72.

D'abord construit pour les accidents du travail, le système de réparation repose sur la présomption d'origine : tout accident survenu sur le lieu du travail est présumé d'origine professionnelle. Le tableau représente le compromis sur lequel se construit l'extension de cette présomption d'origine aux maladies, multifactorielles pour la plupart quand elles ne sont pas nature infectieuse. À l'appui des archives administratives de la commission en charge de leur élaboration et à la suite notamment de Jean-Claude Devinck et de Nicolas Hatzfeld², on s'intéresse alors au dispositif mis en place pour permettre leur création.

Le cancer devient une préoccupation publique au début du XX^e siècle et rejoint la catégorie des « fléaux sociaux ». L'hypothèse d'une origine professionnelle est soupçonnée dès cette époque et la pathologie cancéreuse est évoquée dans les réunions de la commission des maladies professionnelles dès 1926. Ses archives nous permettent de reconstituer la construction des premiers tableaux concernant le cancer et d'observer comment se construit la présomption d'origine professionnelle dans le cas de cette maladie.

Prologue

Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire à l'âge de 50 ans, M. Étienne exerce l'activité de chauffeur routier depuis 20 ans, dans le transport et le déchargement de viande. Dans ce cadre, il charge et décharge moteur allumé, parfois en espace confiné et se souvient d'une atmosphère chargée en gaz d'échappement à laquelle il attribue l'origine de sa maladie : « J'en ai respiré de cet air là ! » Lors de l'expertise de son parcours professionnel, le collectif d'experts du GISCOP93 identifie également une exposition à l'amiante durant quatre ans, au tout début de sa carrière, lorsqu'il était chauffagiste : il réparait alors des chaudières, les démontait, les nettoyait, réalisait les soudures et les raccordements nécessaires. Son dossier de déclaration en maladie professionnelle est par suite construit en référence à l'amiante, « dont l'effet a pu être potentialisé par une exposition aux gaz d'échappement pendant de longues années³ », et au tableau 30 bis correspondant au « cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante⁴ ».

Pour accéder au droit à réparation, M. Étienne doit ainsi, comme nombre d'autres patients, mettre à distance sa perception des risques – « les yeux qui piquaient », la toux provoquée par les fumées de gaz d'échappement – pour se conformer aux possibilités ouvertes par les tableaux de maladie professionnelle. Cela suppose donc un premier

² Nicolas Hatzfeld, « Affections périarticulaires... », art. cité, 2008, p. 141-160. Jean-Claude Devinck, *La création de...*, ouvr. cité, 2002.

³ Extrait de la « note pour la rédaction d'un CMI » pour M. Étienne, octobre 2008 [Archives Giscop93].

⁴ Intitulé du tableau 30 bis.

travail de réagencement entre impressions et nécessités liées à la construction des tableaux. Les critères qu'ils contiennent comprennent des exigences certes médicales, mais aussi techniques et administratives. Le cancer broncho-pulmonaire est mentionné dans treize d'entre eux⁵, en lien avec une douzaine de cancérogènes, parmi lesquels les gaz d'échappement ne figurent pas. Plus encore, ces tableaux sont construits en référence à un seul agent ou groupe d'agents cancérogènes, à rebours des situations vécues par la majorité des patients, d'expositions simultanées ou successives à plusieurs cancérogènes. Ils sont également restreints, à deux exceptions près, à une « liste limitative de travaux ». Enfin, ils exigent un délai de prise en charge⁶, c'est-à-dire le temps écoulé entre la dernière exposition au risque et la constatation médicale de la maladie, et le plus souvent une durée minimale d'exposition.

Date de création : Décret du 22 juin 1984 | Dernière mise à jour : Décret du 11 février 2003

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CETTE MALADIE
A.	A.	A.
Cancer bronchopulmonaire primitif.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	- Fabrication manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; - Fabrication de chromate de zinc ; - Travaux de mise au bain dans les unités de chromage électrolytique dur.
B.	B.	B.
Cancer des cavités nasales.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	- Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; - Fabrication du chromate de zinc.

Figure 5. Les critères exigeants des tableaux. L'exemple du 10 ter : affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc

Tous ces critères cumulés transforment l'accès au droit en un exercice délicat : les patients doivent parvenir à envisager leur maladie au prisme réducteur de cette définition juridique. Il ne suffit pas d'avoir été exposé à des cancérogènes tout au long de son parcours de travail pour accéder au droit à réparation. Il faut en outre parvenir à mettre en rapport son parcours de travail et d'exposition au contenu des tableaux et à leurs exigences, en partie ou en totalité. Dans le cas de certains patients, les parcours ont été si morcelés et polyvalents qu'aucun des critères ne peut être respecté hors la définition médicale. Pour d'autres, il est au contraire possible de se référer à plusieurs tableaux au regard de leur polyexposition, comme M. Hémar, par exemple : ayant

⁵ Voir tableau récapitulatif en annexe.

⁶ Avant guerre, il s'agissait du « délai de responsabilité », qui soulignait plus clairement son objet : déterminer l'employeur responsable des expositions et donc le financeur de la maladie.

travaillé durant 15 ans au contact du cobalt et des huiles de coupe, son parcours correspond aux exigences de deux tableaux différents – le 70 ter et le 16 bis. Une exploitation quantitative des données de l'enquête a montré que plus de la moitié des patients hommes étaient théoriquement dans son cas, leur maladie correspondant aux critères d'au moins deux tableaux, voire plus⁷. Certaines situations d'exposition doivent alors être ignorées, au profit d'autres qui ne font pas toujours sens pour les patients. La « liste limitative des travaux » figurant dans la plupart des tableaux concernant les pathologies cancéreuses oblige également les patients ou leurs ayants droit à parvenir à retraduire leur expérience et à faire émerger ce qui, parmi toutes leurs activités, correspond aux lignes proposées.

L'exercice du droit impose donc aussi un travail d'adaptation et de conformation à ces conditions restrictives. Dans le cas de M. Étienne par exemple, l'accent est ainsi mis dans son dossier de déclaration sur son exposition ancienne et courte à l'amiante parce qu'elle peut se rattacher partiellement au tableau 30 bis et à sa liste limitative d'activité quitte à faire passer au second plan son exposition longue aux gaz d'échappement diesel, reconnu cancérigène certain pour l'homme par le CIRC depuis 2012, mais absent des tableaux. Cette orientation correspond à un choix stratégique et répond à un double objectif.

D'une part, il s'agit de privilégier l'instruction de son dossier en correspondance avec un tableau existant dans la perspective de bénéficier de la présomption d'origine, principe au cœur du système de réparation. En effet, plus la situation des salariés ou anciens salariés – leur maladie, leurs expositions, la durée de celles-ci – s'éloigne des critères d'un tableau, plus la possibilité d'une reconnaissance est hasardeuse et plus lourd est le fardeau de la preuve à apporter. L'absence totale de référence à un tableau a d'ailleurs peu de chance d'aboutir pour les pathologies cancéreuses dans le cadre du système complémentaire. Les statistiques des cancers reconnus « hors tableaux » sont ainsi dérisoires, 60 en 2014⁸ : « les tableaux constituent donc la principale voie de reconnaissance des maladies professionnelles⁹ ». L'existence de facteurs dits « extraprofessionnels » ou encore « cofacteurs » alimente bien des refus quand bien même l'exposition à un cancérigène est confirmée et qu'il existe un corpus d'études prouvant ses liens avec la maladie, comme le démontrent notamment Sylvie Platel et Claire Chanson dans leurs travaux¹⁰. Le Guide des Comités en charge de l'instruction de ces dossiers, le CRRMP, rappelle en effet que chaque comité doit « s'assurer que des

⁷ Émilie Counil et al., « De la reconstitution... », chap. cité, 2015, p. 242.

⁸ CNAMTS, *Rapport de gestion 2015 de l'Assurance maladie risques professionnels*, 2016, p. 128.

⁹ Claire Chanson, *Les maladies professionnelles « hors tableaux ». Etude épidémiologique rétrospective (2005-2011) auprès des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles lorrains*, thèse pour le doctorat de médecine, Université de Lorraine, 2013.

¹⁰ *Ibid.*, et Sylvie Platel, *Connaissance, expertise et reconnaissance des maladies professionnelles : système complémentaire et cancers en Seine-Saint-Denis*, thèse pour le doctorat en santé publique, Université Paris 13, 2014.

éléments scientifiques solides permettent de confirmer que l'exposition professionnelle incriminée est bien à l'origine de la maladie, mais doit également rechercher s'il n'existe pas d'autres causes (personnelles ou environnementales). [...] Il veille *in fine* à vérifier, dans l'affirmative, que les expositions professionnelles occupent une place prépondérante (sans être nécessairement exclusive) dans la maladie¹¹ ». Cette mission étant inappropriée dans le cas du cancer comme dans celui d'autres maladies multifactorielles, on mesure l'espace de subjectivité ouvert à la décision.

D'autre part, dans le dossier de déclaration, il s'agit de privilégier l'exposition à l'amiante, parmi tous les cancérogènes auxquels les patients ont pu être exposés : parce qu'il bénéficie d'une plus forte reconnaissance sociale, sa mention facilite l'instruction des dossiers¹² et ouvre également la possibilité de se tourner ensuite vers le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et d'ainsi bénéficier d'une indemnisation plus conséquente, qui tient compte de tous les préjudices subis¹³.

La catégorie juridique des maladies professionnelles suppose donc, pour qui veut recourir au droit à réparation, de savoir se conformer aux termes et exigences des tableaux. Cet exercice est parfois difficile à assumer, transformant l'exercice du droit en une démarche de travestissement, de torsions et distorsions de la réalité vécue et ressentie par les patients. Il est surtout le plus souvent inaccessible, faute de connaître ce qui a présidé à la construction de ces tableaux et les conflits dont ils sont tout à la fois le résultat et l'objet. Yves Saint-Jours, professeur de droit social, introduit ainsi l'un de ses nombreux articles consacrés au droit à réparation :

« La connaissance médicale de l'origine professionnelle de certaines maladies et la conceptualisation des maladies professionnelles en vue de l'indemnisation des victimes au titre de la législation des accidents du travail sont le résultat d'un long processus historique, très inégalement perçu, tant au sein du corps médical que dans la conscience des victimes¹⁴. »

En s'engageant dans le recours au droit à réparation, la victime d'une maladie liée à son activité professionnelle ignore ce qui a présidé à la rédaction du tableau, la négociation dont il est issu obéissant à une « logique de confinement¹⁵ » ; elle se confronte à un

¹¹ Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93- 121, du 27 janvier 1993, *Documents pour le médecin du travail*, n° 121, 1^{er} trimestre 2010, p. 14.

¹² Il existe un grand nombre de documents et de dispositifs institutionnels qui facilitent l'obtention de la preuve en matière d'expositions à l'amiante, parmi lesquels : liste de secteurs d'activité et des métiers soumis au risque amiante, liste d'établissements ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité (ACAATA), liste de produits contenant de l'amiante...

¹³ La création du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est une réponse des pouvoirs publics à l'important mouvement social des victimes de l'amiante, dans le contexte de l'émergence d'autres scandales de santé publique. Le FIVA se construit d'ailleurs sur le modèle de celui des victimes du sang contaminé. Les personnes dont la maladie est reconnue être en lien avec des expositions à l'amiante, que celles-ci soient de nature environnementale ou professionnelle, peuvent bénéficier auprès de ce fonds d'une réparation dite intégrale, quand elle n'est que forfaitaire dans le cas des autres cancérogènes, indemnisés par le système de réparation en maladies professionnelles.

¹⁴ Yves Saint-Jours, « Les cancers professionnels : identification, réparation, prévention », *Droit social*, n° 5, mai 1995, p. 520.

¹⁵ Selon Emmanuel Henry, le domaine de la santé au travail correspond à « un secteur d'action publique dans lequel sont testés avec succès des processus de confinement des problèmes publics conduisant à leur dépolitisation ». Les négociations qui président à la construction des tableaux de maladie professionnelles ne doivent pas alors être envisagées comme se

ensemble de critères dont elle ne peut mesurer la puissance restrictive. Celle-ci se manifeste dans l'intitulé même de la maladie, dans le délai de « responsabilité » aujourd'hui dit de « prise en charge¹⁶ », dans la notion d'activité « habituelle » de travail, dans la liste indicative ou limitative de ces activités, dans la durée d'exposition¹⁷ et dans plusieurs mentions tendant à qualifier encore plus étroitement la maladie, comme des exigences de méthodes diagnostiques par exemple¹⁸.

L'exercice du droit à réparation nécessite en effet d'avoir conscience des termes de sa construction et de parvenir à saisir que la notion de maladie professionnelle ne relève pas de l'univers strictement médical, mais correspond à une catégorie tout à la fois juridique et politique, comme ce chapitre va en rendre compte.

1. Le « tableau », cet obscur objet du droit à réparation

1.1. La difficile prise en compte des maladies professionnelles

Lorsqu'en 1898, au terme de près de vingt années de débats, le Parlement adopte une loi visant à garantir une indemnisation aux victimes d'accidents du travail¹⁹, il en exclut les victimes de maladies professionnelles. Ces atteintes à la santé par le travail sont pourtant identifiées et décrites de longue date. La publication de l'ouvrage de Bernardo Ramazzini sur les maladies des artisans²⁰, en Italie, au tout début du XVIII^e siècle, est l'une des illustrations de cette connaissance en construction²¹. Traduit en plusieurs langues, dont le français dès 1777, cet ouvrage influence durablement une part du champ médical qui se préoccupe des effets du travail sur la santé. Son influence se

déroulant dans des *espaces* confinés ou discrets, échappant au débat public, mais davantage comme résultant de *logiques* de confinement. Emmanuel Henry, *Débatte publiquement...*, dossier cité, 2012, p. 57-61.

¹⁶ Initialement appelé « délai de responsabilité », le délai de prise en charge représente la période qui sépare la dernière exposition au risque de la survenue de la maladie.

¹⁷ La durée d'exposition est un critère qui aurait été, selon Paul-André Rosental, introduit en 1945 avec la création du tableau concernant les pneumoconioses liées à l'inhalation de poussières de silice, de fer et d'amiante, le tableau 25. Paul-André Rosental, « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle », *Populations et sociétés*, n° 437, septembre 2007.

¹⁸ Depuis 1919, les représentants du patronat s'efforcent de qualifier au maximum les maladies inscrites dans les tableaux pour éviter d'indemniser des maladies dont le travail ne serait pas l'unique cause. Pour citer l'exemple le plus récent, l'un des deux derniers tableaux créés, en mai 2017, le tableau 52 bis « Carcinome hépatocellulaire provoqué par l'exposition au chlorure de vinyle monomère », exige que cette pathologie soit de plus associée à deux autres lésions du foie, non tumorales : cette rédaction fait l'objet d'un recours au conseil d'État de la part de la Fnath pour remise en cause du principe de présomption d'origine. « Chlorure de vinyle : la Fnath saisit le conseil d'État », *À part entière, revue numérique de la Fnath*, 17 juillet 2017, accessible sur <http://a-part-entiere.fr/chlorure-de-vinyle-la-fnath-saisit-le-conseil-detat> [consulté le 5 août 2017].

¹⁹ Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail (JO du 10 avril 1898, page 2209).

²⁰ Bernardo Ramazzini, *De morbis artificum diatriba*, Modèle 1700. Dans sa traduction par Fourcroy, en 1777, *Des maladies des artisans*, réédité par AleXitère (Valergues) en 1990.

²¹ Julien Vincent, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme », *Genèses*, 2012, vol. 89, n° 4, p. 88-111. Voir aussi Arlette Farge, « Les artisans malades de leur travail », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1977, vol. 32, n° 5, p. 993-1006.

prolonge encore en France au XIX^e siècle, nourrissant la formation d'une nouvelle discipline, l'hygiène industrielle²².

Les médecins qui s'en revendiquent sont à l'origine d'une profusion d'études et d'enquêtes : en plus des multiples traités consacrés aux intoxications industrielles²³, Caroline Moriceau recense plus d'une centaine d'articles publiés sur ces questions dans la revue *Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, entre 1829 et 1880²⁴. Ces études obéissent à deux logiques, l'une étant de « réaliser un dictionnaire complet de l'influence des professions sur la santé et des maladies qui leur sont attachées », l'autre visant à « établir la répartition d'une maladie particulière dans l'ensemble des activités professionnelles²⁵ », débouchant en fin de compte sur deux orientations législatives distinctes, l'une de prévention, l'autre de réparation²⁶.

1.1.1. Une revendication ouvrière

Ces études ne sont pas dénuées d'une certaine ambiguïté, la plupart de ces hygiénistes appréhendant les conditions de travail des ouvriers comme le facteur aggravant d'une mauvaise hygiène de vie. Parmi eux, Louis-René Villermé fait figure d'archétype, écrivant dans son *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* publié en 1840 :

« C'est d'une manière indirecte, médiate ou par les conditions de nourriture, de vêtement, de logement, de fatigue, de durée de travail, de mœurs, etc. dans lesquelles se trouvent les ouvriers que les professions agissent le plus souvent en bien ou en mal sur leur santé et celle de leur famille.²⁷ »

Plus ou moins ambivalentes, ces études contribuent toutefois à rendre visibles, dans le second XIX^e siècle²⁸, les effets du travail sur la santé, dans un contexte de recours toujours plus grand aux produits chimiques issus de la chimie de synthèse, un secteur alors en plein développement²⁹.

²² Caroline Moriceau, « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIX^e siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009, vol. 56-1, n^o. 1, p. 17.

²³ Maxime Vernois, *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes*, Paris, Baillières et fils, 1860. Charles de Freycinet, *Rapport sur l'assainissement industriel et municipal en France*, Paris, Dunod, 1866. Léon Poincaré, *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène*, Paris, Masson, 1886.

²⁴ Caroline Moriceau, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, EHESS, « En temps & lieux », 2009, p. 144-145.

²⁵ Caroline Moriceau, « Les perceptions des... », art. cité, 2009, p. 15.

²⁶ Nicolas Hatzfeld, « Le geste pathogène ? Une hypothèse de l'expertise médicale au XIX^e siècle », dans Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail...*, ouvr. cité, 2011, p. 68-69.

²⁷ Cité dans Thomas Le Roux, « Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au 19^e siècle », dans Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail...*, ouvr. cité, 2011, p. 49.

²⁸ Thomas Le Roux, « L'effacement du corps ... », art. cité, 2011.

²⁹ Fabrice Nicolino, *Un empoisonnement universel. Comment les produits chimiques ont envahi la planète*, Arles, Actes Sud, 2016.

Jean-Claude Devinck rappelle toutefois que « l'histoire de la lutte en faveur de la santé ouvrière ne saurait se résumer à une histoire médicale qui serait celle de la progressive prise de conscience des risques sanitaires engendrés par les activités professionnelles³⁰ ». Ses travaux rendent compte de moments de mobilisations ouvrières contre les poisons industriels qui contribuent à faire émerger la question de l'usure au travail dans l'espace public.

L'Exposition universelle de Paris, en 1867, représente à cet égard l'un des premiers moments forts de cette dénonciation. « Toute la population ouvrière du pays fut appelée à voter. Cent douze professions nommèrent 316 délégués dont la commission d'encouragement publia les rapports³¹ ». La publication de ceux-ci renseigne sur la connaissance fine qu'avaient ces délégués ouvriers des liens entre leur travail et leurs « intoxications »³². L'organisation de deux congrès socialistes spécialement consacrés aux questions « d'hygiène ouvrière », en 1892 à Paris et en 1894 à Lyon, donne également lieu à l'intervention d'une grande diversité de chambres syndicales et participe à ce travail de mobilisation et de documentation, tout comme la succession de congrès d'hygiène des travailleurs et des ateliers qui, de 1904 à 1911, réunissent régulièrement des fédérations de métier adhérentes à la Confédération générale du travail avec des représentants de bourses du travail, des médecins et des inspecteurs du travail³³.

Les travailleurs de plusieurs secteurs d'activité sont à la pointe de ce combat pour l'interdiction des « poisons industriels » : parmi eux, les ouvrières des manufactures d'allumettes pour l'interdiction du phosphore blanc à l'origine de terribles nécroses de la mâchoire³⁴ (1892), la Fédération des peintres du département de la Seine contre l'usage du blanc de céruse, du minium et des dérivés du plomb³⁵, les ouvriers chapeliers pour l'interdiction du mercure (1906), le Syndicat des cimentiers de la Seine pour obtenir la reconnaissance de la gale du ciment³⁶ (1908)³⁷.

³⁰ Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 66.

³¹ *Ibid.*, p. 70.

³² Eugène Tarteret, *Commission ouvrière de 1867. Recueil des procès-verbaux des assemblées générales des délégués et des membres des bureaux électoraux*, Paris, Imprimerie Lefebvre, 1869.

³³ Caroline Moriceau, *Les douleurs ...*, ouvr. cité, 2009, p. 226.

³⁴ Bonnie Gordon, « Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième république : la victoire des allumettiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire », *Le Mouvement social*, juillet-septembre 1993, n° 164, p. 77-93.

³⁵ Judith Rainhorn, « De l'enjeu invisible à l'outil de mobilisation : le syndicalisme ouvrier à l'épreuve du saturnisme des peintres (France, XX^e siècle) », dans Anne-Sophie Bruno et al. (dir.), *La santé au travail...*, ouvr. cité, 2011, p. 213-229.

³⁶ Caroline Moriceau note que la question des accidents, de l'hygiène des usines ou des maladies industrielles reste toutefois minoritaire dans les congrès ouvriers et que la presse syndicale interprofessionnelle aborde peu les questions d'hygiène au travail : « L'affirmation d'un intérêt nouveau des ouvriers pour la santé et l'hygiène du travail reste donc problématique parce qu'il est non partagé et exprimé de façons diverses. » Caroline Moriceau, *Les douleurs ...*, ouvr. cité, 2009, p. 222-223.

³⁷ Les premiers tableaux créés le seront justement en lien avec le plomb (T1), le mercure (T2), le phosphore (T5) et les ciments (T8).

Engagée tout à la fois pour l'interdiction des substances toxiques et pour la réparation des maladies qui leur sont liées³⁸, la CGT se dote d'une commission des maladies professionnelles et confie la réalisation de plusieurs enquêtes à Maurice et Léon Bonneff, deux frères écrivains et journalistes dont la courte vie fut consacrée à la description et à la dénonciation des conditions du travail ouvrier³⁹. Il s'agit pour l'organisation syndicale de parvenir à peser, chiffres et documentation à l'appui, sur les décisions des pouvoirs publics et d'obtenir l'extension aux maladies professionnelles de la loi votée en 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail.

Lorsque les frères Bonneff publient vers 1905 leur enquête sur *Les métiers qui tuent*⁴⁰, Abel Craissac de la Fédération nationale des peintres note ainsi en préface de l'ouvrage :

« Pour que l'opinion publique pût exercer une utile pression sur la lenteur parlementaire, il était bon qu'elle connût dans leurs détails les ravages que causent les maladies professionnelles dans le monde ouvrier. Ce livre vient donc bien à son heure. Ses aînés sont d'un prix trop élevé pour se prétendre autre chose que des livres de bibliothèques savantes ou de laboratoires. Il est véridique, n'exagère, n'amointrit rien. L'enquête qu'il résume fut consciencieuse, ceux qui la documentèrent étaient qualifiés à cet effet ; ils parlèrent de ce qu'ils savaient bien. Puissent "Les métiers qui tuent" aider le prolétariat dans la lutte qu'il a entreprise pour défendre sa santé et sa vie⁴¹. »

Il établit une distinction entre les ouvrages publiés par les médecins et celui-ci, réalisé en lien avec les syndicats ouvriers et à partir de l'expérience des travailleurs, dans une perspective de vulgarisation et de mobilisation. Il s'agit d'un outil conçu pour « hâter le vote de la loi⁴² » dont un projet a été déposé en 1901 par Jules-Louis Breton⁴³, député du Cher, pour assimiler les maladies professionnelles aux accidents du travail. Elle n'est votée qu'en 1913 par la Chambre des députés, dans un contexte de très forte instabilité

³⁸ Jean-Claude Devinck observe un infléchissement dans les revendications portées par le mouvement ouvrier, de la lutte pour l'interdiction des poisons industriels à la lutte pour la réparation. Le Congrès d'Amiens en 1906 est le témoin de cet entre-deux, avant que la CGT n'abandonne la lutte pour l'éradication des poisons. Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010.

³⁹ Léon (1882-1914) et Maurice Bonneff (1884-1914) sont à l'origine d'un grand nombre de publications, articles, rapports d'enquêtes, romans et pièces de théâtre consacrés à soutenir la lutte du mouvement ouvrier pour l'amélioration des conditions de travail. Un mémoire de maîtrise en histoire leur a été consacré qui analyse et répertorie toutes leurs publications, sous la direction de Michelle Perrot : Isabelle Dauzat, *Léon et Maurice Bonneff, peintres de la condition ouvrière dans les années 1900*, Université Paris 7, 1989. Un site construit par un passionné leur est dédié : www.bonneff.com [consulté le 21 mars 2017]. Leur roman *Aubervilliers* a récemment été réédité : Talence, éditions L'arbre vengeur, « L'alambic », 2015.

⁴⁰ Léon et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent. Enquête auprès des syndicats ouvriers sur les maladies professionnelles*, Paris, Bibliographie sociale, « Bibliothèque d'études ouvrières », 1900 [mais vraisemblablement 1905, certaines références citées à l'intérieur de l'ouvrage se référant à cette date]. En 1908, ils publient également *La vie tragique des travailleurs. Enquêtes sur la condition économique et morale des ouvriers et ouvrières d'industrie*, Paris, Jules Rouff et Cie, 1908 [réédité par EDI en 1984].

⁴¹ Abel Craissac, préface à Léon et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent...*, ouvr. cité, 1900, p. 6. Ce syndicaliste joue un rôle aussi singulier qu'essentiel dans le mouvement syndical de l'époque en faveur de la lutte contre la céruse. Voir Judith Rainhorn, *Poison légal...*, dossier cité, 2015.

⁴² Léon et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent...*, ouvr. cité, 1900, p. 9.

⁴³ Jules-Louis Breton (1872-1940) : ingénieur chimiste, député socialiste, il est à l'origine du dépôt du premier projet de loi visant à indemniser les maladies professionnelles. Il préside ensuite la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés en 1913 lors des débats pour l'adoption de cette loi et devient le premier ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en 1920.

parlementaire⁴⁴, bloquée ensuite durant six ans par le Sénat, avant d'être enfin adoptée en octobre 1919, dans un format extrêmement réduit⁴⁵.

1.1.2. Une vive résistance patronale

Durant les vingt années qui séparent le projet de loi déposé par Jules-Louis Breton et son adoption⁴⁶, la résistance du patronat est très vive, sur la base d'arguments généraux déjà mobilisés contre la loi concernant l'indemnisation des accidents du travail, empruntés à un répertoire « que l'on fera valoir successivement contre les retraites ouvrières, les assurances sociales et la sécurité sociale⁴⁷ » et qui se décline encore aujourd'hui. Un député, par ailleurs président de l'Union du commerce et de l'industrie pour la défense sociale, évoque par exemple le « ligotage complet de l'industrie » et la « mise en péril de l'industrie française⁴⁸ ». La Chambre syndicale des produits chimiques alerte sur le risque de fermeture des industries concernées par ce projet de loi « et par voie de conséquence le licenciement des travailleurs⁴⁹ » quand un député s'inquiète quant à lui des conséquences de cette loi pour le consommateur, confronté au « renchérissement du produit fabriqué⁵⁰ ». Un de ses collègues raille ainsi une loi se présentant comme sociale quand elle ne fait qu'accentuer les difficultés vécues par les travailleurs :

« L'ouvrier, ne l'oubliez pas, est consommateur. Il fabrique, mais il achète plus encore qu'il ne fabrique et, quand le prix des produits manufacturés s'élève, qui en supporte d'abord les conséquences ? C'est l'ouvrier quand il achète⁵¹. »

L'intervention de l'État dans le champ de l'activité industrielle risquerait ainsi de rompre l'équilibre produit par le libre jeu de l'entreprise et de faire des travailleurs les premières victimes d'une loi censée les protéger : ils seraient en effet soumis au risque du chômage, à celui de l'augmentation du coût de la vie, et également menacés par la sélection médicale à l'embauche qui ne manquerait pas de se mettre en place, les employeurs ne voulant pas être responsables de maladies que leurs salariés auraient pu contracter ailleurs, chez eux ou dans d'autres entreprises.

⁴⁴ Dix gouvernements se succèdent, en moins de quatre ans, de novembre 1910 à août 1914.

⁴⁵ Voir en annexe le texte de la loi du 25 octobre 1919.

⁴⁶ Loi du 25 octobre 1919 « étendant aux maladies professionnelles le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail » (JO du 27 octobre 1919).

⁴⁷ Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, « Espace social », 1989, p. 45.

⁴⁸ Paul Beauregard, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2042-2043.

⁴⁹ Cité par Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 79.

⁵⁰ Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2047.

⁵¹ Alexandre Lefas, Première séance de la chambre des députés du 26 juin 1913, débats parlementaires, JO du 27 juin 1913, p. 2212.

Au terme de près de quarante années de débats parlementaires et de résistance patronale⁵², plusieurs facteurs concourent toutefois à favoriser l'adoption de cette loi, sans compter les mobilisations ouvrières évoquées précédemment.

1.1.3. Une convergence de facteurs favorables

L'adoption de cette loi s'inscrit dans un processus qui dépasse les frontières de la France. On peut en effet observer une convergence des politiques sociales nationales, en lien avec la vitalité d'un espace transnational d'échanges et de diffusion⁵³. Plusieurs congrès internationaux sont ainsi organisés dans la plupart des grandes villes européennes au sein desquels la thématique des maladies professionnelles trouve place⁵⁴. La création de l'Association internationale pour la protection légale des travailleurs en 1901 contribue à la construction d'un droit international du travail⁵⁵. Ses travaux nourrissent notamment l'élaboration d'une convention internationale pour l'interdiction du phosphore blanc, adoptée lors de la Conférence de Berne en 1905 et ratifiée par la France trois ans plus tard⁵⁶. En marge de l'exposition universelle de Milan, en 1906, la tenue du premier Congrès international des maladies professionnelles, qui se réunit ensuite tous les quatre ans⁵⁷, témoigne de la place de plus en plus importante accordée à cette question à l'échelle internationale. Tous ces événements sont notamment « l'occasion de comparer l'état de sa propre législation à celle de ses voisins, ce qui, dans un domaine où les décisions ont *ipso facto* une traduction économique, est un élément essentiel à toute réflexion sur une possible réglementation⁵⁸ ». La législation française apparaît alors largement en retard au regard de celles des pays voisins : les débats parlementaires de juin 1913 évoquent, sans toujours les dater, les systèmes de réparation mis en place déjà en Suisse, en Angleterre, mais aussi en Italie, en Belgique, en Autriche. L'Allemagne en 1915 indemnise déjà une liste de plus d'une dizaine de

⁵² Dès 1888, Camille Raspail, médecin et député du Var (1827-1893), dépose un amendement au projet de loi sur les accidents du travail alors en discussion pour y inclure les maladies professionnelles. D'autres députés lui succèdent dans cette demande, notamment Théophile Goujon, député de la Gironde, en 1897. Mais cette proposition passe au second plan des débats vifs et longs qui précèdent le vote de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

⁵³ Voir Isabelle Lespinet-Moret, « Les risques du métier. Des Congrès internationaux à l'Organisation internationale du travail, politiques et représentations transnationales en matière d'accidents du travail, 1889-1939 », dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance fin XVIII^e-début XX^e siècle*, Rennes, PUR, « Histoire », 2016, p. 117-133. Et aussi le numéro spécial de *Genèses* consacré aux « actions sociales transnationales », Kenneth Bertrams, et Sandrine Kott (dir.), *Genèses*, 2008/2, n° 71.

⁵⁴ Caroline Moriceau recense ainsi quatorze congrès internationaux d'hygiène entre 1876 et 1914 qui sont « à la fois réunions scientifiques, entreprises de vulgarisation et incitateurs ou initiateurs de l'action des gouvernements en matière sanitaire », la Conférence internationale du travail (Berlin, 1890), les Congrès internationaux pour la protection légale des travailleurs... Caroline Moriceau, *Les douleurs de...*, ouvr. cité, 2009, p. 164 et suivantes.

⁵⁵ Michel Cointepas, « l'entrée de la direction du travail dans les relations internationales à travers la naissance du droit international du travail », *Cahiers du CHATEFP*, mars 2007, n°7.

⁵⁶ La convention internationale pour l'interdiction du phosphore blanc est ratifiée par la France en 1908 par le vote d'une loi interdisant son usage. Il s'agit en France du premier toxique dont l'usage est légalement interdit, et du seul jusqu'à l'interdiction de l'amiante en 1997.

⁵⁷ Le Congrès international des maladies professionnelles se réunit en 1910 à Bruxelles et en 1914 à Vienne.

⁵⁸ Caroline Moriceau, *Les douleurs de...*, ouvr. cité, 2009, p. 169.

maladies. Lorsque l'Organisation internationale du travail voit le jour en avril 1919 « en vue d'établir une législation sociale applicable dans tous les pays pour améliorer la condition des salariés et l'organisation du travail⁵⁹ », le retard de la France est manifeste. Les pressions sont fortes vers une harmonisation internationale⁶⁰. On peut faire l'hypothèse, sans avoir les moyens ici de l'explorer, de l'entretien par le patronat français d'une logique protectionniste. Les débats parlementaires de 1913 sur le projet de loi d'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail révèlent ainsi la volonté des représentants du patronat de négocier en retour de leur vote la protection des industries, le renforcement des droits de douane, la mise en place de primes à l'exportation et l'établissement de tarifs privilégiés dans les transports de marchandises :

« Ce que [les industriels français] vous demandent en échange de ces efforts qu'ils feront volontiers, c'est la certitude de trouver, auprès du gouvernement et du Parlement, la volonté de leur assurer, ce qui leur est absolument indispensable, une grande sécurité et l'appui des pouvoirs publics chaque fois qu'ils en auront besoin soit dans des questions d'ordre intérieur, soit dans des questions d'ordre extérieur⁶¹. »

La question des maladies professionnelles correspond également à une préoccupation croissante des pouvoirs publics. Au moment même du dépôt du projet de loi sur la réparation des maladies professionnelles par Jules-Louis Breton et trente-huit de ses collègues, l'Office du travail publie ainsi une brochure sur les « poisons industriels⁶² », qui recense près d'une trentaine d'agents toxiques à l'origine d'intoxications graves voire mortelles⁶³. Cette publication entend faire « œuvre de vulgarisation » pour renforcer la prévention dans les industries. Directeur du travail, Arthur Fontaine exprime le souhait qu'elle « aidera [les employeurs et les syndicats ouvriers] à coordonner et à répandre des notions qui, quoiqu'élémentaires et à peu près certaines, sont ordinairement peu connues. Leur connaissance et l'observation des mesures très simples qu'elles justifient, aideraient cependant d'une manière efficace et immédiate à améliorer la condition des travailleurs⁶⁴ ».

⁵⁹ Isabelle Lespinet-Moret, « L'OIT et la question du risque : signalement, expertise et prévention dans l'entre-deux guerres », dans Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, PUR, « Pour une histoire du travail », 2009, p. 91.

⁶⁰ Voir le dossier dirigé par Paul-André Rosental, « Health and Safety at Work. A Transnational History », *Journal of Modern European History*, vol. 7, 2009, n° 2.

⁶¹ Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2048.

⁶² Office du travail, *Les poisons industriels*, Ministère du Commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Paris, Imprimerie nationale, 1901.

⁶³ Les poisons industriels répertoriés dans la brochure sont : le plomb, le cuivre (à cause de ses impuretés), le zinc (à l'origine du « zincisme professionnel »), le mercure, l'arsenic, le phosphore, la benzine (à l'origine notamment de l'« hydrocarburisme professionnel »), la nitrobenzine, l'aniline, le pétrole, le goudron, la térébenthine, la vanille, les essences odorantes, le chanvre, le thé (à l'origine du « théisme »), l'acide picrique, l'esprit de bois (méthylène impur), le tabac (à l'origine du « nicotinisme »), l'hydrogène sulfuré, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, le sulfure de carbone, les virus charbonneux. Le cancer des ouvriers travaillant la paraffine est également évoqué.

⁶⁴ Arthur Fontaine, en préface de Office du travail, *Les poisons industriels...*, ouvr. cité, 1901, p VII.

Il témoigne ainsi d'une certaine impatience à l'application effective de la loi sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels votée huit ans plus tôt, en 1893. Les mesures que doivent respecter les employeurs en matière de propreté des locaux et de maintien « de conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel » doivent être définies « par des règlements d'administration publique, rendus après avis du Comité consultatif des arts et manufactures⁶⁵ ». Mais ce comité tarde à remettre ses avis. Selon Arthur Fontaine lui-même, seul un avis a été pris jusqu'alors, concernant la fabrication du vert de Schweinfurt⁶⁶, les autres étant toujours en cours d'élaboration. Et c'est pour surmonter l'inertie du Comité consultatif des arts et manufactures, que le ministère du Commerce et de l'Industrie, dont dépend l'Office du travail, est à l'initiative de la création d'une Commission d'hygiène industrielle (CHI) en 1900, « spécialement instituée en vue d'élaborer les prescriptions qu'il conviendrait d'élaborer à certaines industries ou à certains modes de travail présentant des causes particulières de danger pour les ouvriers qui y sont employés⁶⁷ ».

Par ailleurs, des exceptions ont déjà trouvé place dans la législation. Certaines professions sont ainsi parvenues à obtenir l'indemnisation de leurs maladies professionnelles, comme les « inscrits maritimes⁶⁸ » et les sapeurs-pompiers⁶⁹, ou encore les mineurs dans le cas précis de l'ankylostomiase⁷⁰, tandis que la jurisprudence assimile déjà, dans certains cas, la survenue d'une maladie à la catégorie juridique des accidents du travail, comme la syphilis des souffleurs de verre⁷¹.

⁶⁵ Article 3 de la loi du 12 juin 1893 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

⁶⁶ Cette couleur fabriquée à base d'acétoarséniat de cuivre tire son nom de la ville de Bavière où elle fut créée par deux fabricants de couleur. Relativement bon marché, elle connut un grand succès tant auprès des artistes peintres, qu'à l'échelle industrielle dans la fabrication des papiers peints. Mais l'arsenic contenu dans ce vert était toxique, tant pour les travailleurs que pour les consommateurs ; exposés à l'humidité, ses pigments se décomposaient en anhydride arsénieux, toxique mortel à forte dose et eczématiforme et cancérigène à faible dose.

⁶⁷ Arthur Fontaine, en préface à Commission d'hygiène industrielle, *Maladies professionnelles, étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail*, Paris, Imprimerie nationale, 1903, p. 2

⁶⁸ L'inscription maritime fut durant trois siècles, de 1665 à 1965, l'institution de tutelle de la Marine de l'État sur les gens de mer français. Navigants à la pêche ou au commerce, les « inscrits » (sur les registres de l'administration considérée) devaient effectuer leur service militaire dans la flotte de guerre. Ils bénéficiaient d'un régime de prévoyance particulièrement développé. Colbert aurait ainsi déclaré : « Tout homme qui travaille sur mer, qui se livre à la navigation, a besoin de protection plus qu'un autre. Vous avez besoin de protection, vous serez protégé ; mais j'exige de vous que vous soyez sans cesse sous la main du gouvernement. » Cité par Jean-Louis Lenhof et André Zysberg, « L'inscription maritime du Cotentin », Université de Caen Basse-Normandie/Service historique de la marine à Cherbourg, accessible sur www.unicaen.fr/uf/histoire/cimarconet/inscription_maritime/historique1.php [consulté le 3 août 2017].

⁶⁹ Intervention de Gilbert Laurent, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2037.

⁷⁰ La réparation de l'ankylostomiase – ou ankylostomose – des mineurs, une forme d'anémie due à un parasite intestinal, l'ankylostome, est adoptée par la chambre dans sa séance du 10 juillet 1911, en l'assimilant à un accident du travail. Ce n'est en 1949 qu'elle rejoint la catégorie juridique des maladies professionnelles, le tableau 28 lui est consacré (décret du n° 49-192 du 9 février 1949, JO du 11 février 1949), il était en discussion depuis 1931 (CAC, art 19920443/35).

⁷¹ La distinction juridique entre les accidents du travail et les maladies professionnelles est en effet à l'origine d'une « zone grise » comme la nomme la juriste Morane Keim-Bagot, qui permet aux juges, encore aujourd'hui, d'assimiler certaines maladies à des accidents du travail. Morane Keim-Bagot, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel. Enjeux et perspectives*, thèse pour le doctorat en droit social, Université de Strasbourg, 2013, p. 51. Voir aussi Nicolas Hatzfeld, « Les maladies du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, 2009, p. 177-195.

Enfin, la Première Guerre mondiale contribue également à accélérer l'adoption de la loi sur l'indemnisation des maladies professionnelles. La condition faite aux mutilés de guerre est à l'origine de la naissance des mouvements d'anciens combattants qui se mobilisent pour la prise en charge des blessés et des familles des « morts pour la France⁷² ». Dans ce contexte, « la question des rentes et pensions devient cruciale dans l'espace public⁷³ ». En mars 1919, le principe de présomption d'origine est reconnu aux mutilés de guerre : toutes les maladies contractées, non seulement au front ou en casernes, mais aussi dans tous les espaces de travail où sont affectés des civils mobilisés pour l'effort de guerre (usines, mines et agriculture) peuvent bénéficier d'une réparation⁷⁴. Dès lors, l'absence d'une loi d'indemnisation pour les victimes de maladies du travail fait d'autant plus figure d'injustice aux yeux d'un grand nombre d'acteurs. S'attachant à reconstituer l'histoire de la Fédération nationale des mutilés et invalides du travail⁷⁵, Damien de Blic montre combien ces derniers vont copier le répertoire d'action et de mobilisation des mutilés de guerre, jusqu'à leur emprunter le terme de « mutilés », suggérant en permanence l'équivalence de leur situation respective :

« La demande d'une juste réparation par les mutilés de guerre s'appuyait sur l'idée d'une "dette" de la Nation à leur égard : les mutilés du travail reprendront rapidement ce thème à leur compte. Ces derniers prétendent en effet être titulaires d'une créance sur la société française, au même titre que les mutilés de guerre, à la différence que cette créance fait, selon eux, l'objet d'un déni de reconnaissance. [...] Chaque intervention publique des porte-parole de la Fédération s'accompagne ainsi de l'affirmation reprise comme un leitmotiv : "Ceux qui étaient tombés pour une œuvre de mort, la guerre, avaient droit à la reconnaissance de la Nation ; ceux qui étaient tombés pour une œuvre de vie, le travail, n'avaient droit à rien"⁷⁶. »

La défaite de l'Allemagne au terme de la Première Guerre mondiale et le rattachement à la France de l'Alsace et du département de la Moselle qui bénéficiaient jusqu'alors de la loi d'assurance sociale instaurée par Bismarck⁷⁷ accentue cette tension et rend plus aiguë encore la question de la nécessaire harmonisation des politiques sociales⁷⁸.

⁷² Antoine Prost, *Les Anciens Combattants (1914-1940)*, Paris, Gallimard [1977], « Folio histoire », n° 229, 2014.

⁷³ Damien de Blic, « De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés. Une longue mobilisation pour une "juste et légitime réparation" des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 122.

⁷⁴ La loi du 31 mars 1919, connue sous le nom de « charte du combattant », substitue à la notion d'assistance (portée aux invalides de guerre et aux familles des décédés par la législation précédente) celle du « droit à réparation », permettant aux militaires mutilés – et bientôt aux victimes civiles de la guerre (loi du 24 juin 1919) – de pouvoir prétendre à une pension couvrant le préjudice subi.

⁷⁵ La Fédération nationale des mutilés et invalides du travail voit le jour en 1919. Elle est l'ancêtre de la FNATH, Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés, devenue ensuite « association des accidentés de la vie ».

⁷⁶ Damien de Blic, « De la Fédération des... », art. cité, 2008, p. 124.

⁷⁷ La loi sur l'assurance sociale a été instaurée en 1883 en Allemagne à l'initiative de Bismarck. Elle précède les systèmes législatifs des autres États européens ; « elle se calque [selon Bernard Gibaud], avec quelques modifications, sur l'organisation des caisses de secours mutuels formées en Alsace par l'initiative privée ». Bernard Gibaud, *De la mutualité à la Sécurité sociale, conflits et convergences*, Paris, Éditions ouvrières, 1986, p. 55.

⁷⁸ L'harmonisation des dispositifs existant sur l'ancien territoire annexé d'Alsace-Lorraine n'a pas abouti totalement : « Aujourd'hui encore, le "régime local" de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle fonctionne à partir de cotisations additionnelles permettant des prestations plus élevées, et matérialise l'héritage d'une histoire singulière. » Philippe Hamman, « La Lorraine

1.1.4. Un compromis fragile autour de la « présomption d'origine »

La loi adoptée en octobre 1919 est le fruit d'un compromis laborieusement construit face à la résistance patronale sur la définition des maladies professionnelles⁷⁹. Il se réalise en France sous la forme de « tableaux de maladie professionnelle » sur lesquels est mentionnée, en lien avec un agent ou une famille d'agents, une liste précise de pathologies attachées à une liste non moins précise d'activités industrielles : selon l'article 2 de la loi de 1919, « sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers *habituellement* occupés aux travaux industriels correspondants. » On peut considérer que ces tableaux s'inscrivent dans la filiation des monographies réalisées par les médecins hygiénistes à la fin du siècle précédent, telles qu'elles sont décrites par Caroline Moriceau. S'attachant à ce qui ferait figure d'« archétype », le « *tableau général des intoxications saturnines professionnelles* » établi en 1880 par Alexandre Layet, suivi de la publication d'un autre du même type sur les intoxications arsenicales, elle précise :

« Il s'agit dans l'un et l'autre cas d'un inventaire des activités rendues insalubres par la manipulation d'un composé plombique ou arsenical. À côté de la profession (verrier/serrurier/chapelier), le tableau indique l'opération précise mise en cause (broyage et pulvérisation des débris de cristaux, emploi d'un sel de plomb pour favoriser la fusion du verre/pose d'objets de serrurerie dans les appartements peints, grattage et rabotage des bois/secréteurs, éjarreurs des peaux, arçonnage des poils), le mode de "véhiculation" et de pénétration du poison (inhalation de poussières et vapeurs toxiques/inhalation de poussières toxiques/poussières et vapeurs toxiques), la nature exacte de la substance toxique (minium et oxychlorite de plomb/oxyde et chromate de plomb/arséniures et acide arsénieux)⁸⁰. »

Pour comprendre le contenu de ces tableaux, il convient de s'intéresser aux termes de cette fragile construction. Elle s'organise autour du principe de la « présomption d'origine », un principe au fondement de la loi de 1898 « concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail », dont la loi de 1919 ne serait qu'une « extension », comme son titre l'indique.

1.1.4.1. L'invention du « risque professionnel » ou la responsabilité sans faute

Souvent présentée comme une loi de rupture, consacrant, selon François Ewald, l'avènement d'un « nouveau pacte social » et « la naissance de l'État providence⁸¹ », la loi de 1898 introduit le principe que l'employeur est présumé responsable de tout accident

annexée, "laboratoire" des politiques de protection sociale entre France et Allemagne au début du XX^e siècle », dans Alain Chatriot et al. (dir), *Les politiques du travail (1906-2006), acteurs, institutions, réseaux*, Rennes, PUR, « Pour une histoire du travail », 2006, p. 57.

⁷⁹ Jean-Claude Devinck en rend compte avec précision dans *La création de...*, ouvr. cité, 2002.

⁸⁰ Caroline Moriceau, « Les perceptions des... », art. cité, 2009, p. 16.

⁸¹ François Ewald, *L'État providence...*, ouvr. cité, 1986.

« survenu par le fait ou à l'occasion du travail » et doit donc prendre en charge son indemnisation. L'accident du travail bénéficie donc, en langage juridique, d'une « présomption d'imputabilité » ou « présomption d'origine ».

Jusqu'alors, les accidents survenant au travail relevaient du droit commun et, plus particulièrement de l'article 1382 du Code civil selon lequel « tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à la réparer ». Il revenait à l'ouvrier accidenté ou à ses ayants droit de porter plainte en justice ; l'indemnisation de leurs préjudices dépendait alors de leurs possibilités de démontrer et de faire la preuve de la faute de l'employeur. Celle-ci, consistant à identifier une cause humaine aux accidents, était souvent difficile à produire. Au-delà même des obstacles liés au contexte de subordination des salariés – rapport de force inégal, peur de ne pas retrouver d'emploi – les technologies de la révolution industrielle perturbent les notions de causalité :

« Au lieu d'une cause impliquant un responsable humain ayant mésusé des choses, juges et ingénieurs se retrouvent face à des ensembles causaux aux contours flous, mêlant indistinctement des erreurs, des inattentions, des ignorances, des dysfonctionnements techniques imprévisibles⁸². »

L'explosion d'une chaudière peut en effet résulter autant d'un dysfonctionnement propre à la machine que d'un défaut d'entretien ou encore de l'inobservation des règles de sécurité ; il peut en être de même dans le cas de l'effondrement d'un échafaudage ou encore du déraillement d'un train : « La machine a un rythme qu'elle impose et elle comporte des dangers nouveaux et considérables⁸³. » Selon des statistiques allemandes élaborées en 1889, « un quart des accidents serait imputable à la faute des patrons, un quart à celle des ouvriers, le reste, c'est-à-dire la moitié, proviendrait de la force majeure, du hasard ou de causes indéterminées⁸⁴ » : on évoque alors des « accidents accidentels⁸⁵ ». Dans les trois quarts des cas d'accidents survenus au travail, les ouvriers ne pouvaient donc prétendre à être indemnisés et, en l'absence d'une protection sociale, un accident pouvait suffire à précipiter une famille dans la misère⁸⁶.

En revanche, lorsque les victimes parvenaient à prouver la responsabilité de leur employeur, le montant des réparations pouvait être élevé et, surtout, imprévisible pour les employeurs concernés :

⁸² *Ibid.*, p. 238.

⁸³ Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à...*, ouvr. cité, 1989, p. 38.

⁸⁴ Emile Cheysson, « Les accidents du travail », *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, t. VIII, 1899, p. 6.

⁸⁵ L'expression « accidents accidentels » serait attribuée à des gendarmes de Loire Inférieure qui l'utilisaient dans leurs enquêtes dans les années 1880 : « Expression a priori étonnante, mais en fait bien adaptée : l'événement constitue un accident et la cause en est accidentelle, imprévisible. » Philippe-Jean Hesse, « La genèse d'une loi : de la révolution industrielle à la révolution juridique », *Droit social*, 1998, p. 638.

⁸⁶ En France, la création des assurances sociales n'a lieu qu'en 1928. Antérieurement, il existe des caisses de prévoyance patronale, surtout dans les grandes entreprises, et particulièrement dans le cas des mines et des chemins de fer, et des caisses de secours mutuels, mais la grande majorité des travailleurs ne sont pas assurés. L'assistance médicale gratuite mise en place par la loi du 15 juillet 1893 ne prend en charge que les soins, elle est limitée et très inégalement appliquée selon les départements. Voir *Du paupérisme à...*, ouvr. cité, 1989.

« Suivant le principe judiciaire de la compensation individualisée et intégrale, elles variaient considérablement selon les circonstances de l'accident, l'ancienneté de l'ouvrier ou bien le nombre de personnes qu'il avait à sa charge. Elles produisaient donc une incertitude financière considérable⁸⁷. »

Ainsi, comme le démontre Jean-Baptiste Fressoz dans son ouvrage, la loi de 1898, loin de représenter la naissance de l'État providence, serait davantage une garantie pour les industriels d'être affranchis de cette « incertitude financière » et de condamnations devant les tribunaux⁸⁸. En effet, durant la seconde moitié du XIX^e siècle, la jurisprudence évolue en faveur des victimes d'accidents survenus au travail. Le Code civil révèle finalement quelques souplesses d'interprétation face aux cas d'accident dus à des causes fortuites ou de force majeure : selon l'article 1384, « on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ». Dans ce sens, « l'accident dû à un engin industriel, tel qu'une machine à vapeur qui a fait explosion, est présumé être le résultat de la faute du propriétaire⁸⁹ ».

C'est à l'appui de ce raisonnement que le député Martin Nadaud dépose en mai 1880 son projet de loi « concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail⁹⁰ ». Le patron étant propriétaire des moyens de production et l'ouvrier lui étant juridiquement subordonné par la force du contrat de travail⁹¹, la responsabilité des accidents devrait donc lui être imputée de fait. S'adressant à la Chambre des députés, Martin Nadaud précise ainsi l'objectif de son projet de loi : « Nous nous proposons, messieurs, de renverser la charge de la preuve ; elle est aujourd'hui à la charge de l'ouvrier ; nous désirons qu'elle soit dans l'avenir à la charge de l'employeur⁹². »

⁸⁷ Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse...*, ouvr. cité, 2012, p. 277.

⁸⁸ En ce sens, la loi de 1898 sur les accidents du travail s'inscrit dans la logique de réparation déjà mise en œuvre à la suite d'accidents industriels comme celui de la poudrerie de Grenelle à Paris en 1794. Cet événement « nuance sensiblement le récit d'une montée progressive de l'État providence à la fin du siècle suivant : la philosophie du droit à l'assistance publique existe et fonctionne déjà avant 1800 pour les accidentés du travail, seule l'échelle diffère, et elle se déploie en fonction du poids des circonstances. » Thomas Le Roux, « L'émergence du risque industriel (France, Grande-Bretagne, XVIII^e-XIX^e siècle) », *Le Mouvement Social*, vol. 249, n° 4, 2014, p. 3-20.

⁸⁹ *Recueil général des lois et des arrêts Sirey*, 1871, arrêt de la Cour de cassation du 23 novembre 1869, p. 10. En 1869, la Cour de cassation conclut à la responsabilité du patron dans le cas de l'explosion d'une machine en se fondant sur la responsabilité « du fait des choses que l'on a sous sa garde », prévue par l'article 1384 du code civil. Cité par Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse...*, ouvr. cité, 2012, p. 274-275. C'est également le cas à la même époque au Québec : Katherine Lippel, *Droit des accidentés du travail à une indemnisation : analyse historique et critique*, Montréal, Éditions Thémis, 1986.

⁹⁰ Aminot Jean-Pierre, « Martin Nadaud et les accidents du travail », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 5, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1978, p. 109-127.

⁹¹ Alain Cottereau a analysé la création du contrat de travail comme le passage du « louage d'ouvrage », qui porte sur le résultat du travail et non sur sa conduite, au « louage de service » qui repose sur la totale subordination de l'ouvrier à son employeur. Voir Alain Cottereau, « Droit et bon droit. Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIX^e siècle) », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol 57, n° 6, 2002, p. 1521-1557.

⁹² Cité par Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse...*, ouvr. cité, 2012, p. 275.

La loi finalement adoptée en 1898 se détourne de cette logique, à la faveur d'une invention, celle du « risque professionnel » qui revient à ne plus envisager l'accident comme le résultat d'une faute mais comme « un fait, malheureusement banal et prévisible, un risque attaché à l'exercice de toutes les professions⁹³ », une « fatalité du milieu ambiant⁹⁴ ». François Ewald en rend compte ainsi :

« L'idée du risque professionnel passe par une scission entre causalité et imputation, l'indifférence de la seconde par rapport à la première, c'est-à-dire par l'institution d'un système d'imputation qui ne se réfère plus à la causalité objective des dommages⁹⁵. »

La notion de « risques professionnels » s'affranchit donc du droit commun de la responsabilité civile et du code pénal. « Désormais le patron sera responsable juridiquement sans l'être moralement⁹⁶ » : se crée ainsi un régime particulier, dédié aux accidents survenant au travail ou par le fait du travail, un régime de « responsabilité sans faute ». Cette évolution est concomitante de « l'émergence d'une représentation statistique des accidents du travail, les extrayant du cadre d'intelligibilité juridique fondé sur la faute individuelle⁹⁷ ». François Ewald fait ainsi remarquer que « pour une centaine population d'ouvriers travaillant dans une entreprise, malgré les entrées et les sorties incessantes, le nombre d'accidents reste constant. Le taux d'accidents qui, toutes choses restant égales se reproduira quasi identiquement d'une année sur l'autre, ne dépend donc pas des ouvriers pris individuellement⁹⁸ ». Désormais envisagés comme des risques inhérents au travail, « prévisibles, assurables et calculables⁹⁹ », les accidents peuvent être abordés par les employeurs comme un coût à inclure au frais généraux de leur entreprise, en prévision de l'« amortissement du personnel humain¹⁰⁰ ». Un nouveau marché se révèle ainsi aux compagnies d'assurance qui exercent alors une importante action de lobbying après du patronat pour le convaincre de se rallier à ce projet de loi, promu comme une forme de sécurisation financière¹⁰¹.

⁹³ Gérard Aubin, « La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité », *Droit social*, 1998, p. 635.

⁹⁴ Georges Cornil, *Du louage de services : ou contrat de travail*, Paris, Thorin, 1895, p. 236. Cité par Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse...*, ouvr. cité, 2012, p. 275.

⁹⁵ François Ewald, *L'État providence...*, ouvr. cité, 1986, p. 284.

⁹⁶ Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à...*, ouvr. cité, 1989, p. 39.

⁹⁷ Jean-Baptiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse...*, ouvr. cité, 2012, p. 264.

⁹⁸ François Ewald, *L'État providence...*, ouvr. cité, 1986, p. 17.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ L'expression est empruntée à Alexandre Millerand, s'exprimant devant la chambre des députés en 1901 : « Rien, semble-t-il, n'est plus équitable et l'on ne paraît guère le contester sérieusement, que de demander au patron d'inscrire à ses frais généraux l'assurance et l'amortissement de son personnel humain comme il y inscrit l'assurance et l'amortissement de son matériel et de ses machines. » Cité par Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à...*, ouvr. cité, 1989, p. 97.

¹⁰¹ Les employeurs sont invités à s'assurer contre ce nouveau risque. Dans le cas contraire ou si la compagnie d'assurance est insolvable, il est créé un fonds de garantie, alimenté par tous les employeurs sur la base d'un coefficient de risque et géré par l'ÉTAT, le Fonds de garantie des accidents du travail (FGAT).

En effet, le texte présenté au vote, au terme de près de vingt années de débats parlementaires et de plus de dix versions différentes¹⁰², se présente comme une loi « de transaction¹⁰³ », un « deal en béton¹⁰⁴ » pour le patronat, pour reprendre les termes du juriste Jean-Jacques Dupeyrou : « L'employeur serait automatiquement responsable, mais sa responsabilité serait limitée¹⁰⁵. » En échange de la « présomption d'origine » qui s'applique désormais à tout accident « survenu par le fait ou à l'occasion du travail », l'employeur gagne une importante contrepartie : la réparation qu'il doit à l'ouvrier accidenté ou à ses ayants droit est partielle¹⁰⁶ et son montant plafonné¹⁰⁷. En outre, « les ouvriers et employés [...] ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la présente loi¹⁰⁸ », ce qui signifie qu'ils ne peuvent demander réparation devant les tribunaux.

Pour de nombreux juristes, la loi de 1898 fait figure de droit d'exception. Selon l'historien du droit Philippe-Jean Hesse, « la rationalité juridique sortit en piteux état de ces décennies de discussion¹⁰⁹ » :

« Dans l'ensemble, l'idée du risque professionnel que l'on peut considérer comme un avatar de la théorie de la responsabilité objective selon l'article 1384 est moins une réflexion de théoriciens qu'une tentative par des praticiens non juristes de découvrir un moyen de régler les problèmes de la société industrielle du XIX^e siècle finissant¹¹⁰. »

Confronté à la question des accidents du travail, le Parlement admet ainsi que la valeur indemnitaire des dommages corporels causés par le travail soit inférieure à celle des dommages corporels survenant à l'extérieur du travail et impliquant la responsabilité

¹⁰² Jonas Knetsh, « La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et le spectre de l'«État assureur» », *Revue d'histoire du droit*, vol. 90, n° 4, 2012, p. 625.

¹⁰³ Albert Fournier, député communiste de Paris, intervient ainsi devant la Chambre des députés à l'occasion d'un projet de loi tendant à modifier la loi de 1898, déposé en 1927 : « Si la loi de 1898 a reconnu le risque professionnel, nous lui reprochons d'avoir été une transaction. Des oppositions s'étant manifestées, il a fallu transiger pour obtenir le vote d'un texte après dix-huit années d'efforts. Un forfait a été établi, qui ne donne à l'ouvrier victime d'un accident du travail que la moitié de la réparation à laquelle il a droit. » Albert Fournier, Première séance du 19 mai 1927, JO du 19 mai 1927, p. 1514. Selon François Ewald, le droit social ne peut qu'être transaction : « La révolution introduite par le droit social est de faire du droit sinon l'enjeu, du moins l'un des enjeux principaux des conflits. C'est cette sorte d'inversion du rapport conflit-droit qui explique que le droit social ne puisse avoir d'autre forme que celle de transactions. » Francis Ewald, *L'État providence...*, ouvr. cité, 1986, p. 462.

¹⁰⁴ Jean-Jacques Dupeyrou, « Centenaire de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Un deal en béton ? », *Droit social*, 1998.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 631.

¹⁰⁶ Anne-Sophie Bruno et Éric Geerkens, « L'indemnisation des accidents du travail : justifications et contestations de forfait en France et en Belgique (1^{ère} moitié du XX^e siècle) », dans Thomas Le Roux, *Risques industriels*, ouvr. cité, 2016, p. 135-152.

¹⁰⁷ L'article 3 de la loi du 9 avril 1898 précise que la rente est égale à deux tiers du salaire en cas d'incapacité « absolue et permanente » et qu'elle « reste égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire » en cas d'incapacité permanente partielle. Les frais médicaux et pharmaceutiques sont également à la charge de l'employeur (article 4). Le barème d'indemnisation et l'évaluation de l'incapacité deviennent, tout autant que la construction des tableaux, un objet de litige permanent.

¹⁰⁸ Article 2 de la loi du 9 avril 1898.

¹⁰⁹ Philippe-Jean Hesse, « La genèse d'une loi... », art. cité, 1998, p. 638.

¹¹⁰ Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail*, Centre de recherches d'histoire économique et sociale, Faculté de droit et sciences politiques, Université de Nantes, t. 6, 1^{er} semestre 1979, p. 34.

d'un tiers¹¹¹. Pour les employeurs, s'assurer contre les risques professionnels prend désormais la forme d'un « un acte banal de bonne gestion¹¹² ».

1.1.4.2. *De l'accident du travail à la maladie professionnelle : le besoin d'adapter la loi*

La loi de 1919 sur la réparation des maladies professionnelles se présente comme une extension de la loi de 1898. Elle se fonde effectivement sur les mêmes principes : la présomption d'origine en échange d'une réparation forfaitaire. Le terme d'extension masque toutefois un important travail d'adaptation de ce cadre préexistant, les caractéristiques de la maladie différant fortement de celles de l'accident.

En effet, la maladie ne présente pas « le caractère de brutalité, de soudaineté et d'imprévu qui caractérise l'accident¹¹³ » : au contraire, elle survient le plus souvent après un temps de latence plus ou moins important et il n'est guère possible de la raccorder à une date ou à un événement précis. Mais surtout, la plupart des maladies attribuées à l'activité de travail, comme on a déjà pu le voir avec les cancers, ne possèdent aucun marqueur spécifique qui permettrait de les relier à une profession ou à une activité : rien ne les distingue des maladies « normales » et elles peuvent résulter de facteurs tant professionnels que non professionnels. Un simple survol des pathologies inscrites aujourd'hui dans les tableaux en témoigne : sont ainsi citées l'anémie, l'encéphalopathie, les coliques et diarrhées, les lésions eczématiformes, la névrite, les dermites chroniques, la tuberculose, la rage, les troubles digestifs, etc. La question se pose alors de pouvoir identifier des critères sur lesquels établir la responsabilité du travail dans la survenue d'une maladie et de savoir à quel employeur imputer la maladie.

Or l'identification d'un lien certain de causalité entre l'activité professionnelle et la survenue des maladies s'affirme hors de portée : comme le reconnaît quelques années plus tard Adrien Sachet, conseiller à la Cour de cassation, « dans l'état actuel de la science, il est à peu près impossible de définir avec certitude un trouble pathologique tout à la fois dans sa nature, dans sa cause, dans son origine et dans son évolution¹¹⁴. » Dans ce contexte, le « deal » construit par la loi de 1898 serait, selon Gilbert Laurent,

¹¹¹ Félix Faure défendant son projet de loi reposant sur la notion de risque professionnel argumente ainsi : « Il y a là un risque inhérent au travail lui-même et c'est le travail, c'est le prix de revient du produit, le patron par conséquent qui doit en supporter les conséquences dans une mesure limitée et fixée à l'avance. » Félix Faure, Première délibération sur diverses propositions relatives à la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes, débats parlementaires du 13 mai 1882, *Journal officiel* du 14 mai 1882.

¹¹² Michel Dreyfus et al., *Se protéger, être protégé, une histoire des assurances sociales*, Rennes, PUR, 2006, p. 282. Selon ces auteurs, s'il y eut plusieurs faillites de compagnies d'assurance au début de l'application de la loi de 1898, les compagnies les plus anciennes et les plus expérimentées créèrent en 1903 la Réunion des assureurs contre les accidents du travail au sein de laquelle elles mirent au point un tarif commun. « Après 1910, la branche trouva son équilibre et, quand la guerre éclata, l'assurance française contre les accidents du travail était techniquement au point. »

¹¹³ « Les maladies professionnelles », rapport de M. Jules-Louis Breton, député du Cher, lors de l'Assemblée générale du 8 décembre 1910 de l'Association nationale française pour la protection légale des travailleurs, Paris, Félix Alcan éditeur, 1910.

¹¹⁴ Adrien Sachet, *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Paris, Librairie du recueil Sirey, 1937, p. 136.

député de la Loire et rapporteur du projet de loi devant la Chambre des députés, d'une puissance inégalable dans le cas des maladies professionnelles :

« On nous dit, avec une certaine raison, que l'ouvrier trouverait toujours un médecin pour certifier l'origine professionnelle de la maladie ; à plus forte raison pourrions-nous dire que le patron trouvera toujours un médecin pour certifier l'origine non professionnelle de la maladie. Il se produira donc une lutte entre deux certificats délivrés par deux médecins choisis par deux intéressés, et vous serez obligés de recourir à un surarbitre. Quel sera ce surarbitre ? [...] Sera-t-il nommé par le tribunal ? Vous retombez immédiatement dans des difficultés, des frais de justice, des longueurs de procédure que nous avons voulu éviter en prenant comme principe, comme point de départ de la loi sur les maladies professionnelles, le forfait¹¹⁵. »

Dans un contexte d'antagonisme structurel entre les intérêts des patrons et ceux des ouvriers, il n'est pas de meilleur compromis selon lui pour pallier cette incertitude irréfragable et éviter les recours devant les tribunaux que d'admettre une indemnisation partielle et donc *de facto* une responsabilité partagée, une part du dommage reposant sur les victimes elles-mêmes.

Les détracteurs de la loi n'ont de cesse en revanche de dénoncer l'aberration qu'il y aurait à assimiler les maladies professionnelles aux accidents du travail. Parmi eux, Paul Beauregard, professeur de droit et député de Paris, et Lucien Dior, industriel et député d'Avranches, tous deux respectivement président et vice-président de l'Union du commerce et de l'industrie pour la défense sociale¹¹⁶, mènent le débat d'opposition au projet de loi durant les séances parlementaires de juin 1913. Ils tentent avant tout de remettre en cause le principe au fondement de la loi, la présomption d'origine. Paul Beauregard s'efforce ainsi d'en démontrer toute « l'iniquité » et l'arbitraire :

« Voyez la formidable présomption que vous posez. Du moment qu'un ouvrier appartenant à la métallurgie, au raffinage, au plomb, au laminage, à l'ajustage du plomb et de ses alliages, etc. (il y en a toute une série), aura le malheur de contracter des coliques de plomb, il sera considéré comme malade à raison de l'industrie qu'il exerce. [...] Je passe sur certaines expressions médicales que je ne comprends pas très bien. Je trouve l'encéphalopathie. C'est un mot redoutable, mais qui veut dire : mal à la tête, disposition à des maux de tête. Vous affirmez que c'est parce qu'on manie du plomb que l'on a de l'encéphalopathie ; c'est très possible, ce n'est nullement certain ; c'est une présomption extrêmement hardie. Vous en dites autant de l'anémie progressive, de la néphrite, de la goutte. Vous aurez beau dire, la néphrite, la goutte peuvent tenir à de toutes autres causes qu'à l'exercice de telle ou telle profession. Vous m'objecterez que, dans cette profession, on peut la contracter. Je ne le nie pas. Mais vous affirmez que si un ouvrier a la néphrite ou la goutte, c'est parce qu'il travaille dans cette industrie. C'est une présomption d'une extraordinaire hardiesse¹¹⁷. »

¹¹⁵ Gilbert Laurent rapporteur du projet de loi, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2037.

¹¹⁶ Comme le mentionne le *Journal des débats politiques et littéraires* du 4 décembre 1910, p. 2.

¹¹⁷ Paul Beauregard, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2040.

Ne parvenant pas à obtenir la remise en cause du principe de présomption d'origine, ils s'efforcent alors d'en réduire la portée pour ne pas être « pris » dans les tableaux « comme dans un piège¹¹⁸ ». L'objectif devient donc la limitation au maximum du nombre de cas de maladie qui devraient être indemnisés par les employeurs. D'une part, ils revendiquent le « droit à la preuve contraire¹¹⁹ », c'est-à-dire la possibilité pour le patron « de prouver par tous moyens que la maladie n'a pas été contractée chez lui, que par exemple l'ouvrier travaille le plomb chez lui, qu'il a déjà eu des attaques semblables avant d'entrer dans son usine¹²⁰ ». En guise de contrepartie, et à condition que les ouvriers parviennent eux aussi à en faire la preuve, ils leur accordent la possibilité de demander la réparation de maladies qui ne seraient pas inscrites dans les tableaux. À la présomption d'origine se substituerait ainsi une « présomption de responsabilité pour la profession¹²¹ », selon Lucien Dior, qui se présente lui-même comme représentant des industries du plomb et du mercure, les deux premières industries visées par le projet de loi :

« Voilà un compromis qu'il me paraît possible de réaliser ; de cette manière, vos tableaux ne constitueraient pas un arbitraire ; ils constitueraient en quelque sorte une présomption. Ils détermineraient qui, de l'employeur ou de l'employé, devrait faire la preuve de l'origine de la maladie¹²². »

D'autre part, il s'agit pour les représentants du patronat de parvenir à caractériser le plus précisément possible les maladies qui seraient inscrites dans les tableaux pour limiter au maximum le risque d'avoir à supporter des affections contractées en dehors du travail. Le projet de loi est en lui-même, selon eux, une incitation à créer des maladies de toutes pièces, sans réalité médicale, comme « l'hystérie saturnine [...] qui serait une conséquence, non de l'intoxication, mais de la loi¹²³ ». Le représentant de la chambre de commerce de Paris veut bien admettre « la légitimité de la réparation des maladies professionnelles [...] sous la condition expresse qu'il s'agisse de maladies bien définies et incontestablement dues à l'exercice de travaux spéciaux, dans des professions déterminées¹²⁴. » Dans la perspective de circonscrire au maximum le champ de la réparation des maladies professionnelles, le patronat obtient la transformation d'un intitulé qui figurait dans les premiers modèles de tableau : la mention « industries

¹¹⁸ Paul Beauregard, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2041.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ *Ibid.*, p. 2042.

¹²¹ Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2046.

¹²² Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2046.

¹²³ Sous-commission chargée d'étudier les modifications à apporter aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919, rapport annexé à CsMP, procès-verbal de la 2^e séance, 18 juin 1920, CAC, art 19920443/31.

¹²⁴ M. Jouanny, rapport de la chambre de commerce de Paris, 5 novembre 1910, cité par Gilbert Laurent rapporteur du projet de loi, Première séance de la chambre des députés du 12 juin 1913, débats parlementaires, JO du 13 juin 1913, p. 1878.

assujetties » est ainsi remplacée par « travaux industriels assujettis¹²⁵ ». Il est ainsi possible de découper le travail dans un même atelier en activités exposantes et activités non-exposantes pour que l'indemnisation en cas de maladie soit circonscrite « aux seuls ouvriers travaillant directement les composés de plomb et de mercure, en contact direct avec le plomb et le mercure, directement menacés par ces poisons¹²⁶ ». Pour ce faire, le combat se mène sur la liste des activités inscrites dans les tableaux tandis que l'intitulé des maladies est enrichi d'une qualification n'ayant aucune signification médicale, mais imposant au travailleur l'apport de preuves le plus souvent inaccessibles : la colique doit être « de plomb », la goutte « saturnine », les troubles digestifs « mercuriels »...

L'arbitraire du projet de loi consiste également, selon ses détracteurs, à considérer tous les travailleurs de la même façon, sans tenir compte de leurs susceptibilités individuelles qui, à elles seules, peuvent être à l'origine des maladies, le travail agissant alors comme simple révélateur. « Sans prédisposition, sans faiblesse organique, il n'y a pas de maladie, même professionnelle¹²⁷ », soutient ainsi un mémoire transmis par l'Union du commerce et de l'industrie pour la défense sociale tandis qu'Alexandre Lefas, avocat et député d'Ille-et-Vilaine, suggère de parvenir à identifier parmi les ouvriers « ceux qui subissent trop vite et trop facilement les atteintes des maladies professionnelles¹²⁸ », préfigurant l'une des missions assignées ensuite à la médecine du travail, la visite d'aptitude¹²⁹. De la même façon, la responsabilité des employeurs devrait être dégressive, en fonction de l'âge de l'ouvrier concerné, parce qu'il « faudra bien qu'il arrive à mourir » et « qu'il est évident que la responsabilité de la profession diminue [...] à mesure que la force de résistance de l'ouvrier diminue elle-même¹³⁰ ».

Du projet initial déposé par Jules-Louis Breton, il ne subsiste plus, au moment de l'adoption de la loi, que deux familles de maladies liées au plomb et au mercure, les deux poisons identifiés à l'époque comme les plus meurtriers¹³¹ : la liste des intoxications indemnifiables est réduite tout comme la liste des travaux concernés – dans le cas du plomb par exemple, ils passent de 36 à 22¹³². Dès son adoption, elle fait l'objet de réserves et des critiques, tant de la part du patronat que du mouvement ouvrier : Lucien

¹²⁵ JO du 20 juin 1913, p. 2046.

¹²⁶ Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2046.

¹²⁷ Cité par Gilbert Laurent, rapporteur du projet de loi, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2035.

¹²⁸ Alexandre Lefas, Première séance de la chambre des députés du 26 juin 1913, débats parlementaires, JO du 27 juin 1913, p. 2212.

¹²⁹ Stéphane Buzzi et al., *La santé au travail...*, ouvr. cité, 2006.

¹³⁰ Paul Beauregard, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2042.

¹³¹ Ce seraient « les deux maladies professionnelles qui causent les neuf dixièmes des accidents et plus des neuf dixièmes des décès ». Gilbert Laurent rapporteur du projet de loi, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2039.

¹³² Cité par Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 89.

Dior y voit une « loi d'essai », à la « portée extrêmement limitée¹³³ » tandis que Léon Jouhaux, alors secrétaire général de la CGT, évoque une « pauvre petite loi qui, à travers un enchevêtrement de difficultés, permet à un petit nombre d'intoxiqués par le plomb et le mercure d'obtenir une mesquine réparation¹³⁴ ».

Maladie « professionnelle » ou maladie de l'hygiène de vie : une histoire qui bégaye ?

Illustration de cette catégorie mouvante que sont les maladies professionnelles, les débats portant sur l'insertion ou le retrait de certaines pathologies inscrites dans le tableau des « affections dues au plomb et à ses composés », premier tableau issu de la loi de 1919, se poursuivent tout au long du XX^e siècle jusqu'à aujourd'hui, comme un « frappant bégaiement des discours¹³⁵ ». Il est en effet possible d'observer une certaine récurrence ou répétition dans les arguments mobilisés par les organisations patronales et certains médecins pour réduire le champ de la réparation depuis l'adoption de la loi de 1919 jusqu'à aujourd'hui. Ainsi, au milieu des années 1980, lorsqu'il est question d'inscrire comme nouvelles pathologies dans le tableau 1, le « syndrome douloureux abdominal » et les « troubles neurologiques organiques », ils s'y opposent, avant de tenter d'en circonscrire la définition. « Je suis étonné que l'on n'évoque pas l'alcoolisme¹³⁶ », dénonce ainsi le représentant de la CGPMÉ lors de la discussion : « Il ne faut pas oublier que ce sont les entreprises qui payent des alcooliques au titre des maladies professionnelles¹³⁷. » Un autre, médecin et représentant le CNPF, rappelle qu'« un alcoolique a [aussi] des troubles mentaux organiques¹³⁸ » et qu'« un travailleur malhonnête et un médecin malhonnête peuvent avec le tableau actuel présenter n'importe quelle colique au titre du syndrome douloureux abdominal¹³⁹. » Un médecin, ayant qualité d'expert dans cette discussion, renchérit en précisant que dans un litre de vin, « il y a 120 microgrammes de plomb. Ceci explique que l'on peut avoir avec des gros buveurs (6 à 7 litres) des risques de plombémie élevés¹⁴⁰ ». Ils exigent et obtiennent l'ajout d'une mention ainsi rédigée dans le tableau finalement adopté en 1989¹⁴¹ : « Troubles neurologiques organiques à type d'altération des fonctions cognitives, dont l'organicité est confirmée *après exclusion des manifestations chroniques de la maladie alcoolique, par des méthodes objectives.* » Cette mention [soulignée par mes soins] sera annulée en 2010 par une décision du Conseil d'État considérant qu'elle correspond à une mise en cause du principe de présomption d'origine¹⁴². Sur la base de ce principe, la distinction entre maladie du travail ou maladie de l'hygiène de vie est, selon le représentant de la CFDT à la commission des maladies professionnelles, facile à établir : « La séparation est simple. Si la personne est alcoolique et pas soumise au risque plomb, il ne peut y avoir de réparation car il n'y a plus la condition de la soumission habituelle au risque exigée par le législateur¹⁴³. »

L'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents du travail – son « avatar¹⁴⁴ » – se réalise ainsi sur la base d'une construction très fragile, le tableau, dont

¹³³ Lucien Dior, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2046.

¹³⁴ Léon Jouhaux, préface à Henri Piriou, *Contribution à l'étude des maladies professionnelles*, Librairie Adrien Mazort, 1924. Cité par Stéphane Buzzi et al., *La santé au travail...*, ouvr. cité, 2006, p. 16.

¹³⁵ Judith Rainhorn, « La santé au risque... », chap. cité, 2016, p. 22.

¹³⁶ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 mars 1987, p. 3 [Archives JCZ].

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *Ibid.*, p. 4.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 3.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 4.

¹⁴¹ Décret 89-667 du 13 septembre 1989, JO du 17 septembre 1989.

¹⁴² Décision du Conseil d'État n° 322824 du 10 mars 2010.

¹⁴³ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 mars 1987, p. 3 [Archives JCZ].

¹⁴⁴ Matthieu Babin, *Le risque professionnel : étude critique*, thèse pour le doctorat de droit, Université de Nantes, 2003, p. 6.

le contenu n'est jamais figé une fois pour toutes mais largement mouvant, susceptible d'être régulièrement renégocié dans une perspective d'élargissement ou de restriction. Le choix de chaque mot, de chaque terme mentionné, jusqu'à l'usage du pluriel plutôt que du singulier¹⁴⁵, loin de refléter les connaissances scientifiques et médicales, témoigne des rapports de force s'exerçant au sein de la commission chargée de l'élaboration des tableaux, structurellement inégaux dès sa création¹⁴⁶. Dans ce sens, les maladies dites professionnelles relèvent davantage d'une catégorie politique que d'une catégorie médicale, elles sont en tous cas des « maladies négociées¹⁴⁷ », pour reprendre les termes de Paul-André Rosental¹⁴⁸.

1.2. La lente extension du champ de la réparation

La loi de 1919 limite la réparation des maladies professionnelles à deux tableaux correspondant aux deux seuls agents que sont le plomb et le mercure. Il est toutefois prévu, en son article 2, son extension régulière : « La nomenclature des maladies professionnelles auxquelles s'applique la présente loi pourra être augmentée et les tableaux annexés à ladite loi pourront être révisés et complétés par des lois ultérieures¹⁴⁹ ». Jules-Louis Breton alertait ainsi la Chambre des députés au cours des débats sur le projet de loi :

« Il se crée constamment des industries nouvelles. Il y a même des corps qui ne sont pas connus et qui pourront, dans l'avenir, produire des maladies professionnelles que nous ne pouvons évidemment connaître actuellement¹⁵⁰. »

Dans cette perspective, une Commission supérieure des maladies professionnelles (CSMP) est créée, « spécialement chargée de donner son avis sur les modifications à apporter aux tableaux [...], sur les extensions à donner à la présente loi et sur toutes les questions d'ordre médical et technique qui lui sont renvoyées par le ministre du Travail¹⁵¹ ». Lors de la première séance de cette commission, en mai 1920, Jules-Louis Breton, éphémère ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, intervient très énergiquement pour l'inviter à élargir rapidement le champ de la réparation :

¹⁴⁵ Dans le tableau 30, par exemple, une pathologie est mentionnée au pluriel, plaques pleurales, restreignant sa réparation à l'existence de deux plaques pleurales, sauf à recourir au contentieux.

¹⁴⁶ Marc-Olivier Déplaud, « Les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003, vol. 5, n° 53, p. 707-735.

¹⁴⁷ Paul-André Rosental, « Avant l'amiante... », art. cité, 2007, p. 2.

¹⁴⁸ Le chapitre suivant rendra compte des termes de cette négociation dans le cas d'un tableau mentionnant le cancer broncho-pulmonaire.

¹⁴⁹ Article 2 de la loi du 25 octobre 1919.

¹⁵⁰ Jules-Louis Breton, JO du 20 juin 1913, p. 2042.

¹⁵¹ Article 10 de la loi du 25 octobre 1919.

« Il y a intérêt et urgence à envisager l'extension de la loi [...] tant en ce qui concerne les maladies que les professions. Ce sera la tâche la plus importante de la commission¹⁵². »

Une sous-commission se réunit dans cet objectif et rapporte que la liste des maladies inscrites dans les premiers tableaux se révèle « incomplète et en désaccord avec les enseignements de la clinique¹⁵³ ». Le Sénat, « qui n'a apporté aucun argument démonstratif à son appui, a supprimé de la liste les deux manifestations de l'intoxication saturnine des plus graves et les mieux avérées, celles que les progrès réalisés depuis une vingtaine d'années dans l'étude de l'hématologie des saturnins permettent de reconnaître avec le plus de précision : l'encéphalopathie saturnine et l'anémie saturnine¹⁵⁴. » Il en est d'autres encore qui devraient être inscrites sans tarder dans le tableau, comme l'« amaurose saturnine¹⁵⁵ » par exemple. Le décalage entre la connaissance scientifique et médicale et la construction des tableaux s'observe ainsi dès la mise en œuvre de cette loi.

En dépit du vif empressement exprimé par Jules-Louis Breton, aucune extension ou modification des tableaux n'a lieu durant la décennie qui suit la naissance du système de réparation des maladies professionnelles. Il faut attendre 1931 et le vote d'une nouvelle loi¹⁵⁶, sous la pression notamment des organisations ouvrières, de parlementaires et de l'OIT¹⁵⁷, pour voir s'élargir le champ de la réparation : de nouvelles maladies et de nouvelles activités sont ajoutées aux deux premiers tableaux et quatre nouveaux tableaux sont créés correspondant aux intoxications par le tétrachloréthane, la benzine, le phosphore blanc, les rayons X et les corps radioactifs. À la même époque, la Grande-Bretagne indemniserait trente-deux maladies, l'Allemagne vingt-et-une¹⁵⁸. Cette extension s'accélère sous le Front populaire : quatorze tableaux supplémentaires voient le jour entre 1936 et 1938. On en compte vingt-et-un au sortir du régime de Vichy. Cette lenteur dans l'adoption de nouveaux tableaux témoigne de limites dans le fonctionnement de la commission et, plus généralement dans la cohérence du système mis en place par la loi de 1919.

¹⁵² CSMP, procès-verbal de la 1^{ère} séance, 8 mai 1920, CAC, art 19920443/31.

¹⁵³ Sous-commission chargée d'étudier les modifications à apporter aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919, rapport annexé à CSMP, procès-verbal de la 2^e séance, 18 juin 1920, CAC, art 19920443/31.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ CSMP, procès-verbal de la 2^e séance, 18 juin 1920, CAC, art 19920443/31.

¹⁵⁶ Loi du 1^{er} janvier 1931 (JO du 4 janvier 1931).

¹⁵⁷ L'OIT adopte en 1925 une convention internationale « concernant la réparation des maladies professionnelles » (n°18) ; elle sera ratifiée par la France en 1931. En 1934, la convention n°42 révisé la précédente et dresse une liste de dix maladies indemnissables.

¹⁵⁸ « Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 3-6 avril 1929 au nom de la Confédération générale du travail », *La Voix du peuple*, série 3, n° 101, janvier 1929, p. 40. Dix ans plus tard, *La Voix du peuple* fournit de nouvelles données : la Suisse indemniserait 83 maladies et la Tchécoslovaquie 26, le retard de la France est toujours manifeste. « L'institut d'étude et des préventions des maladies professionnelles », *La Voix du peuple*, série 4, n° 213, juillet 1938, p. 576.

La CsMP ne se réunit qu'à quatorze reprises dans les vingt années qui suivent le vote de la loi, selon un rythme très irrégulier, comme en témoigne le tableau chronologique présenté ci-dessous. L'aspect physique des dossiers d'archives de cette commission distingue deux périodes, l'un comporte les procès-verbaux des onze premières séances, de 1920 à 1929, l'autre, d'une épaisseur bien plus importante, ne concerne que les trois dernières de 1935 à 1938. Près d'un tiers des séances se déroulent avant même la mise en application de la loi. Elles sont essentiellement consacrées à l'élaboration des décrets d'application prévus par la loi. Tout est à construire, des modalités d'application du texte jusqu'au fonctionnement lui-même de la commission¹⁵⁹.

Tableau 1. Calendrier des séances de la CsMP dans l'entre-deux-guerres¹⁶⁰.

Séance de la CsMP	Date	Séance de la CsMP	Date
1 ^{ère} séance	8 mai 1920	8 ^e séance	10 février 1926
2 ^e séance	21 mai 1920	9 ^e séance	26 janvier 1927
3 ^e séance	8 juin 1920	10 ^e séance	11 octobre 1928
4 ^e séance	23 juillet 1920	11 ^e séance	29 octobre 1929
5 ^e séance	15 février 1921	12 ^e séance	15 juin 1935
6 ^e séance	23 mars 1921	13 ^e séance	12 juillet 1935
7 ^e séance	27 mai 1921	14 ^e séance	11 juillet 1938

1.2.1. Un dispositif constamment négocié

Lors des premières séances, la commission peine à trouver ses marques. Elle doit proposer des extensions, mais sur quels fondements ? Sur quelles données se baser ? La loi prévoit justement un dispositif de construction de connaissances sur l'émergence de maladies liées au travail : les médecins sont ainsi tenus de déclarer « toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret ¹⁶¹ », tout comme ils sont déjà obligés de le faire dans le cas des maladies infectieuses¹⁶². Ces

¹⁵⁹ Le travail d'analyse des archives de la CsMP se veut une contribution à l'histoire du fonctionnement du système de réparation avant guerre, dans la continuité des travaux de Jean-Claude Devinck, Nicolas Hatzfeld et Anne Fellinger.

¹⁶⁰ Les procès-verbaux de ces séances sont archivés au CAC, art 19920443/31.

¹⁶¹ L'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles prescrit que « la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui peut en connaître l'existence ».

¹⁶² L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine impose aux médecins, officiers de santé et sages-femmes, l'obligation de déclarer à l'autorité publique les cas de maladies épidémiques, cette obligation les dégageant du secret professionnel. Comprenant au départ douze pathologies comme le typhus, la variole, la peste, la dysenterie..., la liste des maladies à déclaration obligatoire va s'élargir au fil du temps et être associée à des mesures obligatoires de désinfection ou d'assainissement. Stéphanie Antoniotti et *al.*, « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies "pestilentielles" aux maladies "émergentes" », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 165-178.

déclarations doivent « contribuer, par les renseignements utiles qu'elles peuvent fournir, à l'étude de la prévention des maladies professionnelles et à l'extension ultérieure de la loi¹⁶³ ». Il revient à la CSMP d'élaborer la liste de ces maladies. La première d'entre elles, fixée par un décret de mai 1921 ne porte que sur les maladies liées au plomb et au mercure, celles-là même refusées lors du débat parlementaire : faute d'avoir pu être inscrites dans les tableaux, elles pourront ainsi donner lieu à une enquête chiffrée. L'activité de la commission revient surtout, en ces premières années, à élargir cette liste¹⁶⁴, sous la pression notamment de l'OIT : il s'agit pour la France de ratifier la convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles, adoptée à Genève en 1925¹⁶⁵, révisée en 1934¹⁶⁶. Dès 1926 toutefois, les discussions se portent sur la création de nouveaux tableaux, parfois adoptés par la CSMP, mais sans être pour autant intégrés dans la loi, jusque 1931 tout au moins.

1.2.1.1. *Un mode opératoire instable et fluctuant*

Face aux sollicitations de l'administration, des parlementaires ou des organisations syndicales qui ne cessent de parvenir à la CSMP¹⁶⁷, un mode opératoire semble se construire. Lorsque par exemple la Fédération française des travailleurs du livre revendique dans un courrier l'extension de la loi aux intoxications causées par les acides utilisés en lithographie, dans la gravure sur pierre et sur zinc¹⁶⁸, Charles Piquenard, directeur du travail, se place sur le terrain juridique pour critiquer cette requête et entend rappeler aux membres de la CSMP « l'esprit de la loi¹⁶⁹ » : cette demande ne peut être étudiée en l'état, il y manque un projet de tableau indiquant les maladies chroniques ou aiguës et les industries concernées et, « pour dresser un tableau de ce genre, il convient de procéder à une enquête dans chacune des industries visées, ce qui demande forcément un temps assez long¹⁷⁰ ». Pour chaque projet d'extension, il est convenu qu'une sous-commission se constitue, chargée de présenter ensuite son rapport en séance. Face à la mobilisation des égoutiers de Marseille en 1931-32 et devant l'intervention de plusieurs sénateurs pour « accorder à cette corporation le bénéfice de la loi du 25 octobre 1919 », le secrétaire général du ministère du Travail

¹⁶³ Application pendant l'année 1926 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles, Ministère du travail, direction du travail, 3^e bureau, CAC, art 19920443/31.

¹⁶⁴ La liste des maladies à caractère professionnel fait l'objet d'un premier décret le 4 mai 1921, puis s'élargit régulièrement : décret du 19 février 1927, du 16 novembre 1929, du 16 octobre 1935...

¹⁶⁵ CSMP, procès-verbal de la séance du 26 janvier 1927, CAC, art 19920443/31.

¹⁶⁶ CSMP, procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

¹⁶⁷ L'administration met en discussion des créations de tableaux à l'ordre du jour de la CSMP, le ministre du Travail lui-même, André Fallières, est à l'origine d'un projet de loi d'extension en 1927, des députés ou des groupes de députés déposent des projets de résolution pour l'extension de la loi à de nouveaux tableaux (Henri Meck et André J-L Breton notamment) et des organisations syndicales adressent des requêtes par courriers au ministre du travail.

¹⁶⁸ Lettre de la Fédération française des travailleurs du livre, 28 novembre 1925, citée par CSMP, procès-verbal de la 8^e séance, 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

¹⁶⁹ CSMP, procès-verbal de la séance du 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

¹⁷⁰ CSMP, procès-verbal de la séance du 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

rappelle ainsi qu'il « ne semble possible d'envisager l'extension demandée qu'après avoir, conformément à l'article 12, fait procéder à une enquête sur les maladies dont il s'agit en les faisant figurer parmi celles qui doivent faire l'objet d'une déclaration par les docteurs en médecine ou les officiers de santé¹⁷¹ ».

Selon « l'esprit de la loi », l'avis de la CSMP serait donc subordonné à plusieurs étapes, toutes très longues : l'inscription d'une nouvelle maladie dans un tableau requiert au préalable qu'elle soit incluse dans la liste fixée par décret des maladies à caractère professionnel et qu'elle ait ensuite fait l'objet d'un nombre de déclarations suffisamment important pour que son indemnisation soit ensuite envisagée. Cette précision répétée à plusieurs années de distance tout comme le rappel du « rôle de la commission supérieure des maladies professionnelles¹⁷² » en préambule de plusieurs séances peuvent être l'indice d'une difficulté à formaliser les règles en matière de création de nouveaux tableaux. Mais il apparaît aussi que certains tableaux parviennent à être adoptés sans le préalable de ces différentes étapes, sous l'influence des cadres internationaux notamment, comme on le verra dans les pages suivantes.

De fait, les fondements du système de réparation apparaissent pour certains promoteurs de l'hygiène industrielle si fragiles qu'ils estiment nécessaire d'avancer avec circonspection, pas à pas. C'est par exemple le point de vue du docteur Heim de Balsac¹⁷³ qui, face à un projet de loi examiné en commission visant à créer une dizaine de nouveaux tableaux, affirme qu'« on doit étendre progressivement la liste des maladies professionnelles et que ce serait ruiner la base même de la loi que d'inscrire toutes ces maladies¹⁷⁴ ». De la même façon, face aux revendications d'inclure de nouvelles industries dans les tableaux, il temporise en rappelant que « si l'on veut faire une enquête approfondie, on n'en sortira jamais et si l'on veut aboutir, il faut se limiter¹⁷⁵ ». Particulièrement conscient du caractère négocié des maladies professionnelles, il entend ainsi rappeler les règles d'un jeu qui ne doit pas, selon lui, effaroucher les organisations patronales. Quant au patronat, s'il s'efforce d'exclure du champ de la réparation toutes les maladies dont le lien avec le travail ne serait pas certain, il tente également de faire obstacle à l'inscription de celles dont le lien ne serait pas *exclusif*, à rebours du principe de présomption d'origine. Près de dix ans après le vote de la loi, le

¹⁷¹ Lettre du secrétaire général du ministère du travail au directeur du travail, non datée, insérée dans la pochette 1935-1938, CAC, art 19920443/31.

¹⁷² CSMP, procès-verbal de la séance du 11 juillet 1938, CAC, art 19920443/31.

¹⁷³ Frédéric-Louis Heim de Balsac (1869-1962), médecin, initie les premiers cours d'hygiène industrielle au Cnam en 1905, avant d'être nommé directeur du premier Institut d'hygiène industrielle créé à Paris en 1908. Il est membre de la CHI et de la CSMP, ainsi que du Ccam. Véritable « éminence grise du pouvoir » selon le portrait qu'en dresse Vincent Viet, il occupe le rôle de « conseiller technique de l'inspection du travail » et de « chargé d'enquête permanente auprès du ministère du travail sur les conditions d'hygiène du travail dans l'industrie » (Vincent Viet, « HEIM, Frédéric-Louis (de Balsac) (1869-1962). Professeur d'Hygiène industrielle (1905-1937), Professeur d'Agriculture et production des matières (1923-1937) », *Histoire biographique de l'enseignement*, vol. 19, n° 1, 1994, p. 655-664).

¹⁷⁴ CSMP, procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

¹⁷⁵ CSMP, procès-verbal de la séance du 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

professeur Balthazard est encore obligé de rappeler la logique du système et « qu'il ne faut pas perdre de vue le caractère forfaitaire de la nouvelle législation ». À l'un des membres qui s'inquiète de la prise en charge des rhumatismes dits saturnins, affection multifactorielle dont il n'est pas possible de prouver l'origine, il réprecise l'équation sur laquelle repose la prise en charge des maladies professionnelles :

« En effet, un ouvrier qui travaille dans l'une des industries indiquées au tableau annexé à la loi, qui est employé à des travaux toxiques et qui aura des rhumatismes, devra être considéré comme atteint de rhumatismes saturnins, sauf le cas où le patron pourra établir l'origine tout à fait différente de ces rhumatismes. Il ajoute que le malade permettra souvent la constatation d'autres effets de l'intoxication saturnine qui viendront confirmer l'opinion du médecin sur l'origine des rhumatismes. Malgré tout, il y aura des cas douteux et les ouvriers en bénéficieront¹⁷⁶. »

Dans cette quête d'exclusivité, le patronat obtient ainsi souvent l'ajout de mentions annexes visant à qualifier la maladie, au-delà de toute rationalité médicale. La lisibilité des tableaux s'en trouve compliquée (voir image).

1.2.1.2. Une inertie critiquée

Les archives de la CSMP ne disent rien des motifs du rythme, fort irrégulier, des réunions. Il est par exemple question dans un procès-verbal de se réunir dans les trois mois¹⁷⁷, la réunion suivante a lieu un an plus tard, sans que cette période de mise en sommeil ne soit évoquée. Le vote en 1928 de la loi sur les assurances sociales¹⁷⁸ et les débats précédant son adoption contribuent peut-être au ralentissement des activités de la CSMP. La perspective de cette assurance sociale alimente en tous cas les débats au sein de la commission. Le procès-verbal de la séance d'octobre 1928 mentionne ainsi :

« M. Gounod dit qu'il ne faudrait admettre que les maladies qui sont à coups sûrs des maladies professionnelles, puisque les autres sont couvertes par la loi sur les assurances sociales. M. le professeur Balthazard indique au contraire que le moment est venu de mettre à la charge de l'industrie les maladies professionnelles qui lui incombent¹⁷⁹. »

Le patronat, représenté ici par Pierre Gounod¹⁸⁰, est tenté de voir en cette assurance la possibilité de mettre fin au système de réparation¹⁸¹, tout au moins de le restreindre fortement : le principe de présomption d'origine n'aurait plus lieu d'être, le moindre

¹⁷⁶ CSMP, procès-verbal de la séance du 26 janvier 1927, CAC, art 19920443/31

¹⁷⁷ CSMP, procès-verbal de la séance du 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

¹⁷⁸ Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930.

¹⁷⁹ CSMP, procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

¹⁸⁰ Pierre Gounod (1881-1937), ancien avocat, représente en son absence René Paul Duchemin, président de l'Union des industries chimiques – il en est lui-même le vice-président – et de la Confédération générale de la production française (CGPF) créée le 19 mars 1919, ancêtre du Medef.

¹⁸¹ Anne Fellingner, sur la base des archives de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales (séance du 11 janvier 1929 (commCaran, C 14 878)), signale que les industriels « proposent [...] que les maladies professionnelles soient assimilées à des maladies ordinaires et que leur indemnisation soit prise en charge par la loi sur les assurances sociales, en cours d'élaboration ». Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 147.

doute existant sur le lien de causalité entre le travail et la maladie suffirait à faire basculer celle-ci dans le champ de l'assurance maladie, une assurance cofinancée par les salariés. De fait, la lente extension du champ de la réparation à de nouvelles maladies contribue, en l'absence de nouveaux tableaux, à faire reposer sur les caisses de secours mutuels ou d'assurances sociales la prise en charge « de maladies dont l'origine professionnelle n'est pas douteuse¹⁸² ». Quant aux maladies déjà inscrites aux tableaux, elles ne sont pas déclarées comme elles devraient l'être, par défaut d'implication des médecins. Le docteur Guy Hausser¹⁸³ relève ainsi en 1938 :

« De trop nombreux cas de maladies professionnelles constituent une charge injustifiée pour les assurances sociales, les employeurs n'ayant pas ainsi à supporter des charges supplémentaires négligeraient les mesures de prévention¹⁸⁴. »

Si les archives de la CSMP conservent le silence sur les raisons de l'inactivité de cette commission, d'autres en revanche montrent que le fonctionnement de la commission est l'objet de vives critiques en lien avec son retard à produire des projets de tableaux. Anne Fellingier rend compte dans ses travaux de l'impatience manifestée par Paul Dubois, secrétaire général du syndicat des ingénieurs chimistes français, de l'Union des syndicats d'ingénieurs et membre du bureau de la Confédération des travailleurs intellectuels¹⁸⁵ à l'endroit de la Commission :

« Qu'a fait cette commission depuis sept ans ? S'est-elle réunie ? A-t-elle même été nommée ? Nous l'ignorons. Mais alors que l'usage des substances les plus dangereuses, des forces les plus redoutables et les plus mystérieuses, par suite de l'inéluctable extension de la science et de la technique, se vulgarise et menace la vie d'un plus grand nombre de travailleurs, la loi, grâce à la carence de la commission des maladies professionnelles, ne connaît toujours que le saturnisme et l'hydrargyrisme¹⁸⁶ ! »

Cette expression de colère à l'égard de l'inertie de la CSMP laisse supposer que les travaux de cette commission demeurent confinés dans un espace discret, sans publicité, puisque sept ans après sa création, Paul Dubois, mobilisé comme on le verra dans les pages suivantes, pour la prise en compte des intoxications liées aux substances radioactives, exprime de sérieux doutes quant à l'existence même de cette commission qui pourrait n'être que « fantôme ». La critique est également vive de la part de certains députés. Parmi eux, Arsène-Célestin Fié, médecin et député socialiste de la Nièvre, à l'initiative, en 1927, d'une relance du débat parlementaire pour l'extension de la loi de 1919. Durant près de quatre ans, rapporteur d'un projet de loi déposé par le ministre du

¹⁸² CSMP, procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31..

¹⁸³ Joseph Bieder, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *Histoire des sciences médicales*, tome 38, n° 1, 2004, p. 57-64. Voir également en annexe.

¹⁸⁴ CSMP, procès-verbal de la séance du 25 février 1938, CAC, art 19920443/31.

¹⁸⁵ La Confédération des travailleurs intellectuels est créée en 1920. Voir Michel Pinault, *Frédéric Joliot-Curie*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 52.

¹⁸⁶ Paul Dubois, « Tribune libre », *L'ingénieur-chimiste. Organe des intérêts des ingénieurs-chimistes*, n° 49, 1926, p. 2, cité par Anne Fellingier, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 135.

Travail André Fallières, il bataille devant la Chambre des députés pour élargir les tableaux à une dizaine de nouveaux agents¹⁸⁷. Cette dynamique à laquelle participe également la tenue à Lyon du IV^e Congrès de la commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles en avril 1929, contribue fortement au vote de la loi de 1931¹⁸⁸ qui crée pour la première fois de nouveaux tableaux et modifie substantiellement la composition et le rôle de la CsMP.

1.2.1.3. *Le mauvais rôle ?*

Constituée au départ d'une majorité de médecins, de délégués des assurances et de représentants des chambres de commerce, la CsMP s'ouvre ensuite sous des pressions diverses¹⁸⁹ à une représentation plus importante des ouvriers et des employeurs. De quarante-et-un, le nombre de ses membres passe à vingt-neuf, les assurances et les chambres de commerce n'y sont plus représentées, les médecins, les fonctionnaires, les représentants des ouvriers et ceux des employeurs y siègent en nombre égal¹⁹⁰. Le contenu des procès-verbaux s'en ressent, les débats et les controverses y sont plus vifs, la longueur des comptes rendus plus importante, expliquant l'épaisseur du dossier correspondant aux séances succédant à cette loi. Oublié dans le texte de loi, le sous-secrétariat aux Mines « dont un des rôles essentiels est l'étude de la sécurité et de l'hygiène dans les mines¹⁹¹ » revendique sa place au sein de la commission¹⁹², tout comme les chimistes qui, par la voix de Daniel Florentin, président du syndicat des ingénieurs chimistes, réclament que « les tableaux dont l'adjonction à la loi est envisagée soient soumis à des chimistes et à des techniciens¹⁹³ ». Au fur et à mesure des séances, l'usage de faire appel à des « personnes que leurs connaissances spéciales mettraient en mesure d'éclairer la discussion¹⁹⁴ » s'impose peu à peu.

¹⁸⁷ « Rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales », annexe n° 4776, session ordinaire, 2^e séance du 7 juillet 1927, *Journal officiel de la République française*, documents parlementaires, chambre, 1927, p. 1620-1624. Dans un nouveau rapport présenté devant la chambre le 31 mai 1929, Arsène-Célestin Fié propose la création de dix tableaux en plus de ceux concernant le plomb et le mercure : il s'agit d'indemniser les maladies en lien avec le tétrachloroéthane, l'aniline, le sulfure de carbone, les vapeurs nitreuses, l'hydrogène arsénié, l'action des brais et des goudrons, l'acide picrique et l'acide bromique, les rayons X et le radium.

¹⁸⁸ Loi du 1^{er} janvier 1931 (JO du 4 janvier 1931).

¹⁸⁹ Les pressions pour modifier la composition de la CsMP émanent tant de certains parlementaires que d'organisations syndicales, ouvrières, mais aussi de travailleurs intellectuels. *La Voix du peuple*, organe de la CGT, précise que l'organisation revendique une modification de la loi pour « permettre d'y introduire une représentation directe des syndicats ouvriers » et qu'« une proposition de loi relative à cette modification a été déposée sur le bureau de la chambre des députés par notre camarade Gabriel Lafaye ». *La Voix du peuple*, série 3, n° 96, août 1928, p. 509. Anne Fellingier rapporte l'intense travail de lobby mené par les syndicats d'ingénieurs et de chimistes pour être représentés dans cette commission. Voir aussi Stéphane Buzzi et al., *La santé au...*, ouvr. cité, 2006.

¹⁹⁰ L'article 10 de la loi de 1919 modifiée par celle de 1931 précise que la commission supérieure des maladies professionnelles est composée de deux sénateurs et de trois députés élus par leurs collègues, de six fonctionnaires, de six médecins, de six chefs d'entreprise et de six ouvriers désignés respectivement par les organisations patronales et ouvrières les plus représentatives.

¹⁹¹ Sous-secrétaire d'État aux travaux publics, lettre au ministre du travail, 21 octobre 1937, CAC, art 19920443/31.

¹⁹² Directeur du travail, lettre au directeur des assurances privées, 30 octobre 1937, CAC, art 19920443/31.

¹⁹³ CsMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

¹⁹⁴ Article 10 de la loi de 1919, modifiée en 1931.

Mais la modification législative de 1931 n'intervient pas seulement dans la composition de la CSMP, elle lui confie également un rôle accru : la modification ou l'ajout de nouveaux tableaux n'est désormais plus le fait du Parlement, mais résulte de règlements administratifs reposant sur l'avis consultatif des deux commissions que sont la Commission d'hygiène industrielle (CHI) et la CSMP. C'est l'occasion pour plusieurs de ses membres – médecins, ouvriers et ingénieurs – de « critiquer les méthodes de travail de la commission qui ne peuvent aboutir à aucun résultat sérieux » et de réclamer leur révision, « les décisions que la commission est appelée à prendre ayant actuellement plus de poids qu'autrefois¹⁹⁵ ». Cette modification législative qui, rétrospectivement et selon Philippe Davezies, a contribué à transformer la question des maladies professionnelles en « une question technique qui relève de l'administration et des experts¹⁹⁶ » et l'a fait disparaître pour longtemps du débat public, répondait toutefois aux souhaits de départ de Jules-Louis Breton. Elle visait à contourner les blocages parlementaires initiés par les représentants de l'industrie qui empêchaient l'extension du champ de la réparation¹⁹⁷. Auditionné par les députés dans le cadre des débats préalables à la loi de 1931, le patronat exprime d'ailleurs son total désaccord avec l'abandon de la voie législative¹⁹⁸ et ne souhaite pas d'ouverture de la CSMP, estimant que la composition est parfaite et « que les techniciens y sont suffisamment représentés en la personne des patrons et des assureurs “plus qualifiés [que les médecins] pour déterminer les effets des fabrications dangereuses¹⁹⁹”. »

Les procès-verbaux des séances de la CSMP rendent également compte du souci de positionnement de cette commission au regard de la CHI qui, créée en 1900, bénéficie déjà d'une longue expérience de débats et d'études portant sur les maladies professionnelles. Il apparaît que l'information ne circule pas d'une commission à l'autre²⁰⁰ et qu'il existe finalement un certain cloisonnement entre les directions responsables de l'une et de l'autre. Ainsi, en 1935, et dans la perspective d'une prochaine réunion de la CSMP, la direction des assurances privées s'adresse au directeur du travail :

¹⁹⁵ CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

¹⁹⁶ Philippe Davezies, « Les maladies professionnelles », *Dictionnaire historique et philosophique de la médecine*, Paris, PUF, 2003.

¹⁹⁷ Le projet de loi d'extension du champ de la réparation à d'autres tableaux en est une illustration : déposé en 1927, il fait l'objet d'un rapport par le député Fié pour la Commission d'assurance et de prévoyances sociales déposé en juillet 1927 ; il ne sera adopté par les députés que le 23 décembre 1929 avant d'être transmis au Sénat qui le votera le 19 décembre 1930 (JO du 20 décembre 1930). La loi est promulguée le 1^{er} janvier 1931.

¹⁹⁸ Commission d'assurance et de prévoyance sociales, séance du 11 janvier 1929, cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 147.

¹⁹⁹ Commission d'assurance et de prévoyance sociales, séance du 1^{er} mars 1929, cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 148.

²⁰⁰ CSMP, Procès-verbal de la séance du 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

« Le premier acte de la procédure d'inscription étant [...] l'avis de la commission d'hygiène industrielle, je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir si des avis ont été émis par cette commission au sujet des maladies ci-dessus visées [...] et, dans l'affirmative, de me fournir toute la documentation nécessaire²⁰¹. »

Le souhait exprimé par plusieurs membres que les travaux de la CSMP puissent s'appuyer sur ceux de la CHI laisse supposer que les résultats de ces travaux ne leur sont pas transmis ou qu'au contraire ils sont ignorés dans les débats. La loi de 1931 formalise l'ordre dans lequel doivent intervenir désormais les avis de la CHI et de la CSMP, ce qui fait naître des soucis de calendrier²⁰², la réunion de l'une dépendant de celle de l'autre. Mais le statut des décisions arrêtées par la CHI demeure fluctuant²⁰³ : il n'est pas rare que des débats tranchés en son sein reprennent de plus belle en CSMP, à l'initiative de personnes pourtant membres de l'une et de l'autre. Il en est ainsi en 1938, autour du projet de tableau lié aux brais de houille : le désaccord entre le représentant des Houillères de France et la CGT en la personne du docteur Guy Hausser portant sur la durée du délai de responsabilité se poursuit d'une commission à l'autre. La distinction entre les attributions de l'une et de l'autre est si peu claire que le docteur Balthazard²⁰⁴ s'applique à la trancher ainsi : « La question de la protection est du ressort de la commission d'hygiène industrielle et la commission supérieure des maladies professionnelles a pour objet de réparer²⁰⁵ » établissant une distinction entre deux champs que les promoteurs de la loi de 1919 tentaient pourtant de relier.

L'administration elle-même semble porter sur la CSMP un regard péjoratif. Un projet de loi émanant du ministère du Travail aurait même prévu sa suppression dès 1938²⁰⁶. Une note manuscrite accompagnant un projet d'ordonnance soumis en 1945 au Gouvernement provisoire de la République française et visant à supprimer la CSMP en donne les arguments :

« L'expérience a prouvé que ce double examen était superflu et que la consultation de la commission d'hygiène industrielle assurait à l'administration toutes garanties techniques nécessaires en ce qui concerne l'application et le développement de la législation sur les maladies professionnelles. Il paraît donc opportun de supprimer dès à présent, sans attendre la mise en vigueur de l'organisation de la Sécurité sociale la commission supérieure des maladies professionnelles et de transférer ses attributions à la commission d'hygiène industrielle. [...] »

²⁰¹ Direction des affaires privées, lettre au directeur du travail, 12 mai 1934 [copie non signée], CAC, art 19920443/31.

²⁰² CHI, séance du 9 juillet 1933, CAC, art 19920443/31.

²⁰³ CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

²⁰⁴ Victor Balthazard (1872-1950), professeur de médecine légale et spécialiste des maladies professionnelles avec son collègue Maurice Duvoir avec lequel il partage les enseignements à la faculté de médecine de Paris.

²⁰⁵ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

²⁰⁶ La revue *Les Archives des maladies professionnelles* (t. 2, 1939) évoque un projet de loi émanant du ministère du travail qui, en 1938, visait à supprimer la CSMP. Nous n'en avons toutefois trouvé nulle trace dans le *Journal Officiel* de l'année en question.

L'adoption de ce projet d'ordonnance permettrait de réaliser rapidement des améliorations à la législation sur les maladies professionnelles²⁰⁷. »

De fait, en 1940, juste après le vote de la loi qui accorde les pleins pouvoirs au maréchal Pétain²⁰⁸, un arrêté signale que l'obligation de prendre avis sur la CSMP, comme sur tous les autres organismes consultatifs est suspendue²⁰⁹, tandis que les confédérations syndicales et patronales sont quant à elles dissoutes par décret²¹⁰. Mais la CHI, elle, est rapidement remobilisée, après un léger remaniement dans sa composition²¹¹. Elle poursuit ses travaux après guerre et jusqu'en 1976, sans interruption. La CSMP, elle, disparaît donc dès 1940 sans qu'en 1945 l'administration du Gouvernement provisoire de la République française n'éprouve le désir de la voir reprendre ses activités²¹².

1.2.1.4. Une faiblesse budgétaire : la politique sans les moyens

Le fonctionnement du système de réparation est placé sous la tutelle du ministère du Travail qui, à sa création en 1906, hérite du volet de la prévoyance sociale²¹³. Son budget ne semble toutefois pas pouvoir satisfaire aux exigences du système de réparation. Dans les procès-verbaux de la CSMP, le choix du moindre coût revient en effet à plusieurs reprises et détermine des orientations dont certaines fragilisent le dispositif ou réduisent son ambition.

L'argument financier est ainsi évoqué dès la première séance de la commission, en mai 1920, lorsqu'il s'agit de construire le dispositif imaginé par la loi et de prévoir le contenu des décrets d'application. L'article 2 de la loi du 25 octobre 1919 obligeant les industries à déclarer la réalisation, la reprise ou l'arrêt des travaux concernés par les tableaux, la question se pose de savoir à qui adresser cette déclaration et selon quel modèle. Les greffiers de justice sont rapidement évoqués, mais ceux-ci « risquant de demander des

²⁰⁷ Note manuscrite ainsi rédigée, CAC, art 19920443/31. Sur l'intérêt de ce type de note au sein de l'administration, voir Sylvain Laurens, « Les agents de l'État face à leur propre pouvoir. Éléments pour une micro-analyse des mots griffonnés en marge des décisions officielles », *Genèses*, vol. 72, n° 3, 2008, p. 26-41.

²⁰⁸ Loi du 12 juillet 1940.

²⁰⁹ Arrêté du 10 décembre 1940 (JO du 31 décembre 1940).

²¹⁰ Décret du 9 novembre 1940.

²¹¹ L'arrêté du 20 décembre 1941 (JO du 28 janvier 1942) précise la composition de la CHI sous le régime de Vichy. En font partie neuf fonctionnaires, sept médecins, dont Henri Desoille, Victor Balthazard et Maurice Duvoir, des chimistes, dont Daniel Florentin, des personnes qualifiées comme le docteur Feil, médecin chez Renault, ainsi que trois représentants des employeurs (pour l'Union des industries chimiques, l'Uimm et la Fédération française de la teinture et du nettoyage) et trois représentants des travailleurs (pour la Fédération des travailleurs du sous-sol, celle des métaux et celle des industries chimiques).

²¹² Une note manuscrite accompagnant ce projet d'ordonnance et datée du 11 octobre 1945 précise que : « Le directeur général n'accepte plus de projet d'ordonnance. Classer ce dossier. Si le décret de cessation des hostilités ne reconduit pas la loi dispensant les administrations de recueillir l'avis des organismes consultatifs, nous ferons un projet de loi que nous soumettrons à l'assemblée constituante. » Note manuscrite ainsi rédigée, CAC, art 19920443/31.

²¹³ La prévoyance sociale rejoint ensuite le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales dès qu'il est créé, en 1920, avant de se retrouver de nouveau attachée au ministère du Travail de 1924 à 1934. À la Libération, la Sécurité sociale est sous la tutelle du ministère du travail jusqu'en 1958, le rejoint de nouveau en 1966 jusqu'en 1973, puis de nouveau en 1981...

émoluments²¹⁴ », les inspecteurs du travail leur sont finalement préférés. L'inspection du travail, dédiée au contrôle de l'application des lois de prévention, se retrouve ainsi fortement mobilisée par la réparation : elle hérite de la collecte de l'ensemble des déclarations liées au système de réparation, qu'elles soient d'ordre médical (double des déclarations en maladies professionnelles et des déclarations obligatoires) ou administratif (déclaration des employeurs). D'elle dépend alors l'exploitation des données, qui donne lieu dès 1922 à l'établissement d'un bilan chiffré annuel de l'application de la loi. La lecture du *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*²¹⁵ témoigne à partir de 1919 de la somme des circulaires et lettres ministérielles destinées à mobiliser les inspecteurs dans ce travail et à orienter leur mission de contrôle :

« Les inspecteurs trouveront notamment dans les cas de saturnisme qui se produisent encore parmi les ouvriers peintres en bâtiment, ainsi qu'en témoigne la statistique des déclarations [...], des indices à peu près certains d'infractions à l'article 79 du livre II du Code du travail [...]. Ils ne devront pas hésiter, le cas échéant, à user de rigueur, ces infractions étant maintenant tout à fait inadmissibles²¹⁶. »

Quelques années plus tard, il s'avère qu'il manque à l'inspection une compétence médicale. Parmi d'autres, Étienne Martin²¹⁷ plaide pour la constitution d'un corps de médecins inspecteurs du travail, en vain jusqu'en 1937²¹⁸. Si certains médecins apportent leur concours à l'inspection, ils ne bénéficient d'aucun traitement pour les missions qui leur sont confiées et, en l'absence de reconnaissance légale, ne peuvent pénétrer dans les entreprises sans l'accord des employeurs. Enfin, reconnaît le directeur du travail, « en raison de la modicité des crédits dont disposait [s]on ministère, il n'avait pu être confié qu'un nombre infime de missions aux médecins-conseils²¹⁹. » Lorsque

²¹⁴ CSMP, Procès-verbal de la séance du 21 mai 1920, CAC, art 19920443/31.

²¹⁵ Le *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle* est un périodique créé en 1893 juste après la naissance de l'inspection du travail par décision du ministre du Commerce, de l'industrie et des colonies. Il a vocation à contenir les actes officiels et tous les documents et travaux divers se rattachant à la réglementation du travail, à l'hygiène et à la sécurité, notamment les notes et rapports des inspecteurs du travail. Il rend compte également des législations étrangères et publie des travaux originaux d'inspecteurs du travail. Il paraît tous les deux mois, à raison de six fascicules de 80 pages environ par an et disparaît en 1936, remplacé par le *Bulletin du ministère du Travail et de la prévoyance sociale*. Cette collection, extrêmement riche, a été numérisée ; elle est accessible sur www.sante.gouv.fr/bulletins-de-l-inspection-du-travail-et-de-l-hygiene-industrielle-de-1893-a-1936.html [Consulté le 5 mai 1917].

²¹⁶ Ministère du travail, « Circulaire du 11 décembre 1931 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail sur l'emploi illégal de la céruse dans les travaux de peinture », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 31, n° 11, 1931, p. 175.

²¹⁷ Étienne Martin (1871-1950), professeur de médecine légale à l'université de Lyon, très investi dans le développement d'une discipline de médecine du travail, après avoir dirigé le premier corps d'inspection médicale du travail dédié aux usines d'armement durant la Première guerre mondiale. Il est expert au BIT et à ce titre l'initiateur du IV^e congrès de la Commission Internationale du Travail réuni à Lyon du 3 au 6 avril 1929. Il est à l'origine et dirige le premier institut de médecine du travail en 1930 à Lyon. Stéphane Buzzi et al., *La santé au...*, ouvr. cité, 2006.

²¹⁸ On peut apercevoir cette revendication d'une inspection médicale du travail dès le procès-verbal de la séance du 9 janvier 1933 de la CHI. Suite au refus du ministère, elle est réitérée en 1935 (CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31).

²¹⁹ Directeur général du travail, lettre au directeur des assurances privées, 10 juin 1938, CAC, art 19920443/31.

l'inspection médicale du travail voit enfin le jour, en 1937²²⁰, le ministère choisit de faire reposer ses missions sur des prestataires extérieurs, rémunérés à la mission²²¹, plutôt que sur un corps de fonctionnaires spécialisés :

« Ceux-ci auraient été des fonctionnaires d'une compétence spéciale recevant des traitements assez élevés et à la disposition desquels l'administration aurait dû mettre des laboratoires pour procéder aux analyses et recherches utiles : une telle organisation aurait entraîné l'ouverture de crédits importants et n'aurait permis de faire appel qu'à un nombre restreint de médecins. Il a paru plutôt préférable [...] de prévoir la possibilité de nommer des médecins-conseils qui ne seraient rémunérés qu'à raison des missions dont ils seraient chargés, leur nombre ne serait pas limité et il serait possible de faire appel à toutes les compétences. L'expérience du passé prouvait en effet que pour de telles missions on pourrait en effet obtenir le concours de maîtres de la science, dont il ne serait pas possible de demander de se consacrer entièrement à l'inspection du travail [...]»²²². »

1.2.2. Un système qui repose et pèse sur le corps médical

Les premières séances de la CSMP sont particulièrement consacrées au rôle et à la responsabilité des médecins dans le fonctionnement du système de réparation. D'eux dépendent en effet la cohérence et la réussite de ce dispositif. Celui-ci repose sur deux sources d'information complémentaires, les déclarations des maladies dites « indemnisables », c'est-à-dire inscrites dans les tableaux, et les déclarations des maladies « à caractère professionnel²²³ » qui ont pour objectif d'identifier de nouveaux risques au travail et d'étendre ou de modifier les tableaux (voir figure 6).

Dans les deux cas, les déclarations, et donc la construction de la connaissance, dépendent totalement de l'implication des médecins. Des carnets de cartes-lettres édités par le ministère du Travail sont mis gratuitement à leur disposition pour faciliter leur participation²²⁴ ; les préfets sont invités à les distribuer aux médecins, et en priorité à ceux que les inspecteurs du travail auront identifiés comme étant les plus concernés, par la composition de leur clientèle ou la nature des industries présentes dans leur zone d'exercice²²⁵.

²²⁰ Loi du 17 juillet 1937 portant création de l'inspection médicale du travail.

²²¹ L'article 101 du livre II du Code du travail inclut alors dans son premier alinéa : « Le ministre du travail peut charger des médecins conseil de missions spéciales temporaires concernant l'application des dispositions relatives à l'hygiène des travailleurs. Ces médecins conseils de l'inspection du travail sont choisis sur une liste arrêtée par décret, après avis de la commission d'hygiène industrielle et de la commission supérieure des maladies professionnelles. »

²²² Directeur général du travail, lettre au directeur des assurances privées, 10 juin 1938, CAC, art 19920443/31.

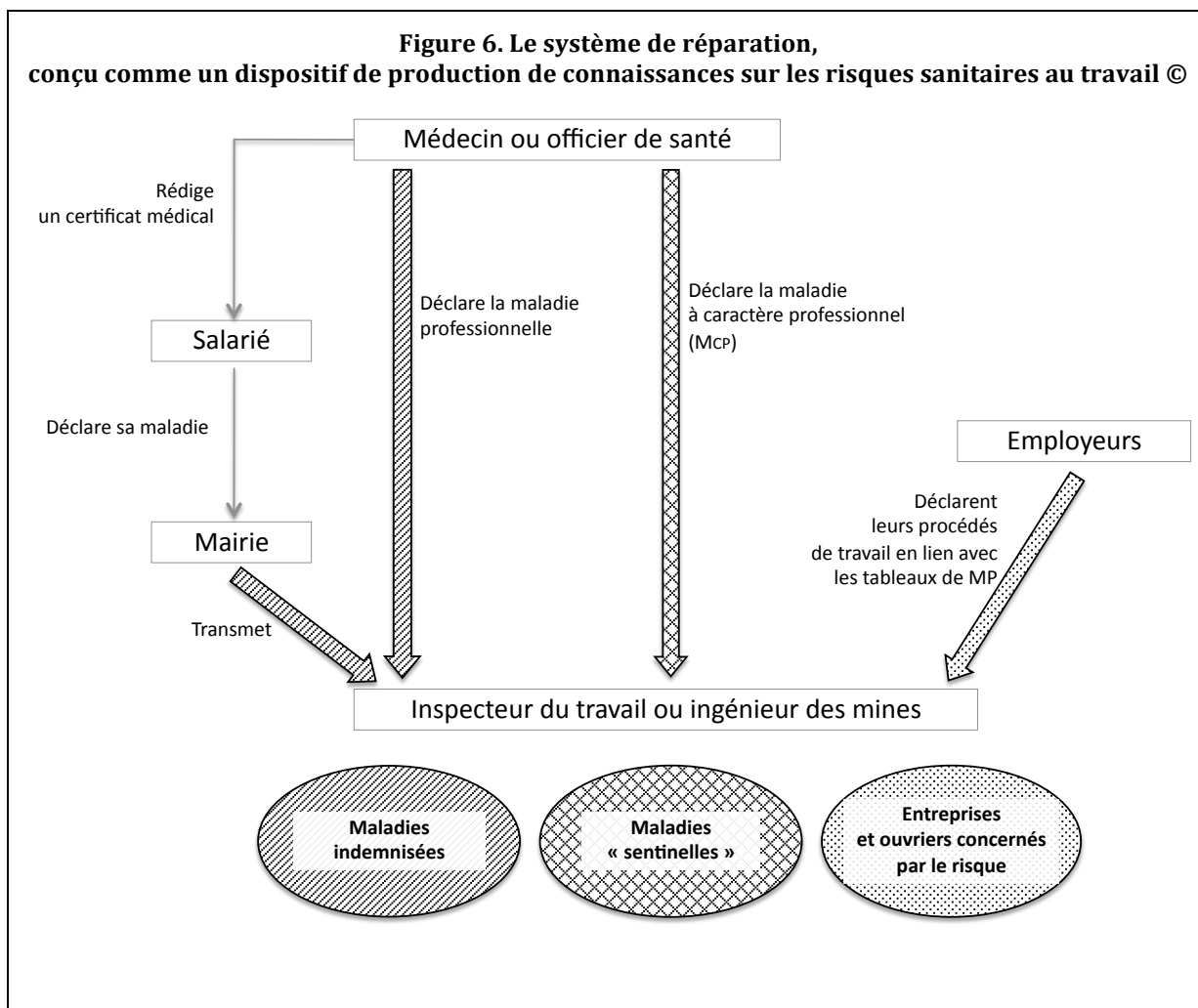
²²³ L'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 prescrit que « la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui peut en connaître l'existence ». En 1935, l'ingénieur chimiste Florentin et le professeur Duvoir proposent de renommer cette catégorie en « technopathies », mais le terme est refusé par le ministère du travail. CSMP, Procès-verbal de la séance du 12 juillet 1935, CAC, art 19920443/31.

²²⁴ En juillet 1920, les carnets de cartes lettres ne sont toujours pas imprimés. Pour en adresser un à chaque médecin, la commission estime qu'il en faudrait 22 000. CSMP, Procès-verbal de la séance du 23 juillet 1920, CAC, art 19920443/31.

²²⁵ Ministère du travail, « Circulaire du 18 janvier 1922 adressée aux préfets », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 22, n° 3, 1922, p. 49.

La direction du travail leur rappelle ainsi l'enjeu de ce dispositif :

« J'attire votre attention sur l'intérêt que présente l'envoi régulier des déclarations. L'ensemble des renseignements ainsi fournis par le corps médical constituera une documentation de grande valeur, dont l'analyse permettra de guider très utilement les efforts tant au point de vue médical qu'au point de vue de la technique professionnelle, dans la lutte contre les maladies professionnelles²²⁶. »



Une nouvelle rubrique est d'ailleurs ajoutée au modèle de rapport annuel de l'inspection du travail : au chapitre XI, les inspecteurs doivent faire figurer le « nombre de déclarations de maladie professionnelle communiquées par les maires » et le « nombre de déclarations adressées au service par les médecins »²²⁷. Il est permis d'espérer la construction de statistiques sur les maladies professionnelles, nécessaires à l'évaluation des risques professionnels et au repérage de nouvelles affections professionnelles.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Ministère du travail, « Circulaire du 1er décembre 1923 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail, rapports et statistiques annuels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 23, n° 7, 1923, p. 111.

1.2.2.1. Un défaut d'implication par manque de formation ?

Mais dès les premiers bilans de l'application de la loi, il apparaît que les médecins ne respectent pas ces nouvelles obligations. À l'initiative de la publication annuelle de bilans statistiques sur les maladies professionnelles, la direction du travail répète le même constat, année après année :

« Il semblerait que le nombre de déclarations médicales dût l'emporter sur le nombre de déclarations faites dans les mairies. Or, c'est l'inverse qui se produit. Peut-être les médecins ayant déjà, dans la plupart des cas, délivré à la victime un certificat médical n'aperçoivent-ils pas, dans la plupart des cas, l'utilité d'une déclaration faite directement à l'administration. Il serait à souhaiter que les médecins veuillent bien se convaincre qu'en observant dans tous les cas les prescriptions réglementaires, ils contribuent à rendre plus efficace la protection des ouvriers dans les industries qui exposent ceux-ci à des intoxications²²⁸. »

Un rapport très précis établi en 1933 sur « l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail » établit que, dans le cas des maladies indemnisables, les déclarations des médecins ne sont pas effectuées « dans une proportion qui oscille entre 80 % et 94 % pour le saturnisme et qu'elle a été totale huit années sur onze (100 %) pour l'hydrargyrisme²²⁹ » : « La cause de cette abstention est facile à saisir, si l'on veut bien envisager les occupations du médecin et le surcroît d'obligations du même ordre que lui donne la nouvelle législation sur les impôts, les assurances sociales, etc²³⁰. » Dans le cas des maladies à caractère professionnel, « c'est une pénurie de déclarations que nous avons à signaler, à regretter et à atténuer dans la mesure du possible » :

« D'une part, elle nous laisse dans une ignorance presque totale de la réalité du danger que peut offrir telle ou telle cause de maladie professionnelle. D'autre part, elle rend très difficile une sélection entre les unes et les autres et l'établissement de la hiérarchie qu'il serait désirable de pouvoir connaître sur leur degré de gravité. Quand il s'agit de chiffres de quelques unités, comment serait-on autorisé à faire une comparaison²³¹ ? »

L'argument du manque de chiffres ou de leur fragilité ne manque pas d'être invoqué par les opposants à l'extension de la loi. Le directeur du Travail n'hésite pas à en rendre responsable le corps médical : il « affirme que des statistiques plus complètes pourraient être établies si les médecins remplissaient les obligations qui leur sont imposées par l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919²³² ». Mais comment contraindre

²²⁸ Ministère du travail, « Application pendant l'année 1924 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 22, 1925, p. 350. Ce paragraphe est repris intégralement dans les bilans annuels des années suivantes.

²²⁹ CHI, PV de la séance du 9 janvier 1933, « Rapport concernant l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail, en application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », par M. le docteur E Agasse-Lafont, CAC, art 19920443/31.

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ *Ibid.*

²³² CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

les médecins à respecter les obligations que cette loi leur impose ? Dès les premières séances de la CSMP, le professeur Balthazard « évoque l'importance du travail que nécessitera pour les médecins l'établissement de ces déclarations » et préconise qu'ils soient rétribués à cette fin²³³. Cette proposition fait même l'objet du vote d'un vœu de la CSMP en 1920, adressé au ministère du Travail. Des formes de sanction légale sont évoquées à plusieurs reprises, à l'instar de ce qui existe déjà dans le système de déclarations obligatoires mis en place pour les maladies contagieuses : « Il y a des sanctions prévues, une responsabilité civile à envisager et aussi une responsabilité morale évidente. [...] Ici, au contraire, nous avons une obligation sans sanction ni responsabilité aussi manifeste²³⁴. » Mais ni l'une ni l'autre de ces options n'est finalement retenue.

La formation, la sensibilisation, la propagande devraient suffire, selon le docteur Agasse-Lafont, à convaincre les médecins de jouer le rôle qui leur est confié par le système de réparation :

« Nous pensons que le seul moyen d'enrichir la documentation qui nous est si précieuse serait de faciliter sa tâche au déclarant et de l'amener, par persuasion, à la remplir plus strictement. À ce point de vue, bien des moyens peuvent être utilisés. Nous signalerons en particulier, à titre d'exemple, le rappel périodique de la loi avec mention de la liste des affections à déclarer. Ce rappel pourrait être fait par avis individuel ou peut-être plus efficacement et plus simplement par l'entremise des Bulletins que publient les syndicats médicaux et dont certains numéros, envoyés à titre de propagande, touchent la totalité des médecins français²³⁵. »

En effet, les termes choisis dans les tableaux, sévèrement négociés et extrêmement spécialisés nécessitent parfois d'être explicités, tant ils peuvent être éloignés de la culture médicale. Mais justement la formation n'est qu'embryonnaire au moment où la loi est adoptée et il faut attendre 1934 pour voir apparaître un diplôme de médecine du travail²³⁶, soit près de quinze ans après le vote de la loi d'indemnisation des maladies professionnelles. C'est d'ailleurs l'un des combats menés par le professeur Étienne Martin, fondateur en 1930, à Lyon, du premier institut de médecine du travail français²³⁷. Selon lui, la loi du 25 octobre 1919 qui est « une loi d'essai et d'attente et par conséquent une loi incomplète²³⁸ », ne peut en effet remplir ses objectifs qu'à condition de former

²³³ CSMP, Procès-verbal de la séance du 23 juillet 1920, CAC, art 19920443/31.

²³⁴ CHI, PV de la séance du 9 janvier 1933, « Rapport concernant l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail, en application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », par M. le docteur E Agasse-Lafont, CAC, art 19920443/31.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ Stéphane Buzzi et al., *La santé au...*, ouvr. cité, 2006, p. 34.

²³⁷ Il existe déjà des structures ou espaces de formation sur les maladies du travail en Allemagne, en Italie, en Grande-Bretagne, en Belgique, aux États-Unis, en Autriche, en Russie, en Tchécoslovaquie etc. Selon « Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 3-6 avril 1929 au nom de la Confédération générale du travail », *La Voix du peuple*, série 3, n° 101, janvier 1929, p. 38-43.

²³⁸ Étienne Martin, « Le décret du 20 novembre 1929 relatif à la déclaration obligatoire par les médecins de diverses maladies ayant un caractère professionnel », *La médecine du travail*, 1930, repris dans *La Voix du peuple*, série 3, n° 116, avril 1930, p. 238-241. Les citations qui suivent sont extraites de cet article.

les médecins, présentement « incapables de remplir le rôle social qui leur a été confié, parce que peut-être incompetents ». Dans un article publié dans *La Médecine du travail*, une revue qu'il a fondée en 1929, il relate une rapide enquête qu'il a menée auprès de ses confrères pour connaître leur avis sur la liste inscrite au décret des maladies à déclaration obligatoire : « La plupart l'ignoraient, ils n'y avaient attaché aucune importance pour leur vie professionnelle. » L'ignorance de ses confrères porte tout à la fois sur les effets que peuvent avoir les substances utilisées dans l'industrie sur la santé des ouvriers, sur les conditions de travail et sur les « procédés techniques ou de laboratoires » qui permettraient de dépister certaines maladies visées, comme le cancer par exemple ou les multiples affections pulmonaires. Étienne Martin préconise des sanctions disciplinaires à l'égard des médecins qui ne satisfont pas à leurs obligations de déclarer les maladies professionnelles, à l'instar du système allemand qui « exige [...] beaucoup plus du corps médical qu'on ne le fait en France », à condition toutefois de s'être donné les moyens de les former. Il préconise pour ce faire de constituer une inspection médicale du travail²³⁹ sans laquelle « les décrets du ministre du Travail paraissent et restent pour ainsi dire sans effet » :

« Il ne me paraît pas téméraire de dire que le décret du 20 novembre 1929 ne donnera que des résultats incomplets et incertains sur l'existence de maladies nouvelles qui y sont mentionnées, en supposant qu'il en produise. Il me paraît certain que [ce décret] aurait été interprété tout autrement par les médecins français, s'il avait été suivi d'une circulaire publiée par des médecins compétents, indiquant au corps médical français ce que l'on devait entendre avec précision sous le nom de cancer ayant un caractère professionnel, d'affections oculaires causées par les sources industrielles intensives de chaleur ou de lumière, par les affections pulmonaires déterminées par l'absorption de poussières siliceuses, calcaires, argileuses ou charbonneuses²⁴⁰. »

Reprenant dans cet extrait, au mot près, la liste des maladies ajoutées depuis le décret antérieur de 1927, il précise que cette liste a été élaborée par la CSMP et, parlant de lui à la troisième personne du singulier, « profite de l'occasion pour déclarer que le Directeur de la Médecine du Travail [lui-même] n'a jamais été membre de la dite commission²⁴¹ ». À mots presque couverts, il pointe ainsi ce qui peut faire figure d'incohérence dans la mise en place du système de réparation et que dénonce quelques années plus tard son

²³⁹ La mise en place d'une inspection médicale du travail (qui existe alors déjà en Belgique, en Allemagne, en Grande-Bretagne) est également une revendication de la CGT : « Il n'est pas en effet possible de penser qu'un diagnostic étiologique et médico-légal nécessaire pour assurer la réparation de la maladie professionnelle puisse être posé sans que les médecins appelés à le formuler aient reçu la préparation technique nécessaire. » « Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 3-6 avril 1929 au nom de la Confédération générale du travail », *La Voix du peuple*, 3^e série, n° 101, janvier 1929, p. 38-44. La nécessité de créer une inspection médicale du travail est mentionnée dans la Convention de Washington qui donne naissance à l'OIT en 1919. Dès 1926, l'une des publications du BIT rend compte de la tenue de « la première réunion internationale des inspecteurs médecins du travail » à Dusseldorf en septembre 1926. Y sont représentés des médecins inspecteurs du travail de Belgique, des Pays-Bas, d'Italie, d'Autriche, de plusieurs Etats d'Allemagne, de Grande-Bretagne et d'URSS. Bureau international du travail, *L'inspection médicale du travail*, Série F, n° 10, Genève, Bureau international du travail, 1927.

²⁴⁰ Étienne Martin, « Le décret du 20 novembre... », art. cité, 1930. Le tableau concernant la poussière de silice sera créé en 1945 (T25), celui sur les effets de la chaleur en 1972 (T58), et ses effets oculaires (cataracte des verriers) en 1982 (T71).

²⁴¹ *Ibid.*

confrère Guy Hausser : lorsqu'une nouvelle loi, en 1937, institue l'inspection médicale du travail et que la liste des médecins qui deviendraient officiellement conseil de l'inspection du travail est soumise à l'avis des deux commissions que sont la CHI et la CSMP, elle ne privilégie pas les médecins les plus investis dans la nouvelle discipline qu'est la médecine du travail²⁴².

« L'administration a fait appel à des professeurs de faculté et non toujours à des spécialistes des maladies professionnelles. Or ces derniers sont rares, il faut les encourager ainsi que ceux qui, dans les facultés ont songé à organiser des cours ou instituts spéciaux concernant ces matières²⁴³. »

Relevant ce paradoxe, Guy Hausser s'abstient lors du vote, et avec lui toute la délégation ouvrière²⁴⁴. La question de l'absence de formation des médecins se pose ainsi dès la création de la loi de 1919, une loi qui fait pourtant de ces compétences (alors inexistantes) le moteur de son application et de son extension.

1.2.2.2. Un « marché » lucratif : les médecins soupçonnés

En 1921, pas moins de trois séances de la CSMP sont consacrées au financement des frais de transport que l'ouvrier aurait éventuellement à emprunter pour accéder au médecin de son choix. Elles donnent lieu à de très vifs débats qui mettent en jeu la question du libre choix du médecin, un principe affirmé dès la loi de 1898 qui soulève l'ire des milieux patronaux. Autant il est établi par les textes que les frais médicaux et pharmaceutiques de l'ouvrier malade doivent être pris en charge par les employeurs ou leur compagnie d'assurance, autant la question du coût des transports a été ignorée. Or, il s'avère que les compagnies d'assurance ont institué d'elles-mêmes un usage : elles acceptent de prendre en charge ces frais lorsque l'ouvrier se rend au dispensaire de la compagnie, mais refusent de le faire quand il consulte un médecin qu'il a librement choisi. Cette pratique discriminatoire s'apparenterait-elle à une forme indirecte de dons ou de ristournes, condamnés par la loi²⁴⁵ ? Un « rapport sur l'état de la doctrine et de la jurisprudence en cette matière²⁴⁶ » est commandé à Jules Cabouat, professeur à la faculté de droit de l'Université de Caen. Celui-ci précise que « la jurisprudence est très nette », ces frais ne doivent pas être à la charge des ouvriers. Mais qui doit alors en faire l'avance sans que cela n'encourage les « détournements de clientèle » et les

²⁴² Les médecins qui exerçaient déjà informellement cette fonction – Étienne Martin, Maurice Duvoir, Victor Balthazard, Frédéric-Louis Heim de Balsac – figurent toutefois dans cette liste. Tout comme le professeur Leclercq, initiateur de l'institut de médecine du travail créé à Lille en 1934. Mais Guy Hausser par exemple, fondateur de la revue *Les Archives des maladies professionnelles*, n'y figure pas.

²⁴³ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 juillet 1938, CAC, art 19920443/31.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ L'article 11 de la loi du 25 octobre 1919 stipule que sera puni « quiconque par menaces, dons, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques [...] aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans une clinique ou un cabinet médical ou office de pharmacie et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien ».

²⁴⁶ CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 février 1921, CAC, art 19920443/31.

« manœuvres de médecins peu scrupuleux²⁴⁷ » ? L'Union des syndicats médicaux de France²⁴⁸ et le Syndicat des médecins d'urgence dénoncent par courrier une situation qui favorise la « clinique patronale » ou encore la « clinique d'assurance²⁴⁹ » et revendiquent une égalité de traitement. L'Union des syndicats ouvriers du département de la Seine les rejoint dans leur protestation :

« Les chefs d'entreprise et les employeurs ont déjà assez de moyens de contrainte à leur disposition qu'ils peuvent exercer contre les ouvriers et employés, sans qu'on leur donne, pour ainsi dire officiellement, l'autorisation de faire ce qui serait interdit aux médecins choisis librement par les malades et accidentés²⁵⁰. »

Les différentes parties au sein de la CSMP ne parvenant pas à se mettre d'accord, elles renvoient finalement au juge de paix le soin de statuer au cas par cas pour savoir si le remboursement des frais de transport, quand l'ouvrier s'oriente vers un médecin librement choisi, doit ou non être effectif²⁵¹.

Cette controverse inaboutie met en jeu le principe du libre choix du médecin. Plus généralement, elle rend compte des effets très importants du système de réparation sur le corps médical. D'une part, en garantissant aux médecins des revenus médicaux, par le remboursement des consultations et des soins donnés aux accidentés et malades du travail, il est à l'origine d'une « "révolution" des clientèles et des rétributions²⁵² » et contribue, dans un contexte où une partie de la profession s'inquiète de l'augmentation du nombre de praticiens²⁵³, au jeu concurrentiel. D'autre part, parce que le système de réparation repose sur leurs certificats, leurs déclarations, leurs prescriptions, leur évaluation, les médecins sont l'objet de toutes les méfiances, tant celles du patronat sur lequel repose la charge financière des frais médicaux que celles des organisations ouvrières.

Le député Paul Beauregard dénonce ainsi en 1913, lors des débats concernant le projet de loi sur l'indemnisation des maladies professionnelles, les « abus des médecins » que cette loi ferait naître, et de leurs « complices²⁵⁴ » les pharmaciens, à l'appui de plusieurs scandales liés à l'application de la loi sur la réparation des accidents du travail. Ce faisant, il poursuit l'offensive régulière menée par les organisations patronales contre le principe du libre choix pour l'ouvrier de son médecin. En 1908, une virulente campagne

²⁴⁷ CSMP, Procès-verbal de la séance du 23 mars 1921, CAC, art 19920443/31.

²⁴⁸ Dans les années 1920-30, l'Union des syndicats médicaux de France qui représente les médecins libéraux est forte de 15 000 adhérents sur 20 000 médecins et pèse fortement dans les débats, notamment sur l'instauration des assurances sociales. Michel Dreyfus et *al.*, *Se protéger...*, ouvr. cité, 2006, p. 62.

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ CSMP, Procès-verbal de la séance du 27 mai 1921, CAC, art 19920443/31.

²⁵¹ *Ibid.*

²⁵² Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p. 71.

²⁵³ Bénédicte Vergez, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Paris, Éditions complexe, 1996, p. 157 et suivantes.

²⁵⁴ Paul Beauregard, Première séance de la chambre des députés du 19 juin 1913, débats parlementaires, JO du 20 juin 1913, p. 2043-2044.

de presse dénonce l'existence de « médecins marrons²⁵⁵ », accusés de délivrer aux ouvriers des « certificats de complaisance » à des fins mercantiles jusqu'à parfois « se faire les éducateurs des accidentés du travail pour leur apprendre à simuler²⁵⁶ ». Le journal *Le Temps* par exemple, ouvre sur deux jours ses colonnes à M. A. Villemin, président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de maçonnerie de la ville de Paris et du département de la Seine, pour qu'il puisse donner les motifs de cette « campagne très active [...] engagée actuellement contre tous les abus qui sont venus dénaturer la loi sur les accidents du travail » :

« Des abus innombrables sont nés de certaines dispositions défectueuses du texte de la loi, abus des petits chômages, des frais judiciaires, de l'assistance judiciaire, et surtout abus résultant du libre choix du médecin et de ses conséquences, abus de frais médicaux et pharmaceutiques qui vont chaque jour en s'aggravant et qui, à eux seuls, entraînent des charges supérieures à celles qui sont causées par la juste réparation des accidents²⁵⁷. [...] L'exercice du droit de choisir librement son médecin, accordé, sans aucun contrôle par la loi, à l'ouvrier victime d'un accident, n'a guère eu, en effet jusqu'ici qu'un résultat tangible, absolument incontestable : celui de livrer les industriels assujettis à la loi à l'exploitation d'un certain nombre de médecins autant dépourvus de science que de conscience²⁵⁸. »

L'offensive menée par le patronat contre les médecins se poursuit également sur la scène parlementaire²⁵⁹ et sur la scène judiciaire. L'existence de certaines fraudes facilite l'extension du soupçon à tous les médecins libéraux, notamment ceux affirmant leur intérêt pour la condition ouvrière. Judith Rainhorn relate ainsi le procès intenté en 1909 par la Compagnie des mines de Lens (Pas-de-Calais) contre le docteur Hémerly, un généraliste membre du Syndicat national de médecine sociale (SNMS), qui « illustre le conflit entre les médecins “des ouvriers” et ceux “des patrons”²⁶⁰ ».

²⁵⁵ Médecins marrons se dit de médecins qui exercent des pratiques illégales, comme ici celle de faire de « faux » certificats médicaux. Le terme « marron » est sans doute emprunté à l'adjectif qui qualifiait les esclaves en fuite, pratiquant le « marronnage », notamment aux Antilles et à la Réunion.

²⁵⁶ Rapport d'expertise du docteur Valude, cité par *Le Temps*, 16 février 1908, p. 2.

²⁵⁷ Raymond Dartevelle rapporte le fort accroissement du montant global des indemnités journalières et des rentes que les employeurs et leurs compagnies d'assurance doivent verser dans les premières années d'exercice de la loi sur les accidents du travail, entre 1901 et 1910 : « les frais médicaux [notamment] passent de 5,4 à 16,9 millions de francs. L'ensemble des dépenses [...] représentent en 1907 107 millions de francs contre 98 millions de primes encaissés. Huit ans après la loi de 1898, la plupart des sociétés d'assurance privées n'équilibrent pas la gestion de la branche accidents du travail ». Raymond Dartevelle, « La lente construction d'une tarification des corps. Entre pratique assurantielle du risque industriel, actuariat, expertise médico-légale et enseignement (années 1890-1905) », dans Thomas Le Roux (dir.), *Les risques industriels...*, ouvr. cité, 2016, p. 68.

²⁵⁸ *Le Temps*, 16 février 1908, p. 2.

²⁵⁹ Parmi les nombreuses interpellations, celle du Syndicat général de la Marine, navigation intérieure, est particulièrement documentée. Dans une note adressée à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés, ce syndicat patronal reproduit la liste parisienne des « cliniques d'accidentés du travail », encore appelées « cliniques ouvrières » avec les noms et coordonnées des médecins, avant de préciser les différents « procédés de racolage des blessés » qu'ils mettent en œuvre : affiches, ristournes financières, apéritifs, etc. Syndicat général de la Marine, *Accidents du travail. Note complémentaire à la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la chambre des députés*, Cahors, Imprimerie G. Rougier, 1912.

²⁶⁰ Judith Rainhorn, « 1909-1914 : un syndicat médical solidaire des ouvriers », *Santé et travail*, n° 82, avril 2013.

En réponse à cette campagne de discrédit, le quotidien *l'Humanité* publie lui aussi une série d'articles pour répondre à cet « assaut patronal contre les lois ouvrières²⁶¹ » et notamment à la volonté explicite de la part du patronat de supprimer le libre choix du médecin. À l'appui d'une importante documentation rassemblée par un militant du SNMS, le docteur Divernesse, ces articles dénoncent les pratiques des « véritables médecins marrons²⁶² », les médecins des compagnies d'assurance : du refus de délivrer un certificat médical, aux pressions exercées contre les médecins libéraux, jusqu'aux pressions qu'ils subissent eux-mêmes de la part de leurs employeurs, les « petites monstruosité des compagnies d'assurance²⁶³ » sont énumérées.

1.2.2.3. Médecins contre médecins : l'assurance comme espace de conflit

La loi de 1898 et celle qui l'étend aux maladies professionnelles confèrent aux médecins de nouveaux rôles qui alimentent des lignes de fracture au sein de la profession. Elles donnent notamment du relief à deux nouvelles catégories de médecin, le « médecin d'assurance » et le « médecin d'usine », qui s'affirment face, et parfois contre les médecins libéraux. Sous le titre « Les Blessés », les frères Bonneff consacrent dans leur ouvrage sur la classe ouvrière²⁶⁴ une large place à la description de ces nouveaux types de médecins auxquels les accidentés du travail doivent se confronter et, en premier lieu, au « médecin d'assurance » :

« Dans tous les cas, le médecin est l'employé de la compagnie, il doit défendre ses intérêts. Or, les intérêts de la compagnie et ceux du blessé sont contradictoires. La compagnie, en bonne commerçante, s'efforce de payer les indemnités les plus réduites qui soient. Elle conteste le dommage causé au blessé, diminue l'importance de ses infirmités, méconnaît sa douleur, nie son affaiblissement ou son incapacité. Elle est dans son rôle, elle fait "des affaires". On comprend que ses médecins rétribués soient portés à soupçonner dans tout blessé un simulateur ; soient enclins à déclarer des consolidations prématurées pour faire cesser le paiement des demi-salaires ; soient entraînés surtout à juger d'un œil sceptique les infirmités génératrices de rentes²⁶⁵. »

La fonction de médecin expert ou encore médecin-conseil destinée à se prononcer sur l'évaluation des préjudices liés aux accidents ou maladies du travail se renforce, au service des compagnies d'assurance ou de la justice. Se développe ainsi une science de la valeur des corps au travail qui favorise l'éclosion de nombreux concepts. Le professeur Charles Rémy, de la faculté de médecine de Paris et chirurgien honoraire à la Maison départementale de la Seine, revendique ainsi la paternité de la notion de

²⁶¹ Les articles sont publiés dans *l'Humanité* dans plusieurs numéros pas forcément successifs : les 9 mars (n° 1422) 12 mars (n° 1425), 23 mars (n° 1436), 29 mars (n° 1442) et 1^{er} avril 1908 (n° 1445).

²⁶² *l'Humanité*, 23 mars 1908 (n° 1436).

²⁶³ *l'Humanité*, 12 mars 1908 (n° 1425).

²⁶⁴ Léon Bonneff et Maurice Bonneff, « La classe ouvrière, Publications de la guerre sociale (1911) », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail*, Centre de recherches d'histoire économique et sociale, Faculté de droit et sciences politiques, Université de Nantes t. 4, 1978, p. 79-110.

²⁶⁵ *Ibid.*, p. 88.

« l'accommodation ». Il l'expose dans un manuel sur *L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières*²⁶⁶, qui entend signifier le rôle incontournable du médecin expert et contester avec fermeté des jurisprudences qui ignorent leur science :

« Cette question est entièrement et exclusivement de la compétence du médecin. Quand il s'est prononcé après avoir reconnu les changements anatomiques d'une région et les modifications survenues dans son fonctionnement, ses conclusions ont un caractère scientifique et, nous le répétons, ni les juges, ni les ouvriers, ni les patrons ne peuvent prétendre y apporter des modifications²⁶⁷. »

Dans cette perspective « scientifique », il affirme que la perte d'un membre ou d'un sens chez un travailleur ne doit être appréhendée par le médecin qu'au regard de sa « valeur industrielle » – celle-ci différant grandement selon les individus et selon leurs activités – et « que s'il y a obstacle à la profession ». Il s'attache donc dans son ouvrage à « établir les fonctions ouvrières des différentes parties du corps », consacre par exemple un long déroulement à l'examen de la main, des multiples possibilités d'accommodation selon la main ou les doigts perdus, selon que l'effort demandé sollicite le poignet, l'avant-bras ou encore l'épaule : « Un moignon mobile à l'extrémité de l'avant-bras peut encore être utilisé pour un certain nombre de fonctions ouvrières ». De même, il conteste la jurisprudence selon laquelle la perte de la vue équivaut à une incapacité totale et en appelle à distinguer « l'acuité scientifique ou normale et l'acuité spéciale aux professions. Celle-ci n'est souvent que la moitié de la première et suffit à l'accomplissement des labours ouvriers ». Quant à la perte d'une jambe :

« Si la jambe est coupée au lieu d'élection, l'estropié peut marcher et travailler, tout en éprouvant quelque gêne : j'ai même observé un jeune amputé de jambe qui, devenu ouvrier de ferme, réussissait à monter aux échelles, à l'aide d'un petit crochet à son pilon²⁶⁸. »

Le professeur Brissaud, de la faculté de médecine du Paris, est quant à lui à l'origine du concept de la « sinistrose », c'est-à-dire « l'état d'esprit spécial du blessé guéri qui ne veut pas convenir de sa guérison : "Il s'est mis dans la tête que son accident devait lui rapporter beaucoup d'argent et il n'en démord pas²⁶⁹." »

Le paysage médical gagne ainsi en hétérogénéité. Le terme générique de médecin masque des positionnements très divers et des activités et considérations très éloignées

²⁶⁶ Charles Rémy, *L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières*, Paris, Vigot Frères éditeurs, 1906.

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ Cité par Léon Bonneff et Maurice Bonneff, « La classe ouvrière... », chap. cité, 1978, p. 90. Ce concept de sinistrose est d'une remarquable longévité. Frédéric Décosse identifie encore aujourd'hui le concept de « sinistrose », cette « névrose de la revendication », convoqué par des médecins conseil de la Mutualité sociale agricole, lorsqu'ils sont face à des migrants saisonniers qui revendiquent leur reconnaissance en maladie professionnelle, avec ses variantes culturalistes : le « syndrome méditerranéen », la « transalpinite », le « syndrome hystérique bâtard de l'immigrant portugais ». Frédéric Décosse, « Saisonniers : une retraite délocalisée », *Plein droit*, n° 93, juin 2012, p. 17-20.

du soin. Dans ce système assurantiel, le médecin se retrouve au cœur d'un conflit d'intérêt dans lequel sa « neutralité » peut sans cesse être remise en cause par l'une ou l'autre des parties en jeu. Entre médecins, s'affirment également des conflits de normes et de positions. Le diagnostic lui-même peut être l'occasion de vives controverses entre médecins, le médecin d'assurance pouvant ainsi remettre en cause le diagnostic porté par le médecin libéral. L'une des premières séances de la CSMP aboutit d'ailleurs à modifier le modèle initial de déclaration : les mentions « a été atteint » et « certifie qu'il a été atteint » sont remplacées par « serait atteint » et par « certifie qu'il présente les symptômes ci-après²⁷⁰ », laissant au médecin d'assurance le soin de conclure.

On a ainsi pu voir dans cette première partie que, né de l'adaptation de la loi sur les accidents du travail aux maladies professionnelles, le système des tableaux révèle de nombreuses fragilités dès les premières années de son existence. La commission dédiée à l'extension des tableaux peine à trouver ses marques, son activité étant subordonnée à celle de la CHI. De composition paritaire à partir de 1931, elle est le lieu où se renégocient en permanence les conditions d'application du droit à réparation et le principe de présomption d'origine, face à des pathologies le plus souvent plurifactorielles. Le corps médical est placé au cœur du fonctionnement du système de réparation – tant en amont, au moment de la construction des tableaux, qu'en aval, dans son application – alors même qu'il n'est pas en mesure de satisfaire à ces nouvelles obligations, d'abord par manque de formation. Il est également l'objet de fortes divisions internes liés au système assurantiel, à l'origine de nouvelles hiérarchies internes.

Dans ce contexte, la notion de cancer professionnel s'impose rapidement dans les tableaux. Elle pré-existe à l'existence du système de réparation des maladies professionnelles.

2. Le cancer du travail : identification précoce, définition restrictive

L'émergence de la thématique des cancers provoqués par le travail précède le vote de la loi de 1919 et l'inscription des pathologies cancéreuses dans la catégorie juridique des « maladies professionnelles ». Elle est en fait contemporaine de la transformation du cancer en problème public, au début du XX^e siècle.

2.1. Début du XX^e siècle : le cancer devient un problème public

Il est de tradition, dans les ouvrages sur le cancer²⁷¹, de faire remonter l'histoire de cette pathologie à l'antiquité, voire à la préhistoire. On en retrouve effectivement mention

²⁷⁰ CSMP, Procès-verbal de la séance du 18 juin 1920, CAC, art 19920443/31.

²⁷¹ Par exemple, en France, Pierre Darmon, *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'antiquité à nos jours*, Paris, Plon, 1993 et Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*, Paris, Métaillié, 1992. Le

près de 2500 ans avant JC, sur un papyrus attribué au médecin égyptien Imhotep : parmi la description qu'il fait de 48 cas cliniques de traitements de blessures, apparaissent des « masses saillantes dans le sein [qui] peuvent être comparées au fruit de fenugrec pas mûr qui est dur et frais au toucher ». C'est ensuite sous la plume de l'historien grec Hérodote, au V^e siècle avant JC, que le cancer du sein apparaît de nouveau : dans ses *Histoires*²⁷², il évoque le sort d'Atossa, reine de Perse, qui se fit amputer d'un sein après y avoir décelé une boule saignante. Toutefois, comme le rappelle Siddhartha Mukherjee, dans sa *Biographie du cancer* :

« Hérodote et Imhotep étaient des narrateurs et, comme toutes les histoires, la leur comporte des trous et des incohérences. [...] Les seuls cas indéniables de cancer dans l'histoire sont ceux où les tissus malins ont été, d'une manière ou d'une autre, préservés²⁷³. »

C'est donc rétrospectivement, par l'analyse de tissus préservés, qu'il est possible d'identifier avec certitude la pathologie cancéreuse. Deux cas peuvent alors être cités. Le plus ancien, selon le paléopathologue américain Arthur Aufderheide, correspond à un cancer abdominal identifié dans les tissus d'une momie datant du V^e siècle avant JC, à Dakleh, en Égypte. Le second est un cancer des os qu'il a lui-même identifié en 1990 sur un cadavre momifié vieux d'un millier d'années, à l'orée du désert d'Atacama, au sud du Pérou²⁷⁴.

Le cancer est donc une pathologie ancienne, et peut-être même « la plus ancienne des pathologies décelées sur un échantillon humain²⁷⁵ ». Mais dire son ancienneté ne renseigne pas sur l'évolution dans le temps de son incidence. En France, par exemple, si ancienne soit-elle, la pathologie cancéreuse a longtemps fait figure d'exception. À la fin du XIX^e siècle, elle est « absente du foisonnement de productions institutionnelles à caractère philanthropique qui caractérise les débuts de la III^e République, quand des dizaines d'associations se proposent d'intervenir sur les maladies infantiles, la syphilis et surtout la tuberculose²⁷⁶ ».

Ce n'est qu'au début du XX^e siècle qu'elle devient une préoccupation sociale. Des statistiques commencent à apparaître et objectivent son incidence. Publiées en 1906, celles du directeur du bureau de la statistique de la Ville de Paris, Jacques Bertillon, étudiant rétrospectivement les causes de décès des Parisiens, montrent que la mortalité par cancer, après avoir été stable jusqu'en 1875 augmente depuis « de façon progressive

paragraphe qui suit s'appuie particulièrement sur l'ouvrage du cancérologue américain, Siddhartha Mukherjee, *L'empereur de toutes les maladies. Une biographie du cancer*, Paris, Flammarion, 2013.

²⁷² Hérodote, *Les Histoires*, livre VIII, cité par Siddhartha Mukherjee.

²⁷³ Siddhartha Mukherjee, *L'empereur de...*, ouvr. cité, 2013, p. 63.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 64.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 65.

²⁷⁶ Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p. 46.

et continue²⁷⁷ » : de huitième cause de mortalité en 1876, le cancer passe à la cinquième place en 1905, avec 109 décès pour 100 000 habitants²⁷⁸. L'augmentation de l'espérance de vie favorise sans doute la visibilité de cette pathologie qui survient au terme d'un long délai de latence²⁷⁹.

Ces données concordent avec celles déjà produites à l'étranger, en Angleterre et aux États-Unis notamment, et confirment le développement de cette pathologie. Selon Patrice Pinell, « la publication de ces statistiques n'a pas de conséquences directes immédiates, mais l'objectivation de l'incidence du cancer sur la population lui donne de fait une dimension sociale, absente jusque-là²⁸⁰ ». Elles associent le nombre à l'horreur, représentation à laquelle le cancer est associé de longue date²⁸¹.

Tardive en France selon Patrice Pinell, la prise en charge de la question du cancer par les pouvoirs publics trouve son origine dans une série d'événements au registre desquels on distingue l'évolution des techniques médicales, le rôle joué par la Première Guerre mondiale et la constitution de groupes de pression, les Ligues contre le cancer.

2.1.1. Le corps médical stimulé par une série d'innovations

Dans le même temps, plusieurs innovations survenues dans le champ médical renouvellent l'approche du cancer et le détachent de la catégorie des maladies incurables dans laquelle il était jusqu'alors cantonné. L'anesthésie, l'asepsie et l'antisepsie, soutenant le développement de la chirurgie, donnent à cette discipline une place majeure dans le traitement des cancers. La découverte successive des rayons X et du radium nourrissent tout à la fois les progrès diagnostiques – la radiologie permet de voir à l'intérieur des corps – et thérapeutiques, avec la radiothérapie. Publié en 1905, le *Traité de radiothérapie* de Joseph Belot²⁸² témoigne de l'apport de ce nouveau traitement : il recense ainsi soixante-dix affections propres à être soignées par irradiation – parmi elles, de nombreuses atteintes dermatologiques (dermatoses, gale,

²⁷⁷ Jacques Bertillon, « De la fréquence des principales causes de décès à Paris pendant la seconde moitié du XIX^e siècle et notamment la période 1886-1905 », *Annuaire statistique de la ville de Paris*, Paris, Masson, 1906, p. 113-346. Jacques Bertillon (1851-1922), médecin, statisticien et démographe, est à l'initiative de la première nomenclature des causes de décès, ancêtre de la classification internationale des maladies (CIM). Il fut rédacteur en chef des *Annales de démographie internationale* (1882) et président de la Société de statistique de Paris (1897).

²⁷⁸ En 1946, une publication conjointe de l'Institut national d'hygiène et de la Ligue contre le cancer (75, p. 5-8) sur « l'importance du cancer en France », relate que le taux de mortalité par cancer est de 140/100 000 en 1936, pour passer à 158/100 000 en 1941 et 161/100 000 en 1943. Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau...*, ouvr. cité, 1992, p. 259.

²⁷⁹ L'espérance de vie en France en 1900 est de 44 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes. France Meslé, « Allongement de la vie et évolution des pathologies », *Gérontologie et société*, vol. 27/108, n° 1, 2004, p. 15.

²⁸⁰ Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p. 47.

²⁸¹ On peut notamment se reporter aux travaux de Jacques Le Brun : « Représentations du cancer à l'époque moderne (XVII^e-XVIII^e siècle) », *Prévenir*, n° 16, 1988, p. 9-14 et « Cancer Serpit. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies féminines au XVIII^e siècle », *Sciences sociales et santé*, n° 2, 1984, p. 9-31.

²⁸² Joseph Belot, *Traité de radiothérapie*, Paris, G. Steinheil, 1905. Cité par Jean-Pierre Camilleri et Jean Coursaget, *Pionniers de la radiothérapie*, Paris, EDP Sciences, « Sciences et Histoire », 2005, p. 34.

psoriasis...), mais aussi des pathologies cancéreuses comme les leucémies, les cancers de la peau ou du sein.

Une rupture s'opère alors d'avec la période précédente qui considérait les patients atteints de cancer comme des cas désespérés, des « parias²⁸³ » et leur refusait une prise en charge médicale : relégués dans des hospices ou des institutions caritatives, comme celle de l'œuvre des Dames du Calvaire²⁸⁴, ils étaient condamnés à mourir avant que ces innovations ne stimulent l'intérêt d'une partie du corps médical pour cette pathologie. Notamment, à « l'aube du XX^e siècle, le cancer est devenu un pôle majeur d'intérêt dans les milieux de la biologie²⁸⁵ ». Un périodique spécialement consacré au cancer, la *Revue des maladies cancéreuses* voit le jour en 1895²⁸⁶ ; même si la parution ne survit pas longtemps – elle cesse au bout de cinq ans – elle témoigne de l'intérêt croissant que suscite la pathologie cancéreuse. Autre indice, un premier congrès international sur le cancer a lieu en 1906 à Heidelberg en Allemagne, réunissant des médecins et des scientifiques de différentes spécialités et donne naissance à une Association internationale pour l'étude du cancer, avec sa branche française, l'AFEC, une société savante regroupant également médecins et scientifiques. Mais « les conditions ne sont pas réunies pour que ces malades soient perçus comme une entité collective²⁸⁷ ».

2.1.2. La Première Guerre mondiale comme révélateur

Dès le début du XX^e siècle, des centres spécialisés pour les patients cancéreux voient le jour dans plusieurs pays²⁸⁸ ainsi que des structures associatives de type philanthropique de lutte contre le cancer. La France accuse un certain retard jusqu'à la Première guerre mondiale qui joue un rôle majeur dans l'inscription de cette question à l'agenda public. D'une part, elle favorise le développement de la radiologie : à proximité des champs de bataille stationnent des « ambulances radiologiques » qui facilitent les interventions chirurgicales, des dizaines de femmes sont formées par Marie Curie à la manipulation des appareils radiologiques, des postes sont créés dans les hôpitaux militaires. D'autre part, elle permet d'objectiver l'état de santé des hommes mobilisés dont une part importante doit être réformée pour cause de tuberculose ou de maladies vénériennes et dont beaucoup sont atteints de cancer. Confronté à un nombre très

²⁸³ Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p 67, citant une assemblée générale de la Ligue contre le cancer de 1922.

²⁸⁴ L'œuvre des Dames du Calvaire est fondée en 1842 par une veuve lyonnaise, Jeanne Garnier-Chabot, pour accueillir exclusivement des femmes atteintes de cancers jugés incurables. Elle essaime ensuite dans plusieurs autres villes, dont Paris.

²⁸⁵ Patrice Pinell, « Quand le cancer devient un fléau social », *Prévenir*, n° 16, premier semestre 1988, p. 18.

²⁸⁶ Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau...*, ouvr. cité, 1992, p. 79.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 42.

²⁸⁸ Les premiers centres spécialisés pour les patients cancéreux voient le jour dès 1900 en Allemagne, en 1902 aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, en 1908 au Japon et en Amérique du Nord.

important de morts, de mutilés et de blessés²⁸⁹ et à une guerre qui s'installe dans la durée, l'État est contraint, pour renouveler les effectifs, de faire appel à des classes d'hommes plus âgés, quinquagénaires pour certains, donnant à la pathologie cancéreuse une visibilité qu'elle n'avait pas autrement.

Dès lors, le cancer n'apparaît plus comme une maladie exceptionnelle. Il revêt au contraire une dimension collective et suscite l'intervention de l'État. En 1917, à l'initiative du responsable du service de santé des armées, Justin Godart²⁹⁰, trois services spécialisés pour les cancéreux des armées sont créés à Paris, Lyon et Montpellier, préfigurant les centres anticancéreux qui verront le jour peu après. L'État confie également à l'AFEC le soin de réaliser une étude sur les liens qui pourraient exister entre les traumatismes et la survenue de la pathologie cancéreuse dans la perspective de déterminer une éventuelle responsabilité de l'État à l'égard des militaires atteints de cancer.

2.1.3. Le cancer rejoint la catégorie des « fléaux sociaux »

La création à Paris de la Ligue contre le cancer en mars 1918²⁹¹, avant même la fin des hostilités, résulte de cette dynamique mise en place au service des « cancéreux des armées » : les médecins qui composent son premier comité scientifique ont, pour près de la moitié d'entre eux, participé à la prise en charge des soldats cancéreux et Justin Godart lui-même en est le premier président. Analysant l'éventail des positions sociales occupées par les membres de cette Ligue, Patrice Pinell montre que leur « poids dans les sphères économiques et politiques est considérable²⁹² » et qu'ils sont ainsi en capacité d'influencer fortement l'intervention de l'État sur la question du cancer, jusqu'à participer à l'élaboration de sa politique sanitaire et, avec elle, de sa propagande. En mai 1922, une « Commission du cancer » de 71 membres est ainsi créée auprès de Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale avec pour objectif « de coordonner les travaux et les efforts relatifs à l'étiologie, à la pathogénie, à

²⁸⁹ On dénombre, au terme de la Première guerre mondiale, plus de 1 300 000 morts dans l'armée française, soit 10,5 morts pour 100 actifs, selon Philippe Bernard, *La fin d'un monde, 1914-1929*, Paris, Seuil, « Points », 1975. Mais le nombre exact des pertes continue de fluctuer selon les travaux successifs d'historiens.

²⁹⁰ Justin Godart (1871-1956), avocat, député puis sénateur du Rhône, il est nommé sous-secrétaire d'État au service de santé militaire de 1915 à 1920. Il est ensuite ministre du Travail et de l'hygiène en 1924-1925 et ministre de la Santé en 1932. Il est également délégué de la France au BIT de sa création à 1940. Il participe à fonder en 1918 la Ligue contre le cancer qu'il préside jusqu'en 1956. Annette Wieworka, *Justin Godart, un homme dans son siècle*, Paris, CNRS éditions, 2005.

²⁹¹ La Ligue contre le cancer est créée sous le nom provisoire de Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer (LFAA).

²⁹² Du côté français, on y trouve notamment trois régents de la Banque de France (Edouard de Rothschild, Félix Vernes, François de Wendel, également président du Comité des Forges), le président des Chemins de fer du Nord (Henry de Rothschild), Auguste Lumière, industriel frère de Louis Lumière, etc. et, au sein du « comité central des dames », Mme André Citroën, Mme Eugène Schneider dont le mari est membre du Comité des Forges, la Duchesse Edmée de la Rochefoucauld, héritière des sucres Lebaudy... Un grand nombre des ces personnalités sont par ailleurs propriétaires ou actionnaires d'organes de presse. Cité par Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p. 51.

l'étude clinique, à la thérapeutique et à la prophylaxie du cancer²⁹³ ». Et, en 1923, la lutte contre le cancer est inscrite pour la première fois au budget de l'État. La prise en charge médicale du cancer nécessitant des investissements très coûteux²⁹⁴, le Parlement vote une loi accordant des subventions d'équipement en appareil et en radium pour équiper les centres anticancéreux²⁹⁵, d'autres subventions publiques sont mobilisées auprès des municipalités, ou des départements. À partir de 1930 et jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, il soutient l'organisation annuelle d'une « semaine de défense contre le cancer », initiée par la Ligue contre le cancer, à grands renforts de presse et de conférences radiophoniques. La propagande anti-cancer pénètre même dans les écoles, collèges et lycées : à partir de 1937, le ministère de l'Éducation nationale autorise la Ligue à y diffuser ses *Leçons pour la jeunesse* dans les établissements scolaires²⁹⁶. La lutte contre le cancer devient ainsi en France une cause publique au sortir de la Première Guerre mondiale. La pathologie cancéreuse rejoint la catégorie des « fléaux sociaux » mobilisée jusqu'alors pour évoquer la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile, trois maladies estimées « évitables » à condition d'une intervention de la puissance publique.

Les travaux de Patrice Pinell relatent et analysent avec précision comment le cancer devient l'objet d'interventions publiques au début du XX^e siècle, mais l'évocation de cancers liés au travail y est toutefois singulièrement absente²⁹⁷. Si la propagande de la Ligue, relayée par le ministère de l'Hygiène, de la prévoyance et de l'assurance sociale, centre ses messages sur la nécessité d'un diagnostic précoce et invite la population à surveiller « ses premiers signes » (voir en annexe l'affiche diffusée en 1926), c'est que le modèle dominant des maladies infectieuses selon lequel une cause produit un effet se révèle ici inopérant : l'origine du cancer demeure un mystère qui tarde à être percé.

²⁹³ Le ministère de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales institue une Commission du cancer « considérant que la lutte contre le cancer poursuivie déjà de toutes parts avec autant d'ardeur que de persévérance, exige l'union de tous les efforts publics et privés, d'ordre scientifique, médical et sanitaire » (JO du 9 juin 1922, p. 5971).

²⁹⁴ Le coût des appareils de radiologie comme de radiothérapie est très élevé : il faut compter au minimum 400 000 francs pour un premier achat et un seul tube pour radiothérapie coûte 3 000 francs – « Il faut les renouveler très souvent et leur prix augmente chaque mois ». Sans compter le prix du radium dont le gramme s'élève alors à 1 à 1,5 million de francs. Cité par Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987, p. 56.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 58.

²⁹⁶ Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau...*, ouvr. cité, 1992, p. 271.

²⁹⁷ A la lumière des travaux menés par l'AFEC de 1908 à 1914, Patrice Pinell relève que les thèmes étiologiques et pathogéniques ne représentent que 16 % des communications et que parmi elles, « trois problèmes sont traités avec plus d'insistance que les autres : l'hypothèse virale et parasitaire de Borrel, la notion d'État précancéreux par Ménétrier et le rôle des agents physique et chimiques dans la genèse des cancers. » Mais cette dernière hypothèse, nourrie par des recherches expérimentales sur des animaux, est relativement marginalisée et ne suscite pas d'intérêt auprès des « hospitalo-universitaires parisiens ». D'une façon générale, « les différents débats étiologiques sont menés parallèlement par des groupes différents, sans qu'il y ait interaction entre eux. » Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau...*, ouvr. cité, 1992, p. 93-96.

2.2. Un consensus sur l'étiologie professionnelle

Le développement de la science biologique a permis dès la fin du XVIII^e siècle de contrer la théorie humorale héritée de la médecine antique selon laquelle la survenue d'un cancer résulterait d'un déséquilibre de la bile noire²⁹⁸. Les progrès du microscope²⁹⁹ liés à ceux de l'anatomie pathologique et les découvertes de Virchow³⁰⁰ notamment renouvellent totalement l'approche de la maladie. À l'aube du XX^e siècle, il est admis que le cancer résulte d'une altération cellulaire localisée, dotée d'une tendance à se généraliser sous la forme de métastases. Il est possible de distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes, une classification des cancers en fonction des tissus dans lesquels ils prennent naissance commence à être établie³⁰¹. Les mécanismes de la cancérogénèse conservent leur mystère, on fait l'hypothèse d'état précancéreux, sous la forme de lésions, d'ulcérations, de chocs...

2.2.1. La recherche d'une origine

Mais l'étiologie du cancer demeure inaccessible et se prête à de nombreuses hypothèses. Le contenu des deux principales revues de médecins hygiénistes en rend compte. Dans la plus ancienne, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (1829-1922), une publication semestrielle, la pathologie cancéreuse apparaît dès 1834 et figure ensuite dans une vingtaine de numéros, soit près de 10 % des parutions. Dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*³⁰² (1879-1940), une publication annuelle, le cancer est évoqué dès le premier numéro et présent ensuite régulièrement, jusqu'en 1940, dans plus de la moitié des parutions. Ces deux publications se font l'écho d'études, françaises et surtout étrangères, qui s'efforcent d'identifier l'étiologie du cancer : elles tentent par exemple de relier l'apparition du cancer aux maladies infectieuses comme la peste et l'influenza³⁰³, la tuberculose³⁰⁴ et la syphilis³⁰⁵, à la cigarette³⁰⁶, à l'influence du mariage ou de

²⁹⁸ La théorie humorale considère que la santé du corps repose sur l'équilibre des « humeurs » que sont le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. Selon Galien, médecin de l'antiquité romaine, c'est la bile noire qui, lorsqu'elle est en excès, détermine la genèse du processus tumoral. Siddharta Mukherjee, *L'empereur de...*, ouvr. cité, 2013.

²⁹⁹ Au XIX^e siècle, ayant gagné en puissance et en précision, le microscope « permet d'observer des structures biologiques jusqu'à des dimensions voisines des cellules bactériennes et de certains organismes cellulaires comme les mitochondries. Il va s'imposer comme un outil de recherche capable de décomposer les apparences, de disséquer les organes et les tissus, de recenser les lésions, puis de les rapporter aux symptômes, scellant en cela l'union de la clinique et de l'anatomie ». Jean-Pierre Camilleri et Jean Coursaget, *Pionniers ...*, ouvr. cité, 2005, p. 5.

³⁰⁰ Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) est un médecin allemand, considéré comme le père de la pathologie cellulaire et célèbre pour sa maxime « toute cellule provient d'une autre cellule ». Il est notamment à l'origine de la découverte des globules blancs et d'une première compréhension de la leucémie.

³⁰¹ On distingue notamment les carcinomes, tumeurs propres aux tissus glandulaires et aux revêtements épithéliaux, des sarcomes, qui prennent naissance dans la charpente conjonctive des organes.

³⁰² Elle se nomme successivement *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (de 1879 à 1924) puis *Revue d'hygiène* (de 1924 à 1927) et ensuite *Revue d'hygiène et de médecine préventive* jusqu'à sa disparition en 1940.

³⁰³ « Étiologie du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 32, 1894, p. 451-454.

³⁰⁴ « Recherches effectuées au bureau du Casier sanitaire en 1911 relative à la répartition du cancer et de la tuberculose dans les maisons de Paris », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 20, 1913, p. 119-122.

³⁰⁵ « Enquêtes sur les rapports de la syphilis et du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 35, 1921, p. 42-43.

l'hérédité³⁰⁷, à l'alimentation³⁰⁸ ou encore au logement³⁰⁹, elles s'interrogent sur ses modes de contagion, elles étudient le rôle des traumatismes ou des accidents du travail³¹⁰, des cicatrices et des lésions³¹¹. Elles constatent l'augmentation du cancer, sa « distribution topographique³¹² » et plusieurs « contributions à la statistique du cancer » sont commentées : elles sont ancrées en France – à Lyon³¹³, à Nancy³¹⁴, à Labastide-Rouairoux dans le Tarn, au Havre, en Normandie, à Paris³¹⁵... – et à l'étranger – à New York³¹⁶, en Angleterre, notamment dans l'East Essex et dans le West Morland, en Norvège, en Italie, notamment à Padoue, en Hollande, mais aussi « chez les Annamites de Cochinchine³¹⁷ ».

2.2.2. L'affirmation du facteur professionnel

Parmi toutes les pistes de recherche et les théories sur l'origine du cancer, l'une d'entre elles tend alors à s'imposer, la théorie « somatique » qui relie l'effet d'agents chimiques ou physiques sur la structure de la cellule à la survenue de la maladie. En ce sens, le facteur professionnel apparaît comme l'un des seuls identifiables en ce début du XX^e siècle.

Les deux revues d'hygiène précédemment citées n'accordent pas au facteur professionnel une place importante – la première d'entre elles s'attache même à rejeter le travail comme origine des maladies jusqu'en 1848³¹⁸ – mais les rares articles qu'elles consacrent aux liens entre cancer et profession représentent des indices de ce qui peut faire alors relatif consensus dans la communauté scientifique et médicale : en premier

³⁰⁶ « Cancer des fumeurs », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 35, 1896, p. 551-552.

³⁰⁷ « Causes du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 48, 1902, p. 285.

³⁰⁸ « Les viandes cancéreuses », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 49, 1903, p. 73.

³⁰⁹ « "La contagion du cancer par l'habitation" (Brit. med. journ., 26 novembre 1898, p. 1612) », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 21, 1899, p. 342-344. Dr Broquin-Lacombe, « Y a-t-il des maisons à cancer ? », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 41, 1919, p. 518-522.

³¹⁰ « Cancer du pancréas et traumatisme », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 6, 1906, p. 374. « Le cancer et les accidents du travail », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 8, 1907, p. 469-472. Paul Ribierre, « La médecine légale des accidents du travail au XX^e congrès de chirurgie. Tuberculoses chirurgicales, cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 9, 1908, p. 23-24.

³¹¹ « Revue des livres : Auguste Lumière, Le cancer, maladie des cicatrices, Paris, Masson et Cie, 1929 », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 51, 1929, p. 448.

³¹² « La distribution topographique du cancer », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 21, 1899, p. 649.

³¹³ Ch. Lesieur et P. Vigne, « Contribution à l'étude statistique du cancer. Le cancer à Lyon de 1902 à 1911 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 18, 1912, p. 297-306.

³¹⁴ « Le cancer à Nancy », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 31, 1909, p. 1343.

³¹⁵ « La mortalité par cancer à Paris, sa fréquence et ses localisations selon l'âge et le sexe », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 161.

³¹⁶ « Mortalité par cancer à New-York », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, 1914, p. 345-346.

³¹⁷ « Sur la fréquence et les modalités du cancer chez les Annamites de Cochinchine », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 50, 1928, p. 74.

³¹⁸ Thomas Le Roux, art. cité, 2011.

lieu, les cancers cutanés sont mis en lien avec différents procédés de production³¹⁹. Des cas de cancer primitif du scrotum – la peau entourant les testicules – sont ainsi repérés chez des ouvriers travaillant la paraffine et donnent lieu en 1875 à la recension d'une publication signée d'un chirurgien allemand, Volkmann. Celui-ci « fait ressortir leur identité avec le cancer des ramoneurs anglais, aussi bien sous le rapport de l'aspect de la tumeur que de la nature de l'affection³²⁰ ». Il évoque ainsi une filiation avec la découverte d'un autre chirurgien, anglais pour sa part, plus d'une centaine d'années en amont.

Découvert en 1775 par Percivall Pott, le « cancer des ramoneurs³²¹ » représente en effet la matrice explicative à l'apparition de nombreux cancers cutanés en situation professionnelle³²². Comme le précise Gustave Roussy³²³, cette « découverte a d'autant plus de mérite qu'elle date d'une époque où régnait la théorie lymphatique du cancer et où l'on ne connaissait pas les cancers d'origine exogène³²⁴ ». Si ce chirurgien anglais parvient à identifier un cancer du scrotum chez des patients pour lesquels un diagnostic de syphilis était jusqu'alors posé, c'est qu'il se situe dans la tradition de Bernardo Ramazzini et de son traité sur les maladies des artisans³²⁵. Les questionnant sur leurs activités, il observe un point commun à tous ces hommes, âgés de 20 à 45 ans, celui d'avoir été employés très jeunes – dès l'âge de cinq ans – comme petits ramoneurs. S'intéressant au mode opératoire de leur travail, il fait l'hypothèse de la nocivité des cendres et des particules de suie³²⁶ avec lesquels ils sont en contact permanent et qui se logent sous la peau à l'endroit où la corde frotte contre l'aine, à l'origine de « verrues de suie » comme les ramoneurs eux-mêmes les nomment.

³¹⁹ « Cancer du scrotum chez les ouvriers qui travaillent la paraffine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 2, n° 44, 1875, p. 213-214 ; « Cancer arsenical », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 50, 1903, p. 183 ; « Le cancer des ramoneurs », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 51, 1929, p. 371-372.

³²⁰ *Ibid.*, p. 213.

³²¹ Percivall Pott, « Observations on the Cancer of the Scrotum », *Chirurgical Observations*, London, Hawes, W. Clarke and R. Collins, 1775.

³²² « Rappelons que le premier carcinogène jamais identifié chez l'homme était d'origine professionnelle : le benzopyrène présent dans la suie de cheminée et provoquant un cancer du scrotum chez les petits ramoneurs de Londres. » Marcel Goldberg et Denis Hémon, « Epidémiologie des cancers professionnels : quelle recherche ? », *Prévenir*, vol. 1, n° 16, premier semestre 1988, p. 53.

³²³ Gustave Roussy (1874-1948), neuro-pathologiste, s'installe en 1913 à l'hospice Paul-Brousse de Villejuif pour se consacrer à la recherche sur le cancer. Membre de la Commission du cancer mise en place par l'État en 1922, il participe activement à l'organisation des centres régionaux de lutte anticancéreuse. Son service devient d'ailleurs le premier centre spécialisé en France : l'Institut du cancer qu'il dirige à partir de 1934 et qui porte aujourd'hui son nom, Institut Gustave-Roussy. Il représente la France à la Commission cancer mise en place par la Société des nations et travaille de près avec le BIT. Il est membre de l'Association française pour l'étude du cancer (AFEC) dont il devient secrétaire générale en 1927.

³²⁴ Roussy Gustave et A. Héreaux, *Les cancers professionnels*, Paris, Institut du cancer de la faculté de médecine de Paris, 1927, publié en tiré à part dans *La presse médicale*, n° 103, 24 décembre 1927, p. 4.

³²⁵ Bernardo Ramazzini, *Des maladies du...*, ouvr. cité, 1990.

³²⁶ La combustion de la houille libère des substances cancérigènes : les hydrocarbures polycycliques aromatiques (Hpa) parmi lesquels le benzo[a] pyrène. Aujourd'hui encore, selon l'Institut syndical européen, « les ramoneurs sont parmi les professions ayant le plus haut taux de cancer ». Marie-Anne Mengeot, *Prévenir les cancers professionnels. Une priorité pour la santé au travail*, Bruxelles, ETUI, 2014, p. 14.

Au début du XX^e siècle, en référence à ce « cancer des ramoneurs », il est donc question du « cancer des paraffineurs », mais aussi du « cancer des goudronneurs », du « cancer des tisseurs (ou fileurs) de coton », du « cancer des travailleurs de la poix » ou encore du « cancer des raffineurs de pétrole », tous en lien avec l'usage de produits houillers ou pétroliers. L'existence de tumeurs dans ces professions « est connue depuis longtemps », précise en 1921 la première brochure publiée par le BIT dans la série consacrée aux maladies professionnelles³²⁷. Déjà en 1876, dans son ouvrage sur les « maladies et [l']hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai³²⁸ », le docteur Anatole Manouvriez note que, en contact avec la peau, le brai, mais aussi la houille ou le goudron sont bien à l'origine de « cancroïdes » – un terme ancien qui désignait les cancers cutanés.

La brochure du BIT s'intéresse plus particulièrement à une autre pathologie cancéreuse, le cancer de la vessie chez les ouvriers travaillant dans les fabriques d'aniline, seconde localisation professionnelle largement identifiée et au pronostic très sombre : « En général, on peut dire que la mort des malades survient six mois à une année et demie après les premiers symptômes³²⁹. » Les premiers cas auraient été observés en 1895 par un chirurgien allemand, Rehn, auprès d'ouvriers d'une fabrique d'aniline de Francfort, avant qu'une enquête plus conséquente ne s'intéresse à une vingtaine de fabriques³³⁰. En 1921, plus de 177 cas de tumeurs professionnels de la vessie auraient été étudiés en Allemagne depuis les premières observations de Rehn et plus d'une vingtaine de travaux publiés. La brochure rend compte des multiples désaccords qui les traversent, les uns faisant l'hypothèse que ces tumeurs n'apparaissent qu'à Francfort, d'autres que l'augmentation des cas de tumeurs de la vessie serait davantage à relier aux nouveaux moyens diagnostiques qu'offre la cytoscopie qu'au développement de l'industrie des colorants. Mais une étude comparative menée à Bâle semble toutefois confirmer un facteur professionnel :

« Pour la période 1901-1910, les cas mortels dus aux tumeurs de la vessie relevés parmi les ouvriers de fabriques de couleurs d'aniline et de substances aromatiques sont trente-trois fois plus nombreux que les cas mortels constatés, pour un même nombre d'individus et pour la même maladie, chez le reste de la population mâle, les vieillards et les enfants y compris³³¹. »

³²⁷ Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie chez les ouvriers travaillant dans les fabriques d'aniline*, Études et Documents, Série F, n° 1, 23 février 1921.

³²⁸ Dr Anatole Manouvriez, *Maladies et hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai*, Librairie Baillièrre, 1876.

³²⁹ *Ibid.*, p. 19.

³³⁰ Suite à la création du premier colorant de synthèse, le « mauve de Perkin », en 1856 par un chimiste anglais, l'industrie du colorant synthétique (en opposition aux couleurs d'origine naturelle) se développe très rapidement. C'est l'Allemagne qui domine ce secteur industriel jusqu'à la Première guerre mondiale, avec notamment trois entreprises qui vont rapidement former un cartel : BASF (créé en 1865) fait alliance avec Bayer (créé en 1863) et AGFA, (créée en 1873) pour donner naissance à la « petite » IG Farben qui emploie plus de 100 000 salariés en 1926. Fabrice Nicolino, *Un empoisonnement...*, ouvr. cité, 2016.

³³¹ Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie...*, étude citée, 1921, p. 6.

En parallèle, et parce que l'aniline entre dans la fabrication de nombreux produits de consommation courante, le *Bulletin de l'Académie de médecine* rend compte de plusieurs cas de grave malaise dans lesquels l'aniline est suspectée. En 1900, un médecin rend compte de l'empoisonnement de plusieurs enfants à Paris et à La Rochelle : il apparaît que la cause en est la teinture de leurs bottes ou de leurs bas³³². Dès 1869, « il a été interdit aux confiseurs de colorer les bonbons avec le rouge d'aniline³³³ ».

On l'a vu dans le cas des cancers cutanés, l'évocation de la maladie se fait par profession³³⁴ davantage que par localisation cancéreuse et laisse supposer une diversité de cancers plus importante qu'il n'y paraît. À chaque fois, on soupçonne le produit mis en contact avec la peau, mais sans identifier le composé exact qui serait en cause. Dans le cas des tisseurs de coton, par exemple, certains auteurs supposent qu'une « substance engendrant le cancer peut être convoyée jusqu'au scrotum non seulement par pénétration à travers les habits, mais par les doigts au moment où l'on urine³³⁵ ». D'autres soupçonnent le manque d'hygiène d'être un facteur de risque associé au contact de l'huile minérale :

« On a constaté que l'ouvrier se tient fréquemment sur la jambe gauche pendant l'opération qui consiste à rattacher les fils. La partie du chariot sur laquelle il s'appuie pendant cette opération est une barre presque toujours imprégnée d'huile de graissage. C'est une huile minérale contenant sans doute des matières irritantes qui, traversant le tissu léger dont est fait le pantalon, arrive à la peau et l'irrite dans un endroit où le nettoyage naturel s'exécute mal. Dans ces ateliers à chaleur humide, l'ouvrier porte des vêtements légers³³⁶. »

Dans le cas des colorants, la difficulté majeure consiste à identifier le toxique en cause dans une industrie justement fondée sur la chimie de synthèse et la multiplicité des combinaisons³³⁷. Plusieurs sont tour à tour soupçonnés avant que « la preuve [soit] [...] établie d'un rapport bien étroit entre la manipulation des bases aromatiques³³⁸ et les tumeurs de la vessie des ouvriers³³⁹ ». Mais elles correspondent elles-mêmes à des

³³² L. Landouzy et G. Brouardel, « Empoisonnements non professionnels par l'aniline. Étude clinique et expérimentale », *Bulletin de l'Académie de médecine*, série 3, tome 44, 1900, p. 114-127.

³³³ Dr Ambroise Tardieu, « Note pour faire suite au mémoire sur l'empoisonnement par la coralline », *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome 34, 1869, p. 120.

³³⁴ Jean-Claude Devinck note que « dans une large mesure on peut considérer que l'effort des hygiénistes du XIXe siècle consiste à mobiliser et à remobiliser le modèle ramazzinien, tant sur le plan de l'opération classificatoire que de la méthode d'observation quasi ethnographique du travail, tout en le réactualisant au vu des pathologies nouvelles engendrées ou aggravées par la mécanisation ». Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 65.

³³⁵ « La distribution anatomique du cancer suivant les professions » par E. L. Kennaway (Journ. Of Industrial Hygiene), *Revue d'hygiène*, n° 48, 1926, p. 359-361.

³³⁶ Ministère du travail, « Circulaire du 21 septembre 1925 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail portant sur le cancer des ouvriers fileurs », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 14, 1925, p. 221-222.

³³⁷ Lors de l'Exposition universelle de Paris de 1867, les ouvriers de couleurs signalaient déjà ce qui ressemble à une polyexposition : « Elles sont toutes obtenues par des combinaisons de métaux et d'acide. On y trouve en abondance le plomb, le zinc, le cuivre, le cobalt, l'antimoine et d'autres qui sont traités par des oxydes d'arsenic et de sulfure de mercure. » Cité par Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 74.

³³⁸ Selon la brochure éditée par le BIT, les composés de la série aromatique, ou « amino-composés », portent ce nom parce que beaucoup d'entre eux possèdent une odeur agréable. Ils dérivent tous d'un même hydrocarbure, le benzène.

³³⁹ Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie...*, étude citée, 1921, p. 2.

dizaines de composés différents, ce qui fait dire au BIT que « le sort des carbures aromatiques est donc encore un problème riche en lacunes et en points obscurs³⁴⁰ ».

Le troisième type de cancer identifié comme ayant un lien avec l'activité professionnelle, au travail, le « cancer des rayons X », échappe quant à lui à cette incertitude. Selon Gustave Roussy, qui publie en 1927 un état des lieux des cancers dans la genèse desquels le rôle de certains agents [...] est, à l'heure actuelle, bien établi³⁴¹ », « il est, au premier chef, le type des cancers professionnels³⁴² », ce qui signifie qu'il n'existe dans ce cas aucun doute possible quant aux liens de cause à effet. Rapidement mobilisés en médecine³⁴³ à des fins tant diagnostiques – la radiologie – que thérapeutiques – la radiothérapie³⁴⁴ – suite à leur découverte en 1895³⁴⁵, les rayons X sont très tôt utilisés en dermatologie³⁴⁶ et en gynécologie, puis « expérimentés sur les tumeurs malignes, parallèlement aux recherches menées en histologie³⁴⁷ ». La nature ambivalente de ces rayonnements apparaît très vite : s'ils peuvent soigner, ils peuvent aussi être la source de plusieurs maux, dont certains mortels. Le docteur Foveau de Courmelles, spécialiste en radiologie et radiothérapie, professeur à la faculté de médecine de Paris, en rend compte ainsi avec lyrisme en 1920 :

« On connut les rayons X à Paris, fin janvier 1896, et l'année ne s'était pas écoulée, que déjà, de divers points du monde, on signalait des brûlures de la peau ou radiodermites, des phénomènes d'épilation. Au bout de peu d'années, on vit que l'empoisonnement organique se faisait plus profond, qu'on en mourait même. Peu de radiologues du début, s'il en est même, sont absolument indemnes. [...] L'agent précieux qui souvent ralentit l'évolution du cancer, empêche ou retarde sa réapparition après l'intervention chirurgicale, le pourrait-il produire ? [...] En 1902, on signalait à la fois l'action heureuse des rayons X sur les cancers, et deux cas de cancer chez les radiologues. Que faire, contre ces nocives radiations vous tuant, vous émiettant lentement, en assassins perfides, s'introduisant dans les organismes, sans manifestations extérieures, sans menaces ni signes prémonitoires ? [...] Que faire ? Le problème de la protection pour l'opérateur est posé, mais non résolu : comme tout agent puissant, la radiation X tue ou guérit³⁴⁸. »

Outre les « radiodermites » – des inflammations de la peau qui peuvent être accompagnées d'œdème – des cancers cutanés sont rapidement identifiés. On parle alors

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 15.

³⁴¹ Gustave Roussy et al., *Les cancers professionnels...*, ouvr. cité, 1927, p. 1.

³⁴² *Ibid.*, p. 19.

³⁴³ Se reporter à la lecture de Monique Bordry et Soraya Boudia (dir.), *Les rayons de la vie. Une histoire des applications médicales des rayons X et de la radioactivité en France, 1895-1930*, Paris, Institut Curie, 1998.

³⁴⁴ La radiothérapie regroupe en un même terme la röntgentherapie qui correspond à l'usage des rayons X et la radiumthérapie à celui du radium.

³⁴⁵ Les rayons X ont été découverts en 1895 par le physicien allemand Wilhelm Conrad Röntgen, qui donne ainsi son nom à la röntgentherapie, terme qui tombe vite en désuétude, et à l'unité de mesure utilisée en radiothérapie, exprimant l'exposition à un rayonnement ionisant, le « röntgen ».

³⁴⁶ Joseph Belot, *Traité de...*, ouvr. cité, 1905.

³⁴⁷ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 42.

³⁴⁸ Docteur Foveau de Courmelles, « Les martyrs de la science. Les rayons X tuent ou guérissent », *Le Matin : derniers télégrammes de la nuit*, 6 avril 1920, p. 1.

de « cancer du radiologiste », le terme radiologiste désignant à l'époque les médecins manipulant les substances radioactives et aussi, par extension, toutes les personnes travaillant au contact de ces rayons dans les services de soin ou les laboratoires³⁴⁹. Dès 1903, au regard de l'état de grande faiblesse dans lequel se trouvent certains radiologistes, on soupçonne également les substances radioactives – les rayons X, le radium, le polonium, etc. – d'avoir une influence sur la formulation sanguine. Les recherches en biologie fondamentale le confirment : l'irradiation provoque une réduction de nombre des leucocytes dans le sang, à l'origine d'anémie ou de leucémie. « Peu à peu, les exemples de radiologistes touchés par de telles modifications sanguines se multiplient dans la littérature médicale³⁵⁰. » En 1914, une thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris recense 104 observations de cancers dus à l'exposition aux substances radioactives.³⁵¹ Selon Anne Fellingner, les radiologistes victimes de cancers cutanés et de leucémies « sont d'autant plus nombreux que la profession s'organise et s'étend³⁵². »

En lien avec cette hypothèse d'une étiologie professionnelle, une partie de la recherche s'oriente vers l'action des agents chimiques et physiques sur la transformation cellulaire et donne lieu à des recherches expérimentales³⁵³. Deux chercheurs japonais, le médecin et biologiste Katsusaburō Yamagiwa et le biologiste Ichikawa seraient les premiers à parvenir à provoquer, en 1916, un cancer expérimental sur les oreilles d'un lapin en les badigeonnant régulièrement de goudron de houille³⁵⁴. Ils confirment leurs résultats en répétant l'opération sur d'autres rongeurs de laboratoire (souris, rats, cobayes, hamsters). Leurs travaux seraient à l'origine de la notion de « substances cancérigènes³⁵⁵ ». Ils s'inscrivent dans un long cycle de recherches expérimentales dont la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* se fait parfois l'écho³⁵⁶. « Dès les années 1930, il existait déjà une littérature extrêmement fournie sur la carcinogénèse expérimentale. *L'Index to Literature of Experimental Cancer Research : 1900-1935* [Index de la littérature de recherche expérimentale sur le cancer] de la fondation William H. Donner comportait une liste de 30 000 entrées sur le sujet³⁵⁷. »

³⁴⁹ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 51.

³⁵⁰ *Ibid.*, p. 51.

³⁵¹ Sophie Feygin, *Du cancer radiologique*, thèse de doctorat en médecine de la faculté de Paris, 1914.

³⁵² Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 56.

³⁵³ Jean Clunet, « Le cancer expérimental », *Journal médical français*, 1911, n° 5, p. 299-305 et Gustave Roussy, « Le cancer expérimental », *Annales de médecine*, tome 9, 1921, p. 51.

³⁵⁴ Katsusaburō Yamagiwa *et al.*, « Experimental Study of the Pathogenesis of Carcinoma », *American Association for Cancer Research Journals*, vol. 3, issue 1, January 1918, p. 1-29.

³⁵⁵ Selon Éric Barthelmé, « Histoire de la notion du cancer », Communication présentée à la séance du 13 juin 1981 de la Société française d'histoire de la médecine.

³⁵⁶ « Recherches sur la production expérimentale du cancer chez le rat et la souris », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 43, 1921, p. 984-985. « Action sur le cancer du rat », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 48, 1926, p. 430-432. « Maladies observées chez 60 000 souris soumises aux agents cancérigènes », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 55, 1933, p. 580. « Le cancer du poumon de l'homme et expériences sur l'animal », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 611.

³⁵⁷ Robert N. Proctor, *Golden Holocaust, la conspiration des industriels du tabac*, Éditions des Équateurs, 2014, p. 181-182.

Ainsi, « dans les années 1920, les seules causes connues de cancer chez l'homme étaient des carcinogènes de l'environnement tel que le radium [...] ou des produits organiques comme la paraffine ou des produits dérivés des colorants³⁵⁸ », c'est-à-dire, plus précisément, des carcinogènes professionnels. Avant même la mise en application de la loi étendant le bénéfice des accidents du travail aux maladies professionnelles, qui intervient en octobre 1919 en France, le cancer du travail est donc bien répertorié, en lien avec des activités industrielles en plein développement.

2.3. La pathologie cancéreuse rejoint les premiers tableaux

On a vu la lenteur avec laquelle le système de réparation s'ouvre à de nouvelles maladies. Douze ans après la promulgation de la loi du 25 octobre 1919, il n'existe toujours que deux tableaux, concernant une partie restreinte des affections causées par l'exposition au plomb et au mercure. Dans ce contexte, l'inscription de plusieurs pathologies cancéreuses dès les premières séquences d'extension de cette loi représente une reconnaissance juridique relativement précoce des « cancers professionnels » qui, à la différence de la silicose ou encore des affections périarticulaires, ne sont pas « cantonnés à la clandestinité³⁵⁹ ». En 1931, le « cancer des radiologistes » – un cancer cutané – et la « leucémie provoquée par les rayonnements » sont inscrits dans le tableau qui indemnise les intoxications engendrées par les rayons X et les substances radioactives. En 1938, les « tumeurs de la vessie » sont inscrites dans le tableau des amines aromatiques et l'« épithélioma primitif de la peau » dans le tableau sur le brai de houille.

Les procès-verbaux des séances de la CSMP sont, jusqu'à 1935 tout au moins, relativement sommaires sur la question des cancérrogènes. Il est ainsi difficile d'appréhender ce qui se joue en coulisses et les motifs d'examen de tel ou tel tableau, tout comme il est vain de tenter de saisir les termes des échanges et des éventuels désaccords, le plus souvent résumés à leur aboutissement.

Reconstituer l'histoire des maladies professionnelles par l'analyse des tableaux : attention aux pièges

Les tableaux se prêtent à l'analyse historique, à condition de ne pas ignorer que leur contenu n'est jamais fixé une fois pour toutes : il est mouvant, évolue en fonction des contextes, de l'état des rapports de force entre les représentants patronaux et salariés. Il peut évoquer une localisation cancéreuse puis, des années plus tard, en restreindre fortement les critères de reconnaissance, ou encore isoler le cancer dans un autre tableau, spécifique à cette pathologie. Le nom de la maladie peut évoluer, les catégories d'agents en cause aussi, tout comme les durées d'exposition ou le délai de prise en charge. La leucémie, présente en 1931 sur le tableau 6, mentionne ainsi un « délai de responsabilité » de 1 an ; en 1984, année de sa dernière mise à jour, il est de 30 ans. En 1938, le T 15 mentionne le cancer de la vessie en lien avec l'exposition aux amines aromatiques et avec un « délai de responsabilité » de 5 ans ; cette pathologie disparaît ensuite du T 15 pour rejoindre un

³⁵⁸ Siddhartha Mukherjee, *L'empereur de...*, ouvr. cité, 2013, p. 213

³⁵⁹ Nicolas Hatzfeld, « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 142.

tableau 15 ter créé spécifiquement pour elle, avec un « délai de prise en charge » de 30 ans en 2012, date de sa dernière mise à jour.

Les tableaux dont les numéros sont accompagnés de la mention bis ou ter ont souvent été créés des années après le numéro auxquels ils se rapportent : plus de 43 années séparent par exemple la création du T 20 du T 20 bis et pas moins d'une cinquantaine de tableaux ont été créés entretemps.

On peut par mégarde tomber dans le piège et confondre la date de création d'un tableau avec la date de prise en compte de toutes les maladies de ce tableau. Anne-Claire Brisacier (*Contribution des médecins...*, thèse citée, 2008) tout comme Sylvie Platel (*Connaissance, expertise...*, thèse citée, 2014) affirment ainsi que le premier tableau prenant en compte un cancer concerne les leucémies provoquées par le benzène (tableau 4), alors que ce tableau ignore en 1931, au moment de sa création, la pathologie cancéreuse et ne mentionne la leucémie qu'en 1949. Elles font ensuite mention du tableau 20, créé en 1942, en lien avec l'arsenic pour citer trois pathologies cancéreuses (épithélioma cutané primitif, angiosarcome du foie, maladie de Bowen) qui ne sont en fait inscrites à ce tableau qu'en 1952. Elles font l'impasse en revanche sur deux tableaux créés en 1938 mentionnant la pathologie cancéreuse, le tableau 15 et le tableau 16 dont il est question dans ce chapitre³⁶⁰. Pour suivre l'histoire d'un tableau, il convient de collecter dans le *Journal officiel de la République française* tous les décrets « complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés à la loi du 25 octobre 1919 » et de porter attention à l'ensemble des mentions présentes dans ces tableaux. Depuis peu, l'INRS publie en ligne un historique très complet des tableaux, qui démarre à la reprise par la Sécurité sociale de la gestion des maladies professionnelles, en 1946³⁶¹.

2.3.1. Des mobilisations en coulisse : l'exemple emblématique du tableau 6

L'histoire de la prise en compte des intoxications liées aux rayons X et autres substances radioactives rend compte des limites de ces archives. Ces affections n'apparaissent dans les procès-verbaux des séances de la CSMP qu'en 1928, à l'occasion d'un projet de tableau présenté par Simone Laborde, médecin radiobiologiste, à l'appui d'un rapport, par ailleurs non conservé dans les archives. La mention d'un rapport et l'existence d'un projet de tableau, si l'on en croit le mode opératoire discuté en commission, répondent à une demande d'étude sur la question. Mais à quel moment et par qui aurait-elle été soulevée ? Impossible de le savoir en l'état des procès-verbaux.

Tout juste peut-on découvrir l'expression d'une certaine résistance de la part du représentant de la Confédération générale du patronat français (CGPF) et de l'industrie chimique, Pierre Gounod, qui estime un tableau inutile, les maladies ne survenant qu'en l'absence du respect des règles minimales de prévention :

« M. Gounod dit qu'on peut exiger des industriels qui fabriquent des ampoules une protection efficace de leurs ouvriers. Il ajoute qu'on peut demander aux marchands d'ampoules de prendre les précautions nécessaires pour préserver leurs employés. Quant aux médecins qui emploient ces ampoules, il indique que les industriels fabriquent des appareils de protection mais que ceux-ci ne les achètent pas³⁶². »

³⁶⁰ Deux journalistes d'investigation commettent la même confusion. Marie Monique Robin (*Notre poison...*, ouvr. cité, 2011, p. 141) et Vincent Noizille (*Les empoisonneurs*, Paris, Fayard, 2005, p. 175) notent que le cancer de la vessie ne fut inscrit en maladie professionnelle en France qu'en 1995, date de création du tableau 15 bis, spécifiquement destiné au cancer de la vessie, alors que la pathologie est présente sur le tableau 15 depuis 1938.

³⁶¹ Voir www.inrs.fr/publications/bdd/mp/listeTableaux.html [consulté le 5 mai 2017].

³⁶² CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

En dépit de ces réserves, rapidement balayées par le docteur Balthazard qui rappelle que la CSMP ne doit se prononcer que sur la réparation, le tableau est adopté par la commission en 1928. Mais il revient en discussion lors de la séance suivante, en 1929. Là encore, le procès-verbal, d'une grande sobriété, ne livre aucun motif à ce réexamen mais confirme l'adoption du tableau présenté :

« Après une discussion à laquelle prennent part MM. Balthazar, Pilon, Picquenard³⁶³, Mme Simone Laborde, Sumien, Dussaud, Vaillant, la commission arrête comme suit le tableau³⁶⁴. »

L'analyse attentive de ces deux projets de tableaux, à un an d'intervalle, permet de repérer ce qui peut faire figure d'une infime variation : l'ajout d'une mention à l'énoncé des travaux concernés : « Travaux dans les cliniques, cabinets médicaux, dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et centres anticancéreux dans lesquels les travailleurs sont exposés au rayonnement³⁶⁵ » et la substitution de « industriels ou commerçants utilisant les rayons X » à la mention initiale de « joailliers ». Il s'agit en fait d'un mouvement double et simultané – un élargissement à davantage de professions concernées d'une part et, dans le même temps, une tentative de circonscrire les travaux concernés – qui rend compte du terrain de négociation que représente chaque création ou modification de tableaux de maladies professionnelles.

Étudiant d'autres archives que celles de la CSMP, Anne Fellingner s'est attelée à reconstituer très finement les processus à l'origine de la création du tableau sur les « intoxications causées par l'action des rayons X ou des substances radioactives nocives », le premier tableau à mentionner la pathologie cancéreuse comme « maladie professionnelle ». Parmi les nombreux fils qu'elle déroule, elle s'intéresse à l'intense travail de lobbying effectué par le Syndicat des ingénieurs chimistes français pour parvenir à l'inscription de ces maladies dans le champ de la réparation, dont les procès-verbaux de la CSMP ne rendent pas du tout compte.

La position défendue par la communauté des curiethérapeutes et par l'Académie de médecine est alors toute autre. Cette dernière, souhaitant apaiser le débat suscité par la mort de plusieurs membres du Radium Institut de Londres en 1919, entend défendre l'apport des substances radioactives, en minimiser les risques contre lesquels il est d'ailleurs possible de se prémunir³⁶⁶ et rappeler que « les dangers relatifs sont bien maigres comparés aux effets qu'elles apportent³⁶⁷ » :

³⁶³ Firmin Charles Célestin Picquenard (1873-1940), directeur du travail entre 1927 et 1937, succède à ce poste à Arthur Fontaine parti rejoindre le BIT. Il représente la France au conseil d'administration de l'OIT de 1931 à 1937.

³⁶⁴ CSMP, Procès-verbal de la séance du 29 octobre 1929, CAC, art 19920443/31.

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ Plusieus procédés de prévention sont préconisés par les curiethérapeutes consistant à créer une distance entre le manipulateur et les corps radioactifs manipulés et à recourir à des écrans agissant comme des boucliers contre les rayonnements : le recours à des pinces pour manipuler les tubes de radium et les aiguilles de platine, à des étuis de transport pour limiter la contamination, l'usage de tables de manipulation en plomb ou de « boucliers » de plomb et de bois. L'aération des pièces est recommandée. De plus, une surveillance systématique de la composition sanguine du personnel est mise en place dans la plupart des grands centres de radiothérapie européens, des analyses sanguines sont par exemple réalisées tous

« Les dangers réels n'existent plus que pour les manipulateurs de l'émanation et pour les médecins quand ils se livrent à la radioscopie. La Société ne peut plus se passer ni des uns ni des autres [...]. [Les dangers] sont courus par des hommes qui les ont acceptés devant la grandeur de la tâche à accomplir, et qui savent ce qu'ils ont à faire pour les conjurer. [...] Si quelques-uns souffrent de leur dévouement, malgré les précautions connues, ils seront rares, et nous les accompagnerons de notre respect et de notre reconnaissance³⁶⁸. »

À rebours de cette valorisation de l'« héroïsme scientifique³⁶⁹ », le décès en janvier 1925, à seulement quelques jours d'intervalle, de deux adhérents du Syndicat des ingénieurs chimistes français, employés dans l'industrie du radium³⁷⁰, représente le point de départ d'une longue et tenace mobilisation syndicale pour leur indemnisation et, plus largement, « en faveur d'un encadrement des risques professionnels induits par la radioactivité³⁷¹ ». Elle revêt plusieurs formes, successives ou concomitantes, jusqu'au vote de la loi de 1931 et la création du tableau 6 qui correspond à son aboutissement.

Tout d'abord, les décès de Maurice Charles Demenitroux et de Marcel Désiré Demalander, respectivement âgés de 40 ans et de 34 ans, sont largement médiatisés. La presse française s'en fait l'écho, tout comme la presse étrangère. Le magazine *Je sais tout* par exemple consacre sa Une au « glorieux martyrologe du radium et des rayons X³⁷² », quand le *New York Times* rend compte du décès de Maurice Charles Demenitroux en l'associant à celui du professeur Jean-Alban Bergonié³⁷³ survenu le même mois, « les derniers à avoir donné leur vie³⁷⁴ » pour la science. La presse se fait ensuite régulièrement l'écho de la mobilisation du syndicat, par exemple en 1929 et 1930, lorsqu'il lance une grande souscription publique pour soutenir financièrement les familles des deux ingénieurs.

les trois mois à l'Institut du radium de Paris. Voir Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 88 à 92. Et Antoine Béclère, « Les moyens de protection du médecin et des malades contre l'action nocive des nouvelles radiations : rayons de Röntgen et rayons du radium », *Le radium*, vol. 1, n° 11, novembre 1904, p. 133-140.

³⁶⁷ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 105.

³⁶⁸ André Broca, « Rapport sur les dangers des radiations pénétrantes et les moyens de les éviter, au nom de la Commission du Radium », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, vol. 85, n° 23, 7 juin 1921, p. 659-660.

³⁶⁹ Anne Fellingner, « Femmes, risques et radioactivité en France. Les scientifiques et le danger professionnel », *Travail genre et sociétés*, n° 23, avril 2010, p. 154. Les biographes de Marie Curie relatent sa réticence à accepter l'idée d'un danger, les stratagèmes qu'elle déploie pour dissimuler les atteintes dont elle est l'objet et son refus de cesser le travail, prônant le dévouement et la passion pour la science.

³⁷⁰ Maurice Charles Demenitroux décède d'une anémie pernicieuse aplasique et son collègue, Marcel Désiré Demalander, d'une leucémie myéloïde.

³⁷¹ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 101.

³⁷² « Le glorieux martyrologe du radium et des rayons X », *Je sais tout*, 15 février 1925. Cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 117.

³⁷³ Jean-Alban Bergonié (1857-1925) est physicien et médecin, l'un des premiers à recourir à la radiothérapie pour soigner ses patients atteints de cancer. Il développe la radiologie lorsqu'il est médecin chef militaire durant la Première guerre mondiale. Il est également extrêmement actif au sein de la Ligue contre le cancer et a fondé le premier centre anti-cancéreux de province, à Bordeaux, en 1923. Patrice Pinell, « Fléau moderne... », art. cité, 1987.

³⁷⁴ « Roll of Martyrs to Science in increasing ; Bergonié and Demenitroux, Radium Experts, are Latest to Give Life – Dr Lazear a Fever Victim », *The New York Times*, 11 janvier 1925, p. XX5. Cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 115.

Ensuite, le combat syndical se mène aussi sur le plan judiciaire. S'il est admis par les spécialistes que les décès de Maurice Charles Demenitroux et de Marcel Désiré Demalander découlent de leur activité professionnelle, au contact permanent avec les émanations radioactives et les rayonnements³⁷⁵, la Compagnie d'assurance de leur employeur, la Société d'énergie et de radiochimie de Courbevoie, refuse tout geste financier en direction de leurs veuves et enfants. Saisi par les familles qui ont reçu le soutien du syndicat, le Tribunal d'instance de la Seine rend en 1926 un jugement par lequel il refuse, en l'absence de tableau prévu pour ces maladies, d'assimiler ces décès à des accidents du travail. Le syndicat des ingénieurs chimistes, par la voix de son secrétaire général Paul Dubois, proteste immédiatement :

« [L'arrêt du Tribunal de la Seine] est peut-être parfaitement juridique ; il n'en choque pas moins l'équité et le bon sens. Si la Société a reconnu que les travailleurs devaient être protégés contre les accidents survenus à l'occasion de leur travail et contre les maladies qui en découlent, il est inadmissible que des subtilités juridiques permettent que la loi soit détournée de son esprit par l'insuffisance de son texte et ne puisse s'appliquer à des cas aussi nets et émouvants que ceux de nos camarades³⁷⁶. »

Trois ans plus tard, les « subtilités juridiques » condamnées par Paul Dubois restent entières puisque la Cour d'appel rend un arrêt affirmant « que la mort des ingénieurs, quoique incontestablement provoquée par leur travail, est le résultat d'une maladie professionnelle non reconnue par la législation en vigueur et que la demande des plaignants n'est pas recevable³⁷⁷ ».

Entretemps, le combat du syndicat prend également la forme d'actions de plaidoyer en direction des parlementaires et des pouvoirs publics avec le soutien de l'Association des anciens élèves de l'École supérieure de physique et chimie industrielle de Paris (ESPCI) et de deux autres organisations auxquelles il est affilié, l'Union des syndicats d'ingénieurs et la Confédération des travailleurs intellectuels³⁷⁸. Ces structures se saisissent du décès de Demalander et Demenitroux comme d'un cas emblématique pour soutenir leurs revendications sur l'ajout à la loi indemnisant les maladies professionnelles, de celles provenant de la manipulation dans les laboratoires des substances radioactives, chimiques et toxiques ainsi que, plus globalement, sur la reconnaissance d'un statut pour les travailleurs intellectuels. Elles « reprochent ainsi à l'administration d'abandonner les scientifiques, souvent victimes de nombreux

³⁷⁵ Prosper Emile-Weil et Hémard Lacassagne, « Anémie pernicieuse et leucémie myéloïde mortelles provoquées par la manipulation de substances radio-actives », *Bulletin de l'Académie de médecine*, vol. 93, n° 9, 3 mars 1925, p. 237–241.

³⁷⁶ Paul Dubois, « Tribune libre », *L'ingénieur-chimiste, organe des intérêts des ingénieurs-chimistes*, n° 49, août-sept. 1926, p. 2. Cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 135.

³⁷⁷ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 130.

³⁷⁸ Anne Fellingner relève que le jugement du Tribunal d'instance de la Seine intervient à une période où le BIT enquête sur les conditions de vie des ingénieurs et des chimistes et alors que Albert Thomas s'interroge sur le statut et la représentation des travailleurs intellectuels scientifiques au sein de l'OIT. Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 131. Voir aussi Alain Chatriot, « La lutte contre le "chômage intellectuel". L'action de la Confédération des travailleurs intellectuels (Cti) face à la crise des années trente », *Le Mouvement social*, n° 214, 2006, p. 78-81.

accidents professionnels, à leur sort³⁷⁹ » et de négliger les professions qu'elles représentent, l'inspection du travail orientant son activité de contrôle davantage vers le travail ouvrier que vers les laboratoires.

Pour soutenir leurs démarches, elles s'attachent à construire une forme d'expertise sur les risques de leurs métiers, notamment en matière de maladies radioinduites. Dès 1925, suite aux décès de leurs deux collègues, le Syndicat des ingénieurs chimistes français lance une enquête sur les maladies professionnelles que peuvent contracter les chimistes dans les laboratoires où ils travaillent, qu'il relance ensuite en janvier 1927 :

« Nous demandons [...] instamment à tous nos membres de nous documenter. Nos camarades sont à même de connaître des faits. [...] Les renseignements que nous recherchons sont ceux concernant toutes les intoxications mêmes bénignes, toutes les maladies professionnelles, même à évolution lente³⁸⁰. »

De même, l'Association des anciens élèves de l'École supérieure de physique et chimie industrielle (ESPCI) de Paris contacte le BIT en 1928 en quête de statistiques étrangères³⁸¹, pour contrer un argument régulièrement avancé par les représentants industriels sur le manque de données françaises.

Anne Fellingner relate le « lobbying³⁸² » de ces organisations, leurs « pressions incessantes³⁸³ » auprès du ministère du Travail, d'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Le ministre André Fallières accepte finalement de rencontrer en novembre 1926 deux membres du syndicat des ingénieurs chimistes qui viennent plaider pour l'extension de la loi de 1919 à d'autres maladies et notamment celles « résultant de la manipulation des corps radioactifs et celles provoquées par les rayons X et ultra-violets³⁸⁴ ». Ils obtiennent leur inscription à la liste des maladies à déclaration obligatoire³⁸⁵. Quelques mois plus tard, le rapporteur pour la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés du projet de loi visant à étendre la loi sur les maladies professionnelles, le député Arsène-Célestin Fié³⁸⁶, défend l'ajout aux tableaux des intoxications liées au rayons X et au radium et le justifie par leur utilisation industrielle :

³⁷⁹ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 133.

³⁸⁰ *L'ingénieur-chimiste. Organe des intérêts des ingénieurs-chimistes*, n° 34, avril 1925, p. 3.

³⁸¹ Lettre de Bienaimé au Président de l'OIT, 19 juillet 1928, citée dans « Maladies causées par l'action des rayons X et des substances radioactives », *Bulletin de l'amicale des anciens élèves de l'école Espci Paris*, juillet 1928, p. 12. Cité par Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 146.

³⁸² *Ibid.*, p. 139.

³⁸³ *Ibid.*, p. 143.

³⁸⁴ *Ibid.*, p. 138.

³⁸⁵ Les maladies radioinduites sont ajoutées à la liste des maladies à déclaration obligatoire par le décret du 19 février 1927.

³⁸⁶ Député de la Nièvre, Arsène-Célestin Fié est également médecin et siège également au sein de la Commission parlementaire de l'hygiène, chargée d'examiner les projets de loi relatifs à la santé publique et aux conditions d'exercice de la médecine en France.

« En dehors des chimistes, les employés dans les fabriques d'ampoule et de tubes de Crookes, les ouvriers soudeurs et tous les manipulateurs d'infra-rouge [...] jusqu'aux peintres qui se servent de produits luminescents radioactifs comme cela se pratique en Amérique (nécrose des maxillaires par phosphorescence du sulfure de zinc³⁸⁷) seront à bref délai les victimes expiatoires du progrès que nous avons le devoir de protéger³⁸⁸. »

Robert Bienaimé, le président de l'Association des anciens élèves de l'ESPCI à laquelle appartenaient Demalander et Demenitroux, sollicite à son tour André Fallières en 1928, lui demandant « d'accorder une attention toute particulière à cette grave question des maladies professionnelles » et d'ainsi mettre fin « à un état de choses déplorable et profondément injuste » pour la catégorie de travailleurs qu'il représente « quels que soient le personnel employé, l'établissement, le lieu où se font les recherches et travaux³⁸⁹ ». Il obtient l'engagement du ministre de réunir sans tarder la CSMP autour de ce projet de nouveau tableau et s'engage en retour à lui transmettre toutes les informations dont son association disposerait. En lien avec le syndicat des ingénieurs chimistes et l'Union des associations des écoles de chimie, l'ESPCI élabore donc, sur le modèle des tableaux de maladies professionnelles, une liste des substances incriminées ainsi que la nature et la dénomination des maladies observées et une liste de tous les établissements où l'on manipule des corps radioactifs, qu'elle transmet au ministère : « Elle mentionne non seulement les usines d'extraction et de préparation des substances radioactives, mais aussi des fabriques de peintures luminescentes, les établissements de vente de produits contenant des substances radioactives, les laboratoires pharmaceutiques, les établissements d'hospitalisation et de traitement et les laboratoires de recherche³⁹⁰ ».

Les procès-verbaux de la CSMP ne rendent pas compte de cet apport des ingénieurs chimistes à la discussion, ils évoquent seulement rapidement le rapport présenté par Simone Laborde, associé à un projet de tableau. Celui-ci est présenté en commission en octobre 1928³⁹¹, après une inactivité de celle-ci de plus d'un an, et adopté dès la séance suivante, c'est-à-dire au rythme où se déroulent les réunions, un an plus tard³⁹². La pression de ces différentes organisations se maintient sur le ministère du Travail devant la lenteur parlementaire et les différents blocages, jusqu'à la promulgation de la loi.

³⁸⁷ Les nécroses de la mâchoire sont en fait dues au radium et non au sulfure de zinc qui a seulement la propriété d'émettre de la lumière lorsqu'il est soumis à un rayonnement « alpha ».

³⁸⁸ « Rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales », annexe n° 4776, session ordinaire, 2^e séance du 7 juillet 1927, *Journal officiel de la République française*, documents parlementaires, chambre, 1927, p. 1620-1624, cité par Anne Fellinger, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 143.

³⁸⁹ *Ibid.*, p. 143-144.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 144.

³⁹¹ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

³⁹² CSMP, Procès-verbal de la séance du 29 octobre 1929, CAC, art 19920443/31.

La loi de 1931 ou les vicissitudes du chemin parlementaire

En 1926, le ministre du travail André Fallières dépose un projet de loi visant à étendre le champ de la réparation à d'autres maladies que celles liées au plomb et au mercure. Le député de la Nièvre, Arsène-Célestin Fié demande à en être le rapporteur devant la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés et, le trouvant insuffisant, commence par l'enrichir avant de le défendre en séance en 1927³⁹³. La discussion parlementaire est ensuite gelée durant plus d'un an. Dans un nouveau rapport présenté devant la chambre le 31 mai 1929, Arsène-Célestin Fié propose la création de dix nouveaux tableaux pour indemniser les maladies en lien avec le tétrachloroéthane, l'aniline, le sulfure de carbone, les vapeurs nitreuses, l'hydrogène arsénié, l'action des brais et des goudrons, l'acide picrique et l'acide bromique, les rayons X et le radium. Le texte transmis au Sénat en 1929 est finalement adopté par lui le 19 décembre 1930 et la loi promulguée le 1^{er} janvier 1931.

Ainsi, au terme de plus de cinq ans de mobilisation, l'Association des anciens élèves de l'École supérieure de physique et chimie industrielle de Paris, le syndicat des ingénieurs chimistes et les organisations auxquelles il est affilié, obtiennent satisfaction.

2.3.2. Du goudron au brai : un exercice de rétrécissement

Anne Fellingner fait remarquer que la victoire de ces organisations d'ingénieurs qui consiste en l'adoption d'un tableau en lien avec les substances radioactives, repose aussi « sur l'extrême sensibilité des médecins et des scientifiques à ce problème et [...] leur présence au Parlement³⁹⁴ » et sur le statut et la place qu'occupent ces professions dans la société française. Qu'en est-il pour les deux autres tableaux créés avant-guerre et incluant des pathologies cancéreuses, davantage liés au travail dans l'industrie ? La reconstitution de l'histoire du tableau 16 en lien avec les produits dérivés de la houille offre un point de comparaison qui confirme cette lecture³⁹⁵.

2.3.2.1. Un risque partagé par de nombreux travailleurs

Dans les procès-verbaux de la CSMP, la pathologie cancéreuse est évoquée pour la première fois en 1926, à l'initiative de l'administration du travail : celle-ci indique avoir mis à l'étude le « cancer du goudron qui, en Grande-Bretagne, a donné lieu à de nombreux cas³⁹⁶ ». Une circulaire adressée aux inspecteurs du travail en septembre 1925 les invite en effet à signaler les cas de cancer du scrotum qui viendraient à leur connaissance chez les ouvriers fileurs, ceux du goudron et ceux de la paraffine³⁹⁷ : « Une enquête vient d'être faite, dans le Lancashire notamment, qui a montré que les chiffres

³⁹³ « Rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales », annexe n° 4776, session ordinaire, 2^e séance du 7 juillet 1927, *Journal officiel de la République française*, documents parlementaires, chambre, 1927, p. 1620-1624.

³⁹⁴ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 157.

³⁹⁵ Elle nous intéresse d'autant plus que les archives à notre disposition permettent de suivre cette histoire sur le temps long, jusqu'en 1991. C'est l'objet du chapitre suivant.

³⁹⁶ CSMP, procès-verbal de la 8^e séance, 10 février 1926, CAC, art 19920443/31.

³⁹⁷ Ministère du travail, « Circulaire du 21 septembre 1925 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail portant sur le cancer des ouvriers fileurs », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 14, 1925, p. 221-222.

publiés pour les fileurs sont au-dessous de la réalité. On aurait constaté depuis plusieurs années plus de 200 cas³⁹⁸. » La question des produits dérivés de la houille (voir figure 7) et leurs effets sur la santé est alors d'actualité. Depuis la découverte de Percivall Pott en 1775, de nombreux travaux ont pu confirmer leur caractère cancérigène. Dans un contexte de développement des usages de ces dérivés du charbon – le coke sert au gaz de ville et à l'industrie sidérurgique pour alimenter ses fours ; le goudron, lui, est utilisé comme liant et pour les revêtements routiers, les huiles dites de houille servent à graisser et à lubrifier, le brai est notamment recyclé dans l'agglomération des boulets charbon – des professions de plus en plus nombreuses semblent concernées. Sans compter les nombreux usages domestiques des produits dérivés de la houille : on en utilise dans la fabrication des cosmétiques, des lotions, des teintures, des confiseries... L'industrie française des sous-produits de la houille est au lendemain de la Première guerre mondiale, et avec retard au regard des pays voisins, en plein développement³⁹⁹.

La généralisation du goudronnage des voies publiques en cours depuis la fin du XIX^e siècle soulève de nouvelles questions⁴⁰⁰. En 1924, un élu de la Ville de Paris, conseiller du XVII^e arrondissement, s'enquiert ainsi des risques pour la santé publique :

« Rappelant la fréquence du cancer de la peau chez les ouvriers d'usine qui manient le goudron, ainsi que les expériences qui ont permis de provoquer les mêmes tumeurs malignes chez les animaux de laboratoire, M. Jousset, conseiller municipal de Paris, a posé la question de savoir si le goudronnage des chaussées, dont l'usage s'est répandu beaucoup depuis plus de vingt ans, ne déterminerait pas, par les poussières qui s'en dégagent, l'éclosion de plus en plus fréquente du cancer⁴⁰¹. »

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du Département de la Seine est alors saisi par le Préfet, invité « à étudier la possibilité de l'influence nocive du revêtement des chaussées modernes⁴⁰² ». Rapporteur au sein du Conseil, le professeur Hyacinthe Vincent préconise l'organisation d'une vaste enquête comparative pour étudier comparativement le nombre de décès par cancer dans les maisons sur rues goudronnées et dans celles sur voies pavées en grès ou macadamisées, non sans rappeler, sur la base de nombreux travaux déjà publiés, que « l'influence des produits de distillation du bois ou de la houille, du goudron surtout lorsqu'il est chaud, de la

³⁹⁸ *Ibid.*

³⁹⁹ Jean Chardonnet, « L'industrie chimique des sous-produits de la houille en France à la veille de la guerre », *Annales de Géographie*, t. 54, n° 295, 1945, p. 180-191.

⁴⁰⁰ En 1914, seuls 4 000 km de voies sont goudronnés en France. Sur les enjeux politiques et économiques du goudronnage des routes et comment le goudronnage s'est imposé sur le pavage, Patrick Harismendy, « Du caillou au bitume, le passage à la "route moderne" (1900-1936) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 106, n° 3, 1999, p. 105-128. Et André Guillemer, *Corps à corps sur la route. Les routes, les chemins et l'organisation des services au XIX^e siècle*, Paris, Presses de l'ENPC, 1984.

⁴⁰¹ Dr Vincent, « Encore la question du développement du cancer. Emploi de produits goudronneux au point de vue de la santé publique », *L'Union pharmaceutique*, 15 juillet 1924, p. 211.

⁴⁰² *Ibid.*, p. 212.

paraffine, de l'aniline, du naphthol, etc., de même que celle de l'arsenic sont donc incontestables⁴⁰³ ».

Il n'est donc pas très étonnant, au regard de l'ancienneté de la question et de son acuité, que le cancer du goudron soit la première pathologie cancéreuse évoquée au sein de la CSMP. Dès 1927, les « intoxications par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitumes, ciments, chaux et autres produits caustiques » rejoignent la liste établie par décret des maladies à caractère professionnel dont la déclaration est obligatoire par tout médecin. La même année, Gustave Roussy publie avec l'un de ses préparateurs à la faculté de médecine de Paris une brochure de sensibilisation aux cancers professionnels visant à leur donner « droit de cité dans le cadre des maladies professionnelles⁴⁰⁴ ». Les pathologies cancéreuses liées à la suie, au goudron, aux huiles de houille et aux produits dérivés du pétrole (la paraffine notamment), sont particulièrement représentées dans la liste qu'il établit, dans laquelle il rappelle que « le cancer du goudron, goudron de houille et goudron de poix, est parmi les cancers professionnels l'un des plus fréquemment rencontrés, surtout en Angleterre, en Allemagne et en Amérique⁴⁰⁵ », avant de préconiser que « l'emploi de plus en plus répandu du goudron dans les travaux de voirie devrait dès maintenant susciter des mesures d'hygiène et de prophylaxie⁴⁰⁶. »

2.3.2.1. *Les produits dérivés de la houille hors du champ de la réparation : une exception française*

Mais lorsqu'en 1928, un projet de tableau concernant les intoxications par l'action des produits dérivés de la houille et du pétrole est discuté au sein de la CSMP, M. Gounod, le représentant du patronat s'appuie sur l'absence de données françaises – seuls six cas en France selon Gustave Roussy⁴⁰⁷ – pour obtenir que la commission n'adopte pas ce tableau et le « réserve pour une étude ultérieure⁴⁰⁸ ». Il tente auparavant de disqualifier l'intérêt même de créer un tel tableau : « M. Gounod attire l'attention de la commission sur le petit nombre de cas déclarés et demande si, en présence d'un aussi petit nombre de déclarations, il y a lieu de procéder à une enquête⁴⁰⁹. »

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 214. Le *Bulletin de l'Académie de médecine* publie en 1938 les résultats d'une étude sur cette question menée par André Kling et Marguerite Heros sous le titre « Le goudronnage des routes et chaussées, facteur étiologique possible du cancer primitif du poumon », n° 27, p. 130-143.

⁴⁰⁴ Gustave Roussy *et al.*, *Les cancers professionnels...*, art. cité, 1927.

⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 335.

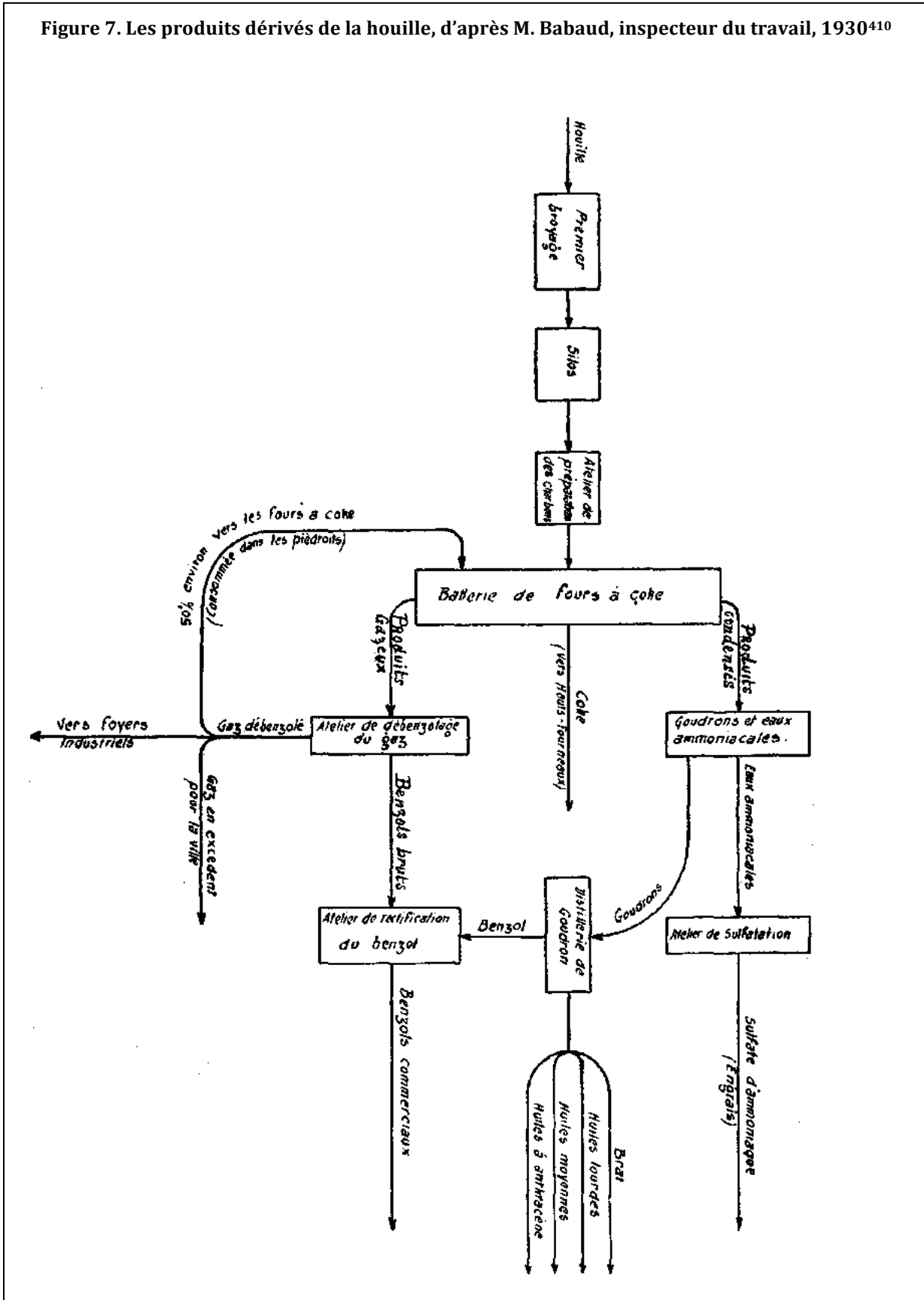
⁴⁰⁶ *Ibid.*

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 339.

⁴⁰⁸ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

⁴⁰⁹ *Ibid.*

Figure 7. Les produits dérivés de la houille, d'après M. Babaud, inspecteur du travail, 1930⁴¹⁰



⁴¹⁰ M. Babaud, « Note sur les conditions d'hygiène des travailleurs des cokeries et des habitants voisins de ces établissements », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, n° 21, 1930, p. 313.

L'état lacunaire des statistiques produites sur la base des déclarations médicales l'encourage d'ailleurs à se défier des quelques données produites, jusqu'à revendiquer que « la commission soit saisie des certificats médicaux⁴¹¹ ». En 1935, il fait encore « observer que les statistiques, dont l'importance a été soulignée au cours de la discussion, sont souvent insuffisantes parce qu'elles ne disent que ce qu'on veut leur faire dire. Elles devraient faire l'objet d'un examen préalable de la part des ouvriers et des industriels⁴¹² ».

Le tableau concernant le cancer cutané en lien avec les produits dérivés de houille ne voit le jour qu'en 1938, soit plus de douze ans après avoir été évoqué pour la première fois en commission. Entretemps, différents acteurs – syndicaux, parlementaires, institutionnels – se mobilisent pour obtenir son inscription au sein de la catégorie des maladies professionnelles.

Dans la *Voix du peuple*, bulletin officiel de la Confédération générale du travail, la notion de cancer professionnel apparaît pour la première fois en 1928 : à l'occasion de son congrès annuel, la Fédération du textile « réclame l'étude du cancer des fileurs de coton⁴¹³. » Un an plus tard, c'est la Confédération elle-même qui, à l'occasion de la IV^e réunion de la Commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles organisée à Lyon par le BIT, revendique l'inscription à la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation des « lésions de la peau à type cancéreux dues à la poix, au goudron, à la paraffine, au bitume, aux huiles minérales, ainsi qu'à tous les composés, produits ou résidus de ces substances⁴¹⁴ ». La Fédération des ports et docks adresse en 1933 une requête au ministre du Travail, relayée par plusieurs parlementaires⁴¹⁵.

La loi de 1931 n'ayant étendu la loi qu'à quatre nouveaux agents, Henri Meck, député du Bas-Rhin et militant syndical CFTC dans le bassin houiller lorrain, ne tarde pas à déposer à la Chambre des députés, avec une quarantaine de ses collègues parlementaires, un projet de résolution « tendant à ajouter un certain nombre de maladies professionnelles à la liste des maladies reconnues comme telles par la loi du 25 octobre 1919⁴¹⁶ ». Leur

⁴¹¹ La loi de 1931, parmi d'autres modifications, introduit l'obligation de transmettre à l'employeur, avec la copie de la déclaration qu'il recevait jusqu'alors, celle du certificat médical. Cette modification peut être reliée à cette demande du patronat de vérifier sur pièce le contenu des certificats médicaux. À partir de ce moment, il n'existe plus de secret médical en matière de maladie professionnelle puisque le certificat est transmis aux employeurs.

⁴¹² CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

⁴¹³ *La Voix du peuple*, série 3, n° 97, septembre 1928, p. 614.

⁴¹⁴ « Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 3-6 avril 1929 au nom de la Confédération générale du travail », *La Voix du peuple*, 3^e série, n° 101, janvier 1929, p. 41.

⁴¹⁵ Lettre de la fédération des Ports et Docks adressée au ministre du travail en date du 27 décembre 1933, évoquée dans Direction du travail, note relative à la question des additions à apporter aux tableaux annexes, en ce qui concerne les épithéliomas primitifs de la peau dus au goudron, au brai, au bitume, aux huiles minérales et à la paraffine, rubrique figurant dans la Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (révisée en 1934), séance de la CHI du 29 mars 1935 [qui sera reportée au 2 avril], CAC, art 19920443/31.

⁴¹⁶ Projet de résolution n° 686 du 25 octobre 1932.

projet énumère pas moins de trente-cinq agents toxiques et des maladies « depuis fort longtemps admises comme telles par les législations étrangères » avec, parmi elles, « les cancers épithéliomateux ou ulcération cutanée causée par la poix, le goudron, le bitume, l'huile minérale ou la paraffine ou un composé, produit ou résidu d'une de ces substances ».

Enfin, lorsque le docteur Agasse-Lafont présente son rapport sur la documentation recueillie par le ministère du Travail, à partir des déclarations transmises par les médecins, il relève que « parmi les maladies professionnelles de déclaration obligatoire, mais non encore sujettes à réparation, il en est quelques-unes qui se détachent, déjà, par leur fréquence et par leur importance, malgré les réserves que nous avons dû faire sur la nécessité d'interpréter avec circonspection les statistiques publiées jusqu'ici⁴¹⁷. » Avec 109 cas en 1930 (sur 208 maladies déclarées) et 77 cas en 1931 (sur 153), les affections causées par l'action de ces produits dérivés de la houille l'emportent très nettement par le nombre de cas déclarés sur toutes les autres maladies professionnelles du décret qui, elles, maladies causées par l'aniline mises à part, ne dépassent guère les quatre ou six cas par an :

« Il semble donc que c'est sur ces deux groupes de maladies professionnelles que l'attention du législateur mériterait d'être attirée. [...] Pour les derniers en particulier, on peut remarquer qu'essentiellement constituées par des lésions cutanées, d'aspect en général suffisamment caractéristiques, elles sont aisées à constater et que leur origine professionnelle n'est que rarement sujette à contestation⁴¹⁸. »

Ces données produites par le système de réparation, au moment où elles font apparaître le phénomène des effets sanitaires liés aux produits dérivés de la houille, sont toutefois immédiatement disqualifiées par le représentant du patronat⁴¹⁹.

2.3.2.2. Une impulsion internationale : le rôle pressant du BIT

En fait, l'inscription du cancer cutané lié aux produits dérivés de la houille à la liste des maladies indemnisables doit beaucoup à l'émulation portée par les organismes internationaux, dont Gustave Roussy est, dans le champ du cancer, l'un des principaux relais en France. Devenue cause publique au début du XX^e siècle, tant nationale qu'internationale, la lutte contre le cancer rejoint rapidement les préoccupations de la Société des Nations (SDN), créée en 1919 par le traité de Versailles, et plus particulièrement celles de sa section d'hygiène. Dès 1923, une commission cancer est créée qui s'efforce de construire une statistique internationale sur l'incidence de la

⁴¹⁷ CHI, séance du 9 janvier 1933, « Rapport concernant l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail, en application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », par M. le docteur E. Agasse-Lafont, CAC, art 19920443/31.

⁴¹⁸ *Ibid.*

⁴¹⁹ CSMP, Procès-verbal de la séance du 15 juin 1935, CAC, art 19920443/31.

pathologie et de réunir des scientifiques et médecins pour éclaircir les questions thérapeutiques et étiologiques. À partir de 1928, elle se focalise davantage sur les cancers d'origine professionnelle et initie à cette fin une vaste enquête, en lien avec le Bureau international du travail (BIT) :

« Elle a pour but essentiel d'établir les différences dans la fréquence du cancer, pour les mêmes professions dans différents pays, de dépister des risques de cancers professionnels déjà connus dans les pays où ils risquent de passer inaperçus, ainsi que de rechercher des formes nouvelles de cancer dues à la profession. Les résultats de ces études doivent donc d'une part permettre une protection plus efficace des ouvriers et d'autre part fournir d'utiles renseignements sur les causes fondamentales de cette grave affection⁴²⁰. »

Elle mobilise à cette fin un petit nombre d'experts qui, réunis à Londres en juillet 1928, en marge de la Conférence internationale du cancer⁴²¹, décident de limiter leurs recherches à l'étude des cancers du poumon et de la peau. Pour ce dernier, les experts doivent orienter leurs recherches sur le goudron et la poix dans les usines à gaz, les distilleries de goudron et les fabriques de briquettes ainsi que sur les huiles minérales utilisées dans les filatures de coton. Gustave Roussy, alors directeur de l'Institut du cancer de la faculté de médecine du Paris, reçoit mission d'étudier la situation en France. Signataire un an plus tôt d'une brochure sur les cancers professionnels, il estime que cette notion, « sans être nouvelle, est encore peu répandue, en France » alors qu'elle est « d'importance au double point de vue prophylactique et médico-légal⁴²² ».

Nommé par décret ministériel membre de la commission du cancer mise en place en 1922 auprès du ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales⁴²³, Gustave Roussy parvient à mobiliser la direction du travail sur cette question. Celle-ci invite tous les inspecteurs du travail, par une circulaire de juillet 1929, à documenter les industries et établissements où des cas de cancer auraient été observés et aussi à « rappeler aux médecins l'intérêt qui s'attache à ce que les cancers d'origine professionnelle soient régulièrement déclarés⁴²⁴ » :

« Dans la lutte générale contre le cancer qui se systématise et s'intensifie chaque jour davantage, comme vous le savez, une place à part est faite aujourd'hui aux cancers d'origine professionnelle. Il résulte en effet de nombreuses observations effectuées surtout en Angleterre, en Amérique et en Allemagne que certaines professions sont particulièrement exposées à l'action d'agents cancérogènes. [...] Il est [...] de la plus haute importance, tant du point de vue des mesures

⁴²⁰ Sylvain Sick, « L'œuvre de la Société des nations dans la lutte internationale contre le cancer de 1923 à 1938 », *Medicina & Storia*, vol. 8, n° 16, 2008, p. 67-93.

⁴²¹ La Conférence internationale du Cancer de Londres à lieu du 16 au 20 juillet 1928, à l'initiative du British Empire Cancer Campaign, association philanthropique de lutte contre le cancer.

⁴²² Gustave Roussy *et al.*, *Les cancers professionnels...*, art. cité, 1927.

⁴²³ JO du 9 juin 1922, p. 5971.

⁴²⁴ Ministère du travail, « Circulaire du 3 juillet 1929, Hygiène des travailleurs, enquête sur les cancers professionnels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 29, n° 8, 1929, p. 116.

prophylactiques que comporte cette terrible maladie que de sa réparation éventuelle, qu'une documentation aussi complète que possible puisse être réunie⁴²⁵. »

Le ton est alarmiste, à la mesure de la carence manifeste des études françaises au regard des données étrangères. C'est encore Gustave Roussy qui presse la direction du travail d'ajouter la mention des « cas de cancers ayant un caractère professionnel » dans la liste des maladies à déclaration obligatoire. Le procès-verbal de la séance du 11 octobre 1929 rend ainsi compte que :

« M. Sumien [directeur des assurances privées] donne lecture d'une lettre du directeur de l'Institut du cancer de la faculté de médecine de Paris demandant que le cancer professionnel soit compris dans la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. M. Picquenard [directeur du travail] indique qu'une enquête a établi que le cancer professionnel existe. La déclaration obligatoire de cette maladie aura pour effet de déterminer les travaux susceptibles de provoquer cette maladie. La commission accepte⁴²⁶. »

Faute d'avoir encore pu accéder à ce document conservé au service d'archives de la SDN, à Genève, nous ignorons le contenu du rapport rendu par Gustave Roussy en 1930⁴²⁷, tout comme celui du chef du bureau de l'hygiène au BIT, le docteur Luigi Carozzi⁴²⁸. Toujours est-il qu'au terme d'enquêtes menées notamment aux Pays-Bas, en France, aux États-Unis, en Grande Bretagne, le BIT décide de modifier substantiellement le contenu de la Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles adoptée en 1925 à Genève et ratifiée par la France en 1931⁴²⁹. Une nouvelle Convention internationale est adoptée en 1934 qui élargit la liste des maladies devant être réparées et mentionne notamment les « épithéliomas primitifs de la peau causés par tous procédés comportant la manipulation ou l'emploi du goudron, du brai, du bitume, des huiles minérales, de la paraffine, ou de composés, produits ou résidus de ces substances⁴³⁰ ». À cette époque, selon une publication du BIT, cette pathologie est déjà indemnisée dans une vingtaine d'États sur les quarante-sept pays membres de l'OIT, parmi lesquels, pour s'en tenir au continent européen, la Belgique, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Suisse, la Hongrie, l'Autriche, la Tchécoslovaquie, l'URSS et la Finlande⁴³¹. La question du cancer cutané lié aux produits dérivés de la houille devient ainsi une affaire internationale.

⁴²⁵ *Ibid.*, p. 114.

⁴²⁶ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1929, CAC, art 19920443/31.

⁴²⁷ Ce rapport est référencé ainsi par Sylvain Sick, art. cité, 2008, p. 86 : Prof. G. Roussy et Dr Ch. Grandclaude, *Rapport sur les cancers professionnels*, Genève, 26 avril 1930, CH/SC, Prof/8.

⁴²⁸ Dr L. Carozzi, *Rapport sur la fréquence du cancer dans certaines professions*, Genève, le 31 janvier 1930, CH/SC, Prof/7.

⁴²⁹ Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (n° 18) adoptée à Genève en 1925, ratifiée par la France par la loi du 10 juillet 1931 (JO du 1^{er} août 1931, p. 8434).

⁴³⁰ Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (n° 42), adoptée à Genève en juin 1934, ratifiée par la France en 1948.

⁴³¹ Bureau international du travail, *La réparation des maladies professionnelles. Révision partielle de la convention concernant la réparation des maladies professionnelles*, Genève, 1933, p. 202-205. Pour la Tchécoslovaquie, le texte de loi mentionne les « eczéma graves difficilement guérissables (cancers) causés par la suite, la paraffine, le goudron, la créosote, l'antracène, la poix et substances analogues » (p. 49).

2.3.2.3. *Un tableau a minima*

La CSMP, lorsqu'elle reprend ses séances en 1935, au terme de six ans de mise en sommeil, est immédiatement invitée à se prononcer sur l'adjonction des pathologies qu'il faudrait inclure à la liste des maladies à déclaration obligatoire, dans la perspective de pouvoir ensuite ratifier cette nouvelle convention internationale. À cette occasion, Maurice Duvoir et Daniel Florentin proposent et obtiennent un classement « plus logique⁴³² » distinguant parmi les pathologies celles ayant pour cause des agents chimiques, des agents végétaux, des agents physiques et des agents animés. Au cours de la discussion, la question des cancers professionnels est rapidement évacuée. La mention « les cas de cancer ayant un caractère professionnel autre que ceux déclarés du chef d'une des causes sus-énoncées » inscrite dans le décret de 1929 disparaît du décret suivant, six ans plus tard⁴³³. Maurice Duvoir faisant remarquer « qu'il n'y a pas en France, d'autres cancers professionnels que cutanés. Notamment le cancer pulmonaire ne se rencontre pas en l'absence de cobalt⁴³⁴ », René Piédelièvre, médecin légiste (1891-1975), estime alors que les cancers cutanés étant déjà pris en compte dans le paragraphe consacré aux intoxications liées aux produits dérivés de la houille, il n'est nul besoin d'en faire état dans la liste. Ces deux médecins suppriment ainsi toute possibilité de signalement de nouveaux cas de pathologies cancéreuses en lien avec le travail qui pourraient advenir, à rebours de la volonté de Gustave Roussy de construire une statistique des risques cancérigènes au travail.

Lorsque six nouveaux tableaux sont créés en 1936, ils ignorent encore les maladies liées aux produits dérivés de la houille. Il faut attendre la dernière année du Front populaire, en 1938, pour qu'une dizaine de projets de tableaux soient activement discutés, dont celui mentionnant les cancers cutanés, dont le projet est présenté par le docteur Agasse-Lafont. Au terme de trois séances extrêmement rapprochées de la CHI⁴³⁵ et d'une séance ultime de la CSMP⁴³⁶, ce tableau est finalement adopté non sans avoir toutefois subi une forte évolution. À l'occasion des discussions, M. Soulé et M. Bing, du Comité central des producteurs et distillateurs de goudron, ainsi que M. Minard, de la chambre syndicale des raffineurs de pétrole, sont spécialement invités à participer aux réunions de la CHI⁴³⁷.

⁴³² CSMP, Procès-verbal de la séance du 12 juillet 1935, CAC, art 19920443/31.

⁴³³ Décret du 16 octobre 1935 (JO du 19 octobre 1935).

⁴³⁴ *Ibid.*, Cette affirmation dénote une parfaite ignorance des travaux menés au même moment par la commission du cancer de la SDN sur les cancers du poumon. Il en sera question dans le prochain chapitre.

⁴³⁵ CHI, séances du 25 février, du 16 mars et du 16 mai 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴³⁶ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 juillet 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴³⁷ En 1937, soit plus de six ans après la loi de 1931 qui a défini la composition de la CHI et de la CSMP, le sous-secrétaire d'État aux travaux publics, en charge de la direction des mines, « signale l'intérêt qu'il attacherait à être représenté au sein de la CSMP », alors qu'il siège déjà au sein de la CHI, dans un courrier qu'il adresse au ministre du travail. Les discussions en cours sur le tableau liés aux produits dérivés de la houille ont-elles favorisé l'importance qu'il accorde soudainement à sa présence au sein de la CSMP ? Sous-secrétaire d'État aux travaux publics, lettre au ministre du travail, 21 octobre 1937, CAC, art 19920443/31.

Avec le concours de M. Parent, secrétaire général du Comité central des houillères de France, ils s'efforcent de limiter la portée du tableau :

« M. le docteur Laporte estime qu'il y a lieu de distinguer les dérivés de houille de ceux du pétrole, à son avis, à l'exception de la paraffine, les produits dérivés du pétrole ne sont pas cancérigènes. M. Parent ne conteste pas que les brais soient susceptibles de provoquer des cancers cutanés, mais les goudrons et leurs dérivés ne seraient pas dangereux. M. Soulé est du même avis. M. Bing indique que les cas signalés à l'étranger sont dus au brai et non au goudron⁴³⁸. »

Ils parviennent d'abord à faire établir par la législation une distinction dans la famille des hydrocarbures entre les dérivés de la houille (goudron, brai, huile) et ceux du pétrole (bitume, paraffine), alors même que le professeur Étienne Martin, un mois plus tôt, plaidait pour la construction d'un seul et même tableau qui couvrirait tous les travailleurs fabriquant, employant ou manipulant les hydrocarbures et leurs dérivés et qui serait baptisé « hydrocarburisme professionnel⁴³⁹ ».

« M. le Professeur Étienne Martin estime que la méthode suivie en France jusqu'à présent, méthode qui consiste à établir pour chaque corps toxique une double liste limitative de maladies provoquées par ce corps et de travaux industriels exposant à ces maladies, est insuffisante pour couvrir tous les risques de maladies professionnelles. Tous les hydrocarbures et leurs dérivés halogénés, nitrés ou aminés doivent être considérés comme toxiques ; ils sont souvent employés en mélanges dont la composition est mal connue ; les progrès de l'industrie conduisent à l'emploi de produits nouveaux ; dans ces conditions l'énumération des produits toxiques ainsi que celle des travaux industriels exposant les ouvriers à leur action ne peut être qu'incomplète. [...] Rappelant que les hydrocarbures peuvent donner lieu à des symptômes particuliers suivant les individus ; il propose de leur substituer des syndromes généraux tels que : modifications sanguines, troubles gastro-intestinaux, dermatites ou cancers cutanés, troubles des voies respiratoires, troubles nerveux ou endocriniens⁴⁴⁰. »

Étienne Martin, qui a dirigé le service d'inspection médicale des usines de guerre durant la Première guerre mondiale, est particulièrement au fait des effets des hydrocarbures sur la santé des ouvriers, qu'ils soient dérivés de la houille ou du pétrole. Sa proposition est soutenue par le Docteur Guy Hausser, ainsi que par les spécialistes en chimie que sont respectivement Daniel Florentin, ingénieur chimiste, et Émile Kohn-Abrest⁴⁴¹, directeur du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police. Le premier d'entre eux estime en effet qu'à vouloir créer des tableaux pour chaque agent, on « oublierait des corps qui, comme le chlorure de méthylène, sont susceptibles de nouveaux emplois industriels ».

⁴³⁸ CHI, séance du 20 mai 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴³⁹ CHI, séance du 25 février 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴⁴⁰ *Ibid.*

⁴⁴¹ Emile Kohn-Abrest (1880-1969), directeur du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police, expert auprès de la Cour d'Appel de Paris et professeur de chimie toxicologique à l'Institut de Médecine Légale et à l'Institut d'Hygiène de l'Université de Paris (1924).

En 1931, il adressait déjà un courrier dans ce sens au ministre du Travail, au titre du président du Syndicat professionnel des ingénieurs chimistes français, proposant de ne pas construire un tableau spécifique au tétrachloroéthane, alors à l'étude, mais un tableau plus général, étant entendu que, « à l'heure actuelle, on fabrique et on emploie couramment dans l'industrie une multitude d'autres dérivés chlorés [...] et dérivés nitrés et aminés des carburants benzéniques, en particulier [...] l'aniline⁴⁴² ». Le second suggère de « réunir dans un seul tableau tous les dérivés halogénés de la série grasse ». Soumise au vote des membres de CHI, cette proposition ne recueille que neuf voix sur vingt-cinq, le représentant du patronat, M. Pierre Gounod, la considérant comme « une remise en cause de la loi⁴⁴³ ». Ainsi se met en place un dispositif qui renforce tableau par tableau, agent par agent, même au sein de la même famille, les contraintes de la négociation.

Les représentants de l'industrie des hydrocarbures parviennent dans le même temps à exclure du champ de la réparation tous les dérivés de la houille (notamment les goudrons et les huiles), à l'exception des brais. Ils s'appuient pour ce faire sur la fragilité des données françaises, notamment sur une note émanant de la direction du Travail⁴⁴⁴. En introduction à une réunion précédente, ce document précisait qu'une enquête menée par l'inspection du travail était parvenue à produire des renseignements intéressants, mais « forcément fragmentaires et plus ou moins imprécis ». Une autre – partielle – avait été réalisée dans des fabriques d'agglomérés, pour répondre à une requête de la Fédération nationale des ports et docks CGT⁴⁴⁵. Si ces deux enquêtes avaient pu identifier des cas de cancers cutanés, c'était toutefois uniquement en lien avec l'exposition au brai de houille, « un très petit nombre de cas ont été rapportés au goudron, à la paraffine, et aucun jusqu'ici au bitume et aux huiles minérales⁴⁴⁶ ».

Maurice Duvour suggère bien de recontacter à ce sujet Gustave Roussy, directeur de l'institut du cancer de la faculté de médecine de Paris et actif promoteur de la prise en compte par la loi des cancers d'origine professionnelle, mais Guy Hausser accepte

⁴⁴² Syndicat professionnel des ingénieurs chimistes français, lettre au ministre du travail, 27 juin 1931, CAC, art 19920443/31.

⁴⁴³ CHI, séance du 25 février 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴⁴⁴ Direction du travail, note relative à la question des additions à apporter aux tableaux annexes, en ce qui concerne les épithéliomas primitifs de la peau dus au goudron, au brai, au bitume, aux huiles minérales et à la paraffine, rubrique figurant dans la Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (révisée en 1934), séance de la CHI du 29 mars 1935 [qui sera reportée au 2 avril], CAC, art 19920443/31. Cette note confirmait toutefois que tous ces produits dérivés de la houille ou du pétrole provoquaient pareillement des lésions, non cancéreuses, mais qui devaient être inscrites au tableau.

⁴⁴⁵ Selon Marie-Monique Robin, en Grande-Bretagne, la fréquence des cancers de la peau suscite dès le début du XX^e siècle une demande d'enquête officielle de la part du Syndicat des dockers. Publiée en 1912, cette « investigation épidémiologique, la première du genre, confirma l'excès de mélanome chez les ouvriers des chantiers navals ». Marie-Monique Robin, *Notre poison...*, ouvr. cité, 2011, p. 135. L'étude qu'elle évoque est : Hugh Campbell Ross *et al.*, « The problem of the gasworks pitch industry and cancer », *The John Howard Mc Fadden Researches*, London, John Murray, 1912.

⁴⁴⁶ Direction du Travail, note relative à la question des additions à apporter aux tableaux annexes, en ce qui concerne les épithéliomas primitifs de la peau dus au goudron, au brai, au bitume, aux huiles minérales et à la paraffine, rubrique figurant dans la Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (révisée en 1934), séance de la CHI du 29 mars 1935 [qui sera reportée au 2 avril], CAC, art 19920443/31.

finalement la circonscription de celui-ci aux seuls brais de houille. En échange de quoi il négocie tout à la fois l'augmentation de la durée du délai de responsabilité de trois à cinq ans et « que soient nettement visés les travaux de chargement et de déchargement effectués par les dockers⁴⁴⁷ », secteur où la CGT est très présente.

L'institut d'études et de prévention des maladies professionnelles : une expérience syndicale inédite

C'est à la faveur de la restitution à l'Institut d'histoire sociale de la CGT des archives dites « de Moscou⁴⁴⁸ » que Morgan Poggioli⁴⁴⁹ et Jean-Claude Devinck ont pu faire sortir de l'oubli l'expérience syndicale éphémère de l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles. Sa création est à resituer dans le contexte du Front populaire, dans la volonté de la CGT de faire évoluer la loi sur la réparation des maladies professionnelles qui se limite alors à six tableaux, donc six familles d'affections, au regard de nouveaux moyens financiers dont elle dispose. Morgan Poggioli cite ainsi le courrier que Frachon adresse en 1937 à toutes les fédérations, dans lequel il présente tout l'intérêt que représenterait l'ouverture d'un « centre d'études et de dépistage des maladies professionnelles » :

« Celui-ci aurait pour but, en liaison directe avec les organisations syndicales intéressées de mener une large enquête sur les bases suivantes : inviter les travailleurs atteints de maladies professionnelles à venir se faire examiner par un médecin qualifié ; procéder aux analyses chimiques des produits ayant engendré la maladie ; constituer des dossiers ; au besoin se rendre dans les usines. Le fruit de ce travail étant de mettre en relief toutes les affections à caractère professionnel, obliger par là même les pouvoirs publics à prendre en considération les revendications ouvrières sur ce terrain et surtout, obliger les employeurs à prendre toutes dispositions de sécurité et d'hygiène dans les établissements. Telle est la tâche que nous pensons mener à bien avec comme de juste, l'appui des organisations intéressées, fédérations et syndicats⁴⁵⁰. »

La création de cet institut est rendue possible grâce à l'investissement de Guy Hausser, jeune médecin membre de l'association Médecine et travail qui regroupe des praticiens se plaçant au service des syndicats ouvriers, bientôt à l'initiative de la création d'un syndicat de médecins affilié à la CGT, le syndicat des techniciens médicaux, dont les statuts stipulent qu'il lui revient de « devenir le conseiller technique de la classe ouvrière pour les questions relevant de sa compétence ». Missionné en 1936 par le ministère du Travail du Front populaire pour observer l'organisation de la médecine du travail en URSS⁴⁵¹, Guy Hausser visite l'Institut des maladies professionnelles « ОБУНР⁴⁵² », duquel il s'inspire pour organiser l'Institut confédéral d'étude et de prévention des maladies professionnelles à Paris un an plus tard.

Les articles reproduits en annexe illustrent l'ambition de cet Institut qui aura vécu moins de deux ans, d'abord fragilisé par la diminution des subventions confédérales puis mis en sommeil par la déclaration de guerre en septembre 1939. Mobilisé comme médecin de guerre, déchu de ses droits d'exercer en vertu du statut des juifs promulgué par l'État de Vichy en 1940, Guy Hausser reprend toutefois ses activités au laboratoire de la faculté

⁴⁴⁷ CHI, séance du 20 mai 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴⁴⁸ Les archives internes de la CGT pour la période de l'entre-deux-guerres n'ont réintégré les fonds d'archives de la CGT qu'au terme d'un long parcours historique et géographique. Saisies par les autorités allemandes au lendemain de la défaite de 1940, elles ont d'abord été expédiées par train dans le sud de l'Allemagne et en république tchèque. Découvertes à Berlin en 1945 par l'Armée rouge, « ces archives françaises furent alors envoyées à Moscou auprès des autorités soviétiques, classées, inventoriées et mises au secret sous la tutelle du KGB, parmi les "archives spéciales", pendant plusieurs dizaines d'années », jusqu'après la chute du mur de Berlin, dans les années 1990. Restituées au ministère des Affaires étrangères français, elles ont été versées à la CGT en 1999. Morgan Poggioli, « Les sources pour faire l'histoire du syndicalisme. Le cas de la CGT : le fonds rapatrié de Moscou pour l'entre-deux-guerres », *Histoire@Politique. Politique, culture, société*, n° 12, septembre-décembre 2010, en ligne sur www.histoire-politique.fr [consulté le 3 mars 2015].

⁴⁴⁹ Morgan Poggioli, *La CGT du Front Populaire à l'État Français (1934-1940) De la réunification à la scission, de la scission à la dissolution*, thèse pour le doctorat en histoire, Université de Bourgogne, 2005.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 388.

⁴⁵¹ Victor Balthazard, « article nécrologique sur Guy Hausser », *Archives des maladies professionnelles*, tome 6, n° 7, 1944-1945, p. 349.

⁴⁵² Guy Hausser, « La protection du travail en URSS », *Le travail humain*, tome 5, n° 2, juin 1937, p. 236-238.

de médecine de Paris, ses médailles militaires lui accordant une dérogation. Il est finalement arrêté et déporté en 1942 au camp de Auschwitz, dont il ne reviendra pas. Si l'expérience de cet Institut fut limitée dans le temps, elle semble avoir été dense. Selon un bilan rédigé par Guy Hausser lui-même pour soutenir fin 1938 la demande d'une subvention au ministère du Travail : « La bibliothèque comprend plus de 400 volumes français et étrangers ; elle reçoit actuellement 63 revues françaises, 62 revues étrangères, sans compter les publications syndicales françaises et étrangères. Ces revues ont été dépouillées, les articles intéressants ont fait l'objet de fiches qui fournissent actuellement plus de 5 000 références. Ces références sont, à leur tour, classées par noms d'auteurs, produits toxiques, professions, maladies, et forment un total de plus de 12 000 fiches. [...] Après ce premier effort de documentation en quelque sorte livresque, nous avons essayé de nous tenir le plus possible au contact de la réalité humaine et médicale par l'examen des victimes des maladies professionnelles. [...] En un an, nous avons vu plus de 1 100 malades. [...] Remarquons que sur les 1 100 malades examinés, 300 environ présentaient des affections susceptibles d'être déclarées en vertu de la législation existante⁴⁵³. » Cet institut, en croisant dans un même espace des savoirs syndicaux, médicaux et juridiques, parvient ainsi à rendre visible la responsabilité du travail dans l'état de santé des travailleurs et à promouvoir le fonctionnement du système de réparation, dans une perspective de prévention.

Au sortir de la séance de juillet 1938 de la CHI, l'accord s'est construit sur un tableau correspondant aux « maladies professionnelles provoquées par le brai de houille », soit les « épithéliomas primitifs de la peau, les lésions oculaires, les dermites chroniques ou récidivantes lorsque ces affections sont provoquées par le brai de houille ». Il est toutefois « entendu que le docteur Agasse-Lafont poursuivra son étude au sujet des goudrons et des huiles minérales et que l'administration le mettra en rapport avec le professeur Roussy et l'Institut du cancer afin qu'il puisse compléter sa documentation⁴⁵⁴. » Exclue du tableau en 1938, ces produits dérivés de la houille – le goudron et les huiles – ne seront pas inscrits avant 1972 au titre de ce tableau⁴⁵⁵ et les suies de charbon, repérées par Percivall Pott, seulement en 1988⁴⁵⁶.

Lors de son examen par la CSMP, le secrétaire général du Comité national des houillères de France tente une nouvelle remise en cause de ce tableau, pour lequel il avait pourtant émis un avis favorable lors du vote réalisé en séance de la CHI. Il dénonce le délai de responsabilité fixé à 5 ans pour les cancers cutanés qu'il estime trop long, surtout dans le cas des travaux de chargement et de déchargement des navires à quai :

« S'il est acceptable pour des travaux continus ou habituels, par contre il crée une lourde présomption de faute à l'égard des employeurs en ce qui concerne des opérations accidentelles. N'est-il pas injuste de mettre cette présomption à la charge d'un employeur qui embauche un docker pour quelques jours⁴⁵⁷ ? »

⁴⁵³ Intervention de Arthur Marette, lors de la discussion du projet de loi portant fixation du budget du ministère du travail pour l'exercice 1939, JO du 20 décembre 1938, p. 2011. Arthur Ramette (1897-1988), natif du département du Nord, ouvrier mécanicien puis secrétaire du syndicat CGT des métaux de Caudry, membre du comité central du Parti communiste, il est élu député communiste de Douai en 1932 jusqu'à la déchéance de son mandat en 1940 et devient secrétaire de la Chambre de 1936 à 1939, sous la mandature du Front populaire.

⁴⁵⁴ CHI, séance du 20 mai 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴⁵⁵ Décret n° 72-1010 du 2 novembre 1972 (JO du 9 novembre 1972).

⁴⁵⁶ Décret n° 88-575 du 6 mai 1988 (JO du 7 mai 1988).

⁴⁵⁷ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 juillet 1938, CAC, art 19920443/31.

Cette ultime tentative de rétrécissement du tableau 16 visant à exclure la profession des dockers du champ de la réparation est rapidement bloquée par M. Perrin, de la direction du travail, qui rappelle l'existence d'un principe de responsabilité solidaire entre les employeurs et que « les tribunaux pourront toujours trancher les difficultés particulières⁴⁵⁸ ». Elle éclaire en tous cas cet espace mouvant de négociation où ce qui a été validé lors d'une séance peut toujours être remis en question.

2.3.2.4. *Les produits dérivés de la houille : un marché en expansion*

Il est intéressant à cet endroit d'observer le sort différent réservé au projet de tableau concernant les rayonnements ionisants, abordé en séance de la CSMP en 1928, et celui concernant les produits dérivés de la houille, abordé deux ans plus tôt.

Dans le premier cas, Anne Fellingner rend compte du combat judiciaire mené par le syndicat des ingénieurs chimistes et l'action de lobbying qu'il déploie pour obtenir la reconnaissance des pathologies radio-induites en direction du ministère du Travail, des parlementaires, et en prenant appui sur le Bureau international du travail. Cinq années de discussions suffisent à son adoption. Dans le second, en dépit de données internationales et nationales, d'une mobilisation syndicale et parlementaire et d'une intervention médicale relayée par le ministère du Travail, le tableau n'est adopté qu'au terme de douze années de négociations, à la faveur du Front populaire, et dans une version extrêmement restrictive au regard des autres pays – vingt en 1934 – qui indemnisent déjà les cancers cutanés liés aux produits dérivés de la houille. À cet égard, on peut remarquer que ce ne sont pas les mêmes catégories professionnelles qui sont concernées et que les enjeux économiques liés à ces deux secteurs d'activité diffèrent fortement.

Anne Fellingner remarque qu'à cette époque, très peu de personnes sont, en France, concernées par le risque radioactif et donc par la réparation, l'industrie du radium par exemple n'excédant pas 50 personnes. Dans ce secteur, par ailleurs, « l'enjeu financier est de nature différente que dans d'autres industries visées par la loi : le surcoût [de la réparation] pour les industriels et les assureurs peut paraître négligeable comparé aux retombées que la médecine et la science promettent alors pour l'ensemble de la société et pour le développement industriel⁴⁵⁹ ». Sans avoir les moyens ici d'explorer en profondeur les enjeux économiques du secteur de la houille et de ses produits dérivés, il est d'emblée possible de remarquer que ses substances concernent un large éventail de secteurs d'activité et un grand nombre d'ouvriers⁴⁶⁰. Le développement du revêtement

⁴⁵⁸ *Ibid.*

⁴⁵⁹ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008, p. 157.

⁴⁶⁰ Près de 65 000 tonnes de brai étaient encore consommées tous les ans en France en 2008, « et, si on enregistre une légère tendance à la baisse, elle est davantage due à une délocalisation de l'outil industriel vers des pays tiers qu'à une substitution des matériaux eux-mêmes. Aujourd'hui pour plusieurs applications industrielles, la substitution ne semble pas possible. »

des voies en France n'est qu'un aspect de cette économie des produits houillers, mais déjà éclairant, sur le marché du goudron. En concurrence avec le macadam⁴⁶¹ ou encore le bitume, le recours au goudron masque de gros enjeux économiques : selon André Guillaume, « dès 1931, 700 000 tonnes de produits noirs sont ainsi consommées, attisant la concurrence entre pétroliers importateurs (bitume) et charbonniers nationaux (goudron)⁴⁶². » La demande est si forte et la concurrence internationale si rude, relève Patrick Harismendy qu'« à partir de 1928, le Ministère des Travaux publics établit un "tableau de répartition des goudrons". Cette mesure, destinée à favoriser la production nationale des sous-produits du charbon, glisse vers le protectionnisme au début des années trente et pénalise les Côtes-du-Nord habituées à se fournir en Grande-Bretagne pour deux fois moins cher auprès de la Bedford Petroleum Oe (qui livre du « Road asphalt standard ») ou de YUnirea (roumaine)⁴⁶³ ». La résistance de M. Gounod, représentant des industries chimiques, à inscrire les produits dérivés de la houille dans le champ de la réparation des maladies professionnelles, et la relative inertie ministérielle doivent être resituées dans ce contexte. Se retrouve ici l'imbrication des dimensions techniques, politiques, économiques et sociales qui préside à la construction des tableaux, déjà relevée par Judith Rainhorn dans le cas du premier d'entre eux, créé en 1919, et concernant les pathologies liées au plomb⁴⁶⁴.

Le tableau 15 sur l'aniline et le cancer de la vessie : une adoption moins controversée, mais tout aussi lente

C'est en 1928 que le projet de tableau visant à indemniser les affections causées par l'aniline et ses dérivés est présenté en CSMP. Cela fait alors plus de sept ans que le BIT a édité sa brochure sur les cancers de la vessie des ouvriers travaillant dans les fabriques d'aniline⁴⁶⁵. M. Gounod, représentant du patronat, émet aussitôt de sérieuses réserves à son propos, réclamant « qu'une enquête soit faite à ce sujet ». Mais le docteur Balthazard met tout aussitôt un terme à cette demande, rappelant que « depuis longtemps les médecins ont des observations à ce sujet⁴⁶⁶ ». Deux cas viennent d'ailleurs d'être signalés depuis que ces affections figurent au décret de 1927 sur les maladies à déclaration obligatoire. La commission s'accorde donc dès 1928 sur le principe d'un tableau et désigne une sous-commission pour dresser la liste des industries et des maladies concernées. En 1933, le docteur Agasse-Lafont préconise dans son rapport que ces affections, au même titre que celles dues aux produits dérivés de la houille, fassent prioritairement l'objet d'une prise en charge⁴⁶⁷, tout comme la Convention

Michel Héry, « Prévention du cancer de la vessie en milieu professionnel : Bilan et perspectives », *La revue du journal des professionnels de la santé au travail*, octobre 2008, p. 17.

⁴⁶¹ Du nom de McAdam, contrôleur des chemins du comté de Bristol qui a généralisé la technique d'aménagement des routes en Grande-Bretagne, qui consistait à « décaper la terre arable, d'y disposer trois rangs de cailloux de la grosseur d'un œuf de poule, de les tasser au rouleau, de tailler des fossés latéraux et on obtient des routes fiables, sans ornière, suffisamment plates pour avoir deux voies de circulation, faciles à entretenir ». André Guillaume, « Chemins, routes, autoroutes », *Les cahiers de médiologie* 1996/2 (N° 2), p. 123.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 126.

⁴⁶³ Patrick Harismendy, « Du caillou au bitume, le passage à la "route moderne" (1900-1936) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 106, n° 3, 1999, p. 128.

⁴⁶⁴ Judith Rainhorn, *Poison légal...*, dossier cité, 2015.

⁴⁶⁵ Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie*, étude citée, 1921.

⁴⁶⁶ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 octobre 1928, CAC, art 19920443/31.

⁴⁶⁷ CHI, séance du 9 janvier 1933, « Rapport concernant l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail, en application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », par M. le docteur E. Agasse-Lafont, CAC, art 19920443/31.

internationale sur la réparation des maladies professionnelles de 1934. Ce n'est toutefois qu'en 1938 que ce projet de tableau, adopté par la CHI dès 1935, est finalement présenté à la CSMP. Il est adopté à l'unanimité sous le titre extrêmement spécialisé de « intoxications professionnelles causées par les amines aromatiques (aniline, ses homologues, leurs dérivés chlorés, nitrosés, nitrés, sulfonés ; phénylhydrazine, benzidine et homologues, phénylénédiamines et homologues, aminophénols, naphtylamines) ». Les tumeurs de la vessie bénéficient d'un délai de responsabilité de cinq ans.

2.3.1. Le système des tableaux inadapté à la pathologie cancéreuse

En 1938, trois tableaux de maladie professionnelle, sur les dix-huit existants, mentionnent des pathologies cancéreuses : les leucémies, les cancers de la peau et de la vessie. L'appréhension des cancers professionnels par les différents acteurs concernés par la réparation est bien sûr étroitement liée à l'état des connaissances médicales et des techniques diagnostiques. Mais il apparaît aussi que le dispositif créé par la loi de 1919 entre en tension avec les caractéristiques de la pathologie cancéreuse : il compromet alors l'extension du champ de la réparation à ce type de maladies.

2.3.1.1. La faiblesse des outils diagnostiques pour identifier les cancers

La pathologie cancéreuse demeure encore difficile à identifier dans cette première moitié du XX^e siècle. Le terme générique « cancer » désigne en fait plusieurs localisations qui sont plus ou moins rétives aux moyens de les diagnostiquer, selon leur emplacement. On parle ainsi de cancers « liquides » en opposition aux cancers « solides », de cancers « internes » ou encore « profonds » en opposition aux cancers « externes ». Cela expliquerait d'ailleurs, selon Ilana Löwy, que la pathologie cancéreuse ait longtemps été considérée comme affectant principalement les femmes :

« En effet, avant l'apparition des technologies modernes de diagnostic, il arrivait souvent que les médecins ne détectent pas les tumeurs malignes des organes internes. Les patients souffraient de troubles digestifs, faisaient des jaunisses, des "attaques", se plaignaient d'essoufflements et des "maux du grand âge", mais il n'était pas question de cancer de l'estomac, du colon, du foie, du cerveau ou du poumon. En revanche, il était difficile de ne pas voir les changements spectaculaires occasionnés par un cancer du sein ou d'ignorer les abondantes pertes de sang et les sécrétions vaginales, symptômes caractéristiques d'un cancer de l'utérus avancé. Au XIX^e siècle et au début du XX^e, les statistiques de la mortalité en France et en Angleterre – lesquelles sont loin d'être précises – faisaient apparaître presque trois fois plus de décès dus au cancer parmi les femmes que parmi les hommes. Le courant ne s'est inversé que vers le milieu du XX^e siècle, avec la possibilité de réaliser des diagnostics précis de tumeurs cancéreuses sur les organes internes et l'augmentation rapide des décès provoqués par le cancer du poumon chez les hommes⁴⁶⁸. »

Les trois localisations cancéreuses retenues dans ces premiers tableaux correspondent *de facto* à celles pour lesquelles les moyens d'investigation sont alors éprouvés : l'œil

⁴⁶⁸ Ilana Löwy, « Le genre du cancer », *Clio, Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], n° 37, p. 65, 2013, accessible sur <http://clio.revues.org/10986> [consulté le 26 septembre 2013].

suffit à soupçonner un cancer cutané, l'analyse sanguine détecte une leucémie⁴⁶⁹ et le recours au cytoscope⁴⁷⁰ permet de confirmer d'éventuelles lésions vésicales au cours de l'exploration des voies urinaires. L'observation du cancer du poumon, organe interne, se révèle en revanche beaucoup plus hasardeuse. Elle se pratique le plus souvent *post mortem*, lorsque des autopsies sont pratiquées. La radiologie, si elle a pu révolutionner les méthodes diagnostiques, n'a pas la précision qu'elle gagnera après guerre et l'interprétation des images demeure extrêmement complexe. L'effet différé des substances cancérogènes contribue également à obscurcir la connaissance des pathologies cancéreuses d'origine professionnelle.

2.3.1.2. *Des maladies à long délai de latence ou la responsabilité de l'employeur masquée*

On peut toutefois remarquer que certains critères retenus dans l'élaboration des tableaux ne relèvent pas de l'espace d'incertitude qui reste associé à la connaissance de la pathologie cancéreuse. Il en est ainsi du « délai de responsabilité » qui, d'emblée, s'impose comme une variable d'ajustement au cœur du processus de négociation entre représentants ouvriers et patronaux. Si des nombreuses études ont depuis actualisé la question du délai de latence entre l'exposition aux cancérogènes et la survenue de la maladie pour en augmenter la durée, il existait déjà dans les années 1920 des estimations sur lesquelles s'appuyer.

Concernant le cancer des radiologistes, les données ont la particularité d'être construites dans la plus grande des proximités entre victimes et chercheurs : ceux qui les ont produites sont issus d'une catégorie tout à la fois experte et victime de l'effet des rayonnements ionisants, médecins et chercheurs travaillant sur et avec les rayons X. Il est ainsi admis par la communauté scientifique et médicale que « le cancer des radiologistes survient ordinairement après un temps de latence relativement long qui peut varier de quatre à quatorze ans⁴⁷¹ ». Le délai de responsabilité retenu de cinq ans, s'il peut apparaître important au regard de celui qui est retenu pour les autres affections, s'accorde en fait avec l'estimation la plus basse sans même correspondre à la moyenne (neuf ans).

Faisant rapidement figure d'étalon à l'aune duquel les représentants des organisations ouvrières – le docteur Guy Hausser en tête – se positionnent dans le cas des autres pathologies cancéreuses, ce délai de responsabilité sera identique dans les deux autres tableaux. Dans le cas des amines aromatiques, le BIT observe pourtant que « chez les

⁴⁶⁹ Et encore, elles ne sont pas toutes repérées comme telles : la maladie qui a emporté Marie Curie en 1934 a ainsi été diagnostiquée comme une anémie aplasique ; il s'agissait en fait d'une leucémie. Siddhartha Mukkerjee, *L'empereur de...*, ouvr. cité, p. 569, note 12.

⁴⁷⁰ Instrument souple muni d'un éclairage solidaire qui permet de voir l'intérieur des voies urinaires. Cet examen aurait été pratiqué pour la première fois en 1865 par un urologue autrichien, Léopold von Dittel.

⁴⁷¹ Gustave Roussy et al., *Cancers professionnels...*, art.cité, 1927.

ouvriers en contact avec l'aniline, les tumeurs se présentent surtout après [l'âge de] 40 ans, [...] l'action du toxique s'effectue très lentement et après une durée très longue⁴⁷² ». Parmi les ouvriers touchés, une majorité comptait déjà 16 à 30 ans de métier et donc d'exposition à l'aniline. Si le BIT convient qu'il est « difficile de répondre à la question de savoir quel est le laps de temps nécessaire à l'apparition des premiers symptômes de tumeur de la vessie », il relève qu'il faut au moins 10 ans d'incubation pour les tumeurs bénignes et que « l'expérience pratique a montré que les tumeurs se présentent aussi plusieurs années après la cessation du travail⁴⁷³ », parfois huit ans après. Enfin, concernant les produits dérivés de la houille, les inspecteurs du travail à qui le ministère avait confié la mission d'enquêter sur les éventuels cas de cancers d'origine professionnelle, relèvent que, dans les données anglaises concernant les cancers des fileurs de coton, « pour les 782 cas susvisés, 644 intéressaient des fileurs exerçant encore leur profession au moment où le cancer a été reconnu et les 138 autres d'anciens ouvriers fileurs ayant quitté leur profession depuis une durée variant de quelques mois à 30 ans⁴⁷⁴. »

Le choix du délai de responsabilité ne repose donc pas sur l'état des connaissances scientifiques et médicales. Parce qu'il concrétise une limite au-delà de laquelle l'employeur est dispensé de prendre en charge financièrement la maladie, voire le décès, il est d'emblée envisagé comme l'un des moyens de restreindre la portée d'un tableau. Il devient ainsi l'un des curseurs de la transaction qui s'opère en amont de l'adoption des tableaux et de la fixation de leurs critères : l'accord sur le tableau 16, on l'a vu, se réalise ainsi au prix d'un compromis, la CGT représentée par Guy Hausser acceptant qu'il se réduise aux seuls brais de houille mais exigeant une augmentation du délai de responsabilité.

Dans ce sens, la spécificité de la pathologie cancéreuse au regard des autres maladies professionnelles, n'est pas principalement son caractère multifactoriel. Celui-ci est commun à la majorité des affections inscrites au tableau, que l'on songe aux rhumatismes, à la rage, aux affections oculaires, etc. Et c'est bien dans l'objectif de circonscrire la responsabilité – ou la part de responsabilité – du travail dans leur apparition que le délai de responsabilité est mis en place et fermement débattu. Ainsi, lors d'un échange visant à augmenter le délai de responsabilité fixé à 30 jours dans le cas d'affections de la peau survenant au contact des dérivés chlorés, le professeur Maurice Duvoir intervient pour s'y opposer, argumentant « qu'il est à craindre qu'une

⁴⁷² Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie*, étude citée, 1921, p. 7-8.

⁴⁷³ *Ibid.*, p. 16.

⁴⁷⁴ Ministère du Travail, « Circulaire du 3 juillet 1929, Hygiène des travailleurs, enquête sur les cancers professionnels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 29, n° 8, 1929, p. 115-116.

prolongation du délai de responsabilité ne mette à la charge du patron des infections dépourvues de tout caractère professionnel⁴⁷⁵ ».

Ce qui spécifie davantage le cancer au regard des autres maladies et rend particulièrement difficiles son appréhension et son dénombrement par le système de réparation est l'importance de son délai de latence.

2.3.1.3. La non-construction de la connaissance

Ce délai de latence pèse évidemment sur la production des statistiques pour le système de réparation. On a vu que celles-ci souffraient d'un défaut d'implication de la part des médecins sur lesquels reposent tout à la fois les déclarations des maladies indemnisables et celles des maladies à caractère professionnel. Mais là n'est pas leur seule limite. « On remarquera enfin – ce qui n'est pas sans ajouter aux difficultés de l'enquête – que le cancer n'apparaît en général qu'après un exercice très prolongé dans la profession », constate ainsi la direction du travail, et que « la cessation de la profession nocive ne met d'ailleurs pas à l'abri du cancer⁴⁷⁶. » Comment alors construire des données, parvenir à identifier la responsabilité du travail dans les cas de cancer quand les malades ont changé d'activité depuis longtemps, au-delà du délai de responsabilité, voire ne travaillent plus ?

Pour distinguer un cancer d'origine professionnelle d'un autre cancer, il faut alors construire d'autres données que celles produites par le système de réparation. Celles-ci obéissent en effet à un principe de « circularité⁴⁷⁷ », pour reprendre les termes d'Alain Desrosières, entre le savoir et l'action. Le destin de la mention « cancers professionnels » inscrite en 1929 dans la liste des maladies à déclaration obligatoire l'illustre jusqu'à l'absurde : elle est supprimée en 1935 sur l'argument qu'aucune donnée n'atteste de l'existence de cancers professionnels alors même qu'elle devait répondre à cet objectif. Mais si les données de la réparation sont indigentes, les autres sources de données montrent également leurs limites. Déjà en 1902, lorsque le ministre Alexandre Millerand demande à la CHI de déterminer les maladies « qui peuvent être rattachées avec certitude à une cause professionnelle » et d'établir un inventaire des

⁴⁷⁵ CSMP, Procès-verbal de la séance du 11 juillet 1938, CAC, art 19920443/31.

⁴⁷⁶ Ministère du Travail, « Circulaire du 3 juillet 1929, Hygiène des travailleurs, enquête sur les cancers professionnels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 29, n° 8, 1929, p. 115-116.

⁴⁷⁷ « Les interactions entre le savoir et l'action peuvent être présentées de façon circulaire, en incluant deux catégories souvent utilisées (et parfois discutées), les "données" et les "informations". Les "données" apparaissent comme conséquence d'une action organisée (d'où l'ambiguïté du mot). "L'information" résulte d'une mise en forme et d'une structuration de ces données à travers des nomenclatures. Le "savoir" ou les "connaissances" sont le produit d'une accumulation raisonnée d'informations antérieures. Les catégories de classement assurent d'abord l'équivalence des cas singuliers, puis la permanence de ces équivalences dans le temps permet la relance de l'action. Ainsi le cercle "action-données-information-savoir-action" peut-il se refermer, non seulement logiquement, mais aussi historiquement, les nomenclatures jouant le rôle de conservatoire des savoirs accumulés. » Alain Desrosières, *La politique de grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, « Textes à l'appui », 1993, p. 303.

industries concernées, Jean Leclerc de Pulligny⁴⁷⁸, rapporteur, est obligé de recourir aux données anglaises et allemandes. Il s'en explique ainsi :

« Des études sur certaines intoxications professionnelles ont été réalisées à diverses époques par des praticiens éminents ; mais ces études n'ont pas établi et ne pouvaient établir de relation numérique entre les cas de maladie observés et l'importance de la population professionnelle dont les malades faisaient partie. Quant à la statistique des hôpitaux, celle des hôpitaux parisiens notamment, elle fournirait plus facilement des résultats comparables à la population d'un groupe professionnel déterminé. Mais deux obstacles se dressent devant ces comparaisons ; la statistique des hôpitaux ne sait rien des malades non indigents soignés à domicile et la proportion de ceux-ci varie beaucoup avec les professions et les époques. D'autre part, les causes de maladie sont inscrites à l'hôpital sans tenir compte de leur origine professionnelle quand la maladie n'est pas absolument et évidemment spéciale à une industrie, ce qui est le cas le plus fréquent⁴⁷⁹. »

À dix ans d'intervalle, en 1912, le professeur Ch. Lesieur, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Lyon, secondé par P. Vigne, chef de laboratoire, souhaite contribuer à l'étude statistique du cancer. En introduction de leur étude, ils rendent compte des modalités de leur recherche, réalisée pour l'essentiel sur la base des certificats de décès parvenus à la mairie centrale. Mais c'est là aussi pour regretter que nulle part ne soit mentionnée l'activité professionnelle des individus décédés :

« Les documents consultés par nous offrent ainsi, malgré quelques erreurs involontaires ou voulues, des garanties exceptionnelles en ce qui concerne la valeur du diagnostic. Ils ne donnent malheureusement que des indications insignifiantes au point de vue étiologique, la plupart ne faisant même pas mention de la profession du sujet. Nous regrettons ces lacunes, en raison des services considérables que pourrait rendre le certificat de décès, si, considéré non seulement comme une pièce justificative de l'état civil, mais aussi comme un document scientifique, il était établi sur une formule fixe, aussi complète que possible⁴⁸⁰. »

Près de quarante ans après les lacunes signalées par Jean Leclerc de Pulligny, la situation est malheureusement inchangée. C'est vers les assurances sociales que se tourne alors la CHI pour espérer enfin croiser les informations entre maladie et profession. En 1938, elle émet ainsi le vœu « que lui soient communiqués les renseignements statistiques (maladies) des assurances sociales en France afin de pouvoir connaître, dans une certaine mesure, le bilan de la morbidité et de la mortalité imputables aux causes professionnelles⁴⁸¹. »

En l'absence de construction, par les pouvoirs publics, d'un système de production de connaissance adapté aux maladies à long délai de latence, l'adoption de nouveaux

⁴⁷⁸ Jean Leclerc de Pulligny (1859-1939), ingénieur des Ponts et Chaussées et enquêteur pour l'Office du travail, secrétaire de la CHI en 1902.

⁴⁷⁹ M. Leclerc de Pulligny, Commission d'hygiène industrielle, *Maladies professionnelles, étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail*, Paris, Imprimerie nationale, 1903.

⁴⁸⁰ Ch. Lesieur et P. Vigne, « Contribution à l'étude statistique du cancer. Le cancer à Lyon de 1902 à 1911 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 18, 1912, p. 297-306.

⁴⁸¹ Cité par *Archives des maladies professionnelles*, T1, 1938, p. 83.

tableaux portant sur les cancers est aisément compromise. Le patronat se joue des rares données produites comme d'un instrument dans la négociation, les mobilisant tour à tour comme éléments de preuve lorsqu'elles échouent à révéler des liens entre le travail et les maladies ou comme éléments de disqualification, dénonçant leur indigence, quand au contraire elles parviennent à identifier des liens de causalité. Revendiquer de nouvelles études permet de retarder d'autant plus la création de nouveaux tableaux, comme s'y emploie par exemple Pierre Gounod, le représentant du patronat, au moment de la discussion sur le tableau lié à l'aniline, ou tout au moins de les restreindre, comme pour les brais de houille.

Conclusion

Il s'agissait dans ce chapitre de s'intéresser à l'inscription des cancers dans le champ de la réparation des maladies professionnelles.

Tout d'abord, on a pu observer que le dispositif mis en place en 1919 pour favoriser la reconnaissance des atteintes à la santé par le travail s'avère défaillant dès les premières années de sa création et incapable de produire des données sur lesquelles s'appuyer pour construire de nouveaux tableaux : le budget alloué aux enquêtes est insuffisant et les médecins peu, voire pas formés au repérage des maladies professionnelles. Il ne l'est pas non plus à diagnostiquer les cancers. Par ailleurs, l'application du droit est d'emblée compromise par la forte réticence des médecins à rédiger les certificats médicaux nécessaires, dans un contexte de fortes pressions, à l'initiative notamment des compagnies d'assurances. Le droit à réparation place en fait les médecins en situation de devoir choisir leur « camp », au cœur du conflit qui oppose les employeurs aux salariés dans la reconnaissance de leurs maladies professionnelles.

On a également montré qu'il existait un consensus dès le début du XX^e siècle, sur le rôle du travail dans la survenue de cette pathologie, au moment où le cancer rejoint la catégorie des « fléaux sociaux » – ceux dont la gestion s'impose aux pouvoirs publics. Les facteurs cancérigènes professionnels sont alors les seuls cancérigènes avérés et se retrouvent dans des secteurs d'activité très variés, dans l'industrie et dans les laboratoires. L'identification et la prévention des cancers du travail font également l'objet d'enquêtes internationales dès les années 1920, sous l'égide des organismes internationaux comme le Bureau international du travail, signe d'une préoccupation grandissante.

Au regard de la très lente extension du champ de la réparation en France – seulement deux tableaux créés durant les dix premières années, de 1919 à 1931 –, il apparaît que la pathologie cancéreuse rejoint rapidement la catégorie négociée des maladies professionnelles. Ainsi, en 1938, trois tableaux la mentionnent en rapport avec les trois localisations les mieux connues et les plus étudiées, le sang, le peau et la vessie. La

reconstitution de l'histoire de ces tableaux témoigne des rapports de force et du compromis dont ils sont le résultat, comme ont déjà pu le montrer les travaux d'historiens dans le cas des affections liées au plomb⁴⁸², de la silicose⁴⁸³, des maladies du geste⁴⁸⁴ ou celles liées aux rayonnements ionisants⁴⁸⁵.

La pathologie cancéreuse s'avère particulièrement inadaptée au système des tableaux, non pas en raison de sa nature multifactorielle qu'elle partage avec la plupart des maladies prises en charge au titre des maladies professionnelles, mais en raison du long délai de latence qui la caractérise. D'une part, les employeurs échappent à leur responsabilité en raison justement du faible délai de responsabilité inscrit dans les tableaux : cinq ans dans le cas des cancers. D'autre part, le système de construction de données statistiques sur les maladies professionnelles se révèle incapable de saisir des pathologies qui surviennent des dizaines d'années après que le travailleur ait été exposé au risque.

Dans cette période d'entre-deux-guerres, le cancer broncho-pulmonaire échappe encore à la réparation. Son insertion dans les tableaux de maladie professionnelle, à partir du milieu des années 1970, est à relier à l'émergence d'un mouvement critique sur les conditions de travail. C'est l'objet du chapitre suivant.

⁴⁸² Judith Rainhorn, *Poison légal...*, dossier cité, 2015.

⁴⁸³ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie...*, rapport cité, 2006.

⁴⁸⁴ Nicolas Hatzfeld, « Affections périarticulaires... », art. cité, 2008.

⁴⁸⁵ Anne Fellingner, *Du soupçon à...*, thèse citée, 2008.

Chapitre 5

Le cancer broncho-pulmonaire, une maladie professionnelle ? Mouvements d'expertise et rapports de force

Dès la période de l'entre-deux-guerres, trois localisations cancéreuses sont inscrites aux tableaux. On suit dans ce chapitre la trajectoire de l'une d'elles, le cancer broncho-pulmonaire, dans le champ de la réparation des maladies professionnelles. On procède pour cela en trois temps.

Tout d'abord, en s'appuyant sur un corpus de sources imprimées et d'archives, on montre que l'identification du cancer broncho-pulmonaire subit, jusqu'au milieu du XX^e siècle, la concurrence de la tuberculose et des autres « maladies des poussières », réunies de façon indistinctes sous le terme pneumoconioses. Il est toutefois possible d'observer que l'origine professionnelle de cette pathologie est formellement identifiée dès la fin du XIX^e siècle, en lien avec l'extraction de la pechblende, un minerai radioactif. Elle est soupçonnée dans d'autres situations et fait l'objet dans les années 1920 d'enquêtes internationales, à l'initiative du BIT notamment. En 1950, le cancer broncho-pulmonaire rejoint le tableau 6 des affections liées aux rayonnements ionisants sans qu'on identifie les acteurs à l'origine de cette inscription.

Ensuite, en croisant plusieurs travaux en sciences sociales, des archives privées et des entretiens, on s'intéresse aux mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail qui s'affirment à partir du milieu des années 1960 et aux liens qui se tissent entre des acteurs très divers, porteurs d'une critique du système de réparation des maladies professionnelles. Ils dénoncent notamment le rôle joué par les données chiffrées dans la sous-estimation des cancers professionnels. La localisation broncho-pulmonaire, documentée par des nombreuses études à l'étranger, en est l'un des révélateurs. Ils contribuent ainsi à infléchir la représentation dominante reliant cette pathologie aux facteurs individuels : au début des années 1980, les facteurs professionnels sont pris en compte dans la définition des politiques publiques de lutte contre le cancer.

Enfin, à l'appui d'archives administratives, syndicales et patronales et à partir du milieu des années 1980, on suit le conflit qui se construit, au sein de la commission en charge

de la création et de la modification des tableaux, autour de l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans le tableau 16, correspondant aux affections liées aux produits dérivés de la houille. Autour de ce cancer « banal », dans le sens où les composants chimiques en cause sont identiques à ceux produits par la combustion d'une cigarette, on étudie les formes patronales de freinage de sa reconnaissance.

1. La longue concurrence des « maladies des poussières »

Si le cancer broncho-pulmonaire est ignoré des tableaux créés dans l'entre-deux-guerres, c'est d'abord qu'il résiste longtemps aux possibilités d'être formellement identifié comme tel. La fonction respiratoire du poumon place en effet cet organe au cœur d'un large éventail d'affections possibles, qu'elles soient d'origine infectieuse (par exemple la tuberculose) ou résultant de l'inhalation de poussières ou de vapeurs toxiques. Comme le rappelle Alexis Zimmer, le poumon « représente l'une des plus grandes surfaces du corps humain en contact avec le milieu extérieur. C'est un organe invaginé, une sorte de dehors plié à l'intérieur du corps et dont la surface alvéolée cumulée est proche de 150 m² – la taille d'un terrain de volley-ball. La membrane où se réalisent les échanges gazeux avec le système circulatoire sanguin ne mesure pas plus d'un demi-micron d'épaisseur – 150 fois moins que l'épaisseur d'un cheveu¹. » Une diversité de termes médicaux est alors employée pour désigner ces pathologies que la science médicale ne sait pas encore différencier et qui se rattachent à la catégorie très large des « pneumokonioses² » – selon l'orthographe usitée au début du XX^e siècle –, « terme qui comprend l'ensemble des altérations causées par l'inhalation et la fixation dans les poumons des particules solides répandues dans l'atmosphère³ ».

1.1. La lutte contre l'empoussièremment : une attention ancienne

Qu'elles soient d'origine végétale, animale ou encore minérale, les poussières sont en effet si pathogènes qu'elles représenteraient au XIX^e siècle selon Caroline Moriceau le principal ennemi des ouvriers, « le plus redouté » :

« C'est à leur sujet que se manifeste le mieux la connaissance empirique que les ouvriers peuvent avoir des dangers de leur profession, c'est contre elles qu'ils mettent en œuvre leurs propres remèdes. Au milieu du [XIX^e] siècle, les ouvriers qui préparent les couleurs fines se cachent la figure à l'aide d'un mouchoir [...], en 1877, certains ouvriers des fabriques d'agglomérés de houille se protègent la face avec de la terre glaise⁴. »

¹ Alexis Zimmer, *Brouillards toxiques. Vallée de la Meuse, 1930, contre-enquête*, Bruxelles, Éditions Zones sensibles, 2016, p. 31.

² Dr Courtois-Suffit, « Poussières diverses », *Bulletin de l'inspection du travail*, n° 3, 1903, p. 46-47.

³ *Ibid.*

⁴ Caroline Moriceau, Caroline Moriceau, « Les perceptions des... », art. cité, 2009, p. 24.

Elles peuvent être à l'origine de vives résistances comme celle, évoquée par Jean-Claude Devinck, des ouvriers fondeurs en cuivre. Un mémoire publié à l'occasion d'un procès en coalition mené en 1833 contre treize d'entre eux atteste qu'il est d'usage qu'ils puissent sortir librement de leur atelier de travail : « Il est nécessaire pour la santé de l'ouvrier qu'il puisse changer d'air et se rafraîchir de temps en temps à cause des travaux pénibles et insalubres auquel il se livre, dans les ateliers dont l'atmosphère est chargée de poussières et de gaz délétères qu'il respire continuellement⁵. » Près de dix ans plus tard, les fondeurs en cuivre réitérent l'urgence de régler le problème des poussières :

« Enfermés, depuis six heures du matin jusqu'à huit heures du soir, dans des ateliers quatre fois trop étroits, au point que la poussière de notre travail nous asphyxie littéralement ; [...] aussi, à quarante-cinq ans un ouvrier fondeur a fini sa carrière ; s'il n'est pas mort, il est incapable de travailler. Il y en a parmi eux qui, à vingt-cinq ans, sont asthmatiques et traînent une vieillesse prématurée. Et bien, nous avons demandé, il y a quatre ans, aux maîtres fondeurs, qu'ils veuillent bien nous accorder deux heures de travail de moins par jour, pour pouvoir respirer l'air pur, quelques maîtres avaient accepté – les petits – mais les gros, les rois de l'industrie, ont été inexorables⁶. »

Selon la connaissance médicale de l'époque, lorsque l'accumulation des poussières dans les poumons est trop importante, « des lésions se développent, des malades très oppressés se mettent à tousser et tombent dans une cachexie progressive⁷ », c'est-à-dire qu'ils succombent au terme d'un important amaigrissement et de puissants états de fatigue. Déjà évoqué par Ramazzini dans son traité sur les maladies des artisans, l'inventaire des professions concernées par les pneumoconioses, établi en 1903 par le docteur Courtois-Suffit, membre de la Commission d'hygiène industrielle (CHI), est impressionnant (voir figure ci-dessous). La diversité des activités visées et le large éventail de noms convoqués pour désigner des maladies dont l'évolution clinique est comparable sont le reflet de « cette vieille habitude mentale ramazzinienne de segmenter les maladies par profession⁸ ». Il est ainsi question, pour les plus importantes en nombre de travailleurs concernés, de « phtisie des mineurs » (ou encore d'antracose) en lien avec les poussières de charbon, de « chalicose », « cailloute des piqueurs de meules » ou encore « phtisie des tailleurs de pierre » lorsque les poussières sont de silice, de « schistose des ardoisiers » lorsqu'elles sont de schiste, de « sidérose » lorsqu'elles sont de fer, et enfin de « pneumokonioses mixtes » tant « il est fréquent de trouver dans un même poumon des poussières de nature très diverses⁹ ».

⁵ Cité par Jean-Claude Devinck, « La lutte contre... », art. cité, 2010, p. 75.

⁶ *Ibid.*

⁷ Dr Courtois-Suffit, « Poussières... », art. cité, 1903, p. 48.

⁸ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie...*, rapport cité, 2006, p. 11.

⁹ *Ibid.*, p. 51.

Figure 8. Les diverses professions qui exposent aux « pneumokonioses » selon le docteur Courtois-Suffit, art. cité, 1903, p. 47.

I. — Pneumokonioses causées par des poussières d'origine animale.

Poussières de laine (batteurs de tapis, bonnetiers, couverturiers, peigneurs de laine). — Poussières de soie (batteurs et cardeurs de soie). — Poussières de cheveux, poils et plumes (brossiers, selliers, tapissiers, chapeliers, plumassiers). — Poussières de nacre de perle (nacriers).

II. — Pneumokonioses causées par des poussières d'origine végétale.

Poussières de charbon, anthracose pathologique : mineurs, charbonniers, mouleurs en cuivre, chauffeurs, employés de chemins de fer, fumistes, ramoneurs.

Poussières de tabac (tabacosis) : ouvriers employés à la fabrication du tabac, au transvasement des cases du tabac chauffé, au séchage, au tamisage de la poudre fine.

Poussières de coton (byssinosis, de βυσσος, coton) : batteurs, cardeurs et débourreurs de coton.

Poussières de lin et de chanvre (fileurs de lin, peigneurs de chanvre).

Poussières de bois (scieurs de bois, menuisiers, ébénistes, tourneurs).

Poussières de blé (batteurs en grange, vanneurs), de farine (meuniers, boulangers).

III. — Pneumokonioses causées par des poussières d'origine minérale.

Poussières de fer (sidérose : tailleurs de limes, ouvriers se servant d'oxyde rouge de fer).

Poussières de silice (chalicose) [il existe une chalicose physiologique] : la chalicose pathologique s'observe chez les tailleurs de pierre, les cantonniers, chez les ouvriers porcelainiers (chalico-enthracose).

Poussières de fer et de silice mélangées (sidéro-chalicose : aiguiseurs, tailleurs de meule, époinçeurs d'aiguilles).

Poussières d'acide phosphorique et de chaux (scories de déphosphoration). Les inhalations seraient capables de déterminer une pneumonie à scories (nous y reviendrons ultérieurement).

Poussières de silice et d'alumine mélangées (potiers).

Poussières de cinabre (ouvriers mineurs d'Almaden).

La prise de conscience par les médecins hygiénistes et les pouvoirs publics du rôle des poussières dans la morbidité et la mortalité ouvrière est d'ailleurs à l'origine de la première loi de prévention de la santé au travail, celle du 12 juin 1893 sur « l'hygiène et la sécurité de travailleurs dans les établissements industriels¹⁰ ». Elle est adoptée au terme de plus de dix ans de débats parlementaires sur la base d'un projet de loi déposé en 1882 par le député républicain modéré de la Seine Inférieure, Félix Faure. Elle correspond à une revendication du mouvement ouvrier que les congrès socialistes

¹⁰ Loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels ; son décret d'application du 10 mars 1894 est reproduit en annexe.

consacrés à l'hygiène ouvrière ne manquent pas de rappeler d'un congrès à l'autre. Son contenu est extrêmement prometteur. La loi, qui ne concerne pas « les mines, minières et carrières » qui ont leur propre réglementation et ne sont pas placées sous le contrôle de l'inspection du travail, stipule que les établissements « doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel¹¹ ». Son décret d'application précise que le sol doit être « nettoyé à fond au moins une fois par jour avant l'ouverture ou après la clôture du travail, mais jamais pendant le travail¹² ». Quant aux poussières et gaz « incommodes, insalubres ou toxiques », ils doivent être « évacués directement au dehors de l'atelier au fur et à mesure de leur production » :

« Pour les buées, vapeurs, gaz, poussières légères, il sera installé des hottes avec cheminées d'appel ou tout autre appareil d'élimination efficace. Pour les poussières déterminées par les meules, les batteurs, les broyeurs et tous autres appareils mécaniques, il sera installé, autour des appareils, des tambours en communication avec une ventilation aspirante énergique. Pour les gaz lourds, tels que vapeurs de mercure, de sulfure de carbone, la ventilation aura lieu per descensum : les tables ou appareils de travail seront mis en communication directe avec le ventilateur. La pulvérisation des matières irritantes ou toxiques ou autres opérations telles que le tamisage et l'embarillage de ces matières se feront mécaniquement en appareils clos. L'air des ateliers sera renouvelé de façon à rester dans l'état de pureté nécessaire à la santé des ouvriers¹³. »

Le décret d'application mentionne des prescriptions extrêmement précises par type de poussières et vapeurs. Le contrôle de l'application de cette loi représente l'une des premières missions confiées à l'inspection du travail naissante¹⁴ et les industriels contrevenants peuvent faire l'objet de sanctions s'échelonnant de la mise en demeure au procès-verbal, jusqu'au jugement en correctionnelle.

La loi aurait pu, si elle avait été appliquée, limiter le nombre de maladies professionnelles liées à l'inhalation des poussières, vapeurs et gaz toxiques en réduisant l'exposition des travailleurs à ces nuisances. Mais, soumise à la concurrence de la loi sur la réparation des accidents puis des maladies du travail, elle est demeurée en sommeil, « ruinée¹⁵ » selon le magistrat Pierre Sargos, comme éteinte avant de sombrer dans l'oubli. Président de la Chambre sociale à la Cour de cassation entre 2001 et 2007, il estime ainsi que « la certitude de la réparation – ce troisième grand principe de la loi du 9 avril 1898, qui a trouvé son aboutissement avec le paiement direct par la Sécurité sociale à partir de 1946 – a conforté l'idée perverse, mais objet pendant longtemps d'un

¹¹ Ministère du travail, « Loi du 12 juin 1893 », *Bulletin de l'inspection du travail*, n° 1, 1893, p. 43 (article 2).

¹² Ministère du travail, « Décret du 10 mars 1894 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels », *Bulletin de l'inspection du travail*, n° 3, 1894, p. 626 (article 1^{er}).

¹³ *Ibid.*, p. 627 (article 6).

¹⁴ L'inspection du travail a été créée en 1892 avec comme première mission de veiller à l'application de la loi sur les ateliers employant des enfants, des filles mineures ou des femmes (loi du 2 novembre 1892).

¹⁵ Pierre Sargos, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité », *La Semaine Juridique*, n° 4, doct. 104, 22 janvier 2003.

consensus assez général qui a abouti au “crime sociétal” de l’amiante, qu’il n’était pas indispensable de faire les frais et l’effort de mettre réellement en œuvre les mesures de sécurité dès lors que le dommage de l’homme était réparé¹⁶. »

Au lendemain de la promulgation de la loi du 12 juin 1893 et de son décret d’application, le ministre du Commerce relève lui-même les difficultés d’application du texte qui, tout en étant exigeant dans son contenu, demeure parfois flou dans ses intentions. Dans un long courrier d’instruction, il alerte ainsi les inspecteurs du travail, à l’époque sous sa tutelle, sur l’augmentation du nombre d’établissements qui seront désormais soumis à leur surveillance : à ceux déjà sous leur contrôle s’ajoutent en effet les « petits ateliers », les « dépendances des chefs d’industrie » (les espaces où ils logent du personnel) et aussi les « théâtres, cirques, magasins et autres établissements similaires où il est fait emploi d’appareils mécaniques ». Il précise que parmi les « nombreuses et diverses prescriptions » figurant dans le décret d’application, certaines doivent conduire les employeurs à entreprendre des travaux difficiles à réaliser, parce que conséquents, comme l’installation d’appareils d’aération, et il invite pour finir les inspecteurs du travail à contrôler l’application des textes avec circonspection : « La tâche qui vous a été dévolue par la loi du 12 juin 1893 est particulièrement délicate ; je suis convaincu que vous mettrez à la remplir tout le tact et la modération nécessaires¹⁷. »

Dans cet univers de pneumokonioses, le cancer broncho-pulmonaire reste longtemps invisible. La similarité est grande avec la silicose, étudiée par Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental. À partir de la découverte du bacille de Koch, aux alentours de 1880, les affections pulmonaires sont soupçonnées de n’être qu’une complication de la tuberculose. Le paradigme infectieux est si puissant que l’étiologie du cancer broncho-pulmonaire n’échappe pas non plus à cette hypothèse¹⁸. En outre, l’identification du cancer broncho-pulmonaire est masquée par l’importance des pneumoconioses qui, dans leur diversité, lui font et se font concurrence¹⁹. Alfredo Menéndez-Navarro montre ainsi comment la reconnaissance du caractère nocif des poussières de silice a pu à son tour servir à mésestimer le caractère pathologique des poussières de charbon²⁰. De même, lorsque l’amiante commence à être identifié comme pathogène, ce sont ses composants siliceux qui sont mis en cause. Ainsi, lorsque l’inspecteur du travail Auribault rend compte de « l’hygiène et la sécurité des ouvriers dans les filatures et

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Jean Marty, « Instructions générales du 27 mars 1894 adressées aux inspecteurs divisionnaires au sujet de l’application de la loi du 12 juin 1893 et du décret du 10 mars 1894, relatifs à l’hygiène et à la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels », *Bulletin de l’inspection du travail*, n° 3, 1894, p. 636.

¹⁸ Se reporter au chapitre 4.

¹⁹ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d’une maladie...*, rapport cité, 2006, p. 12.

²⁰ Alfredo Menéndez-Navarro, « Du déni à la flatterie : la reconnaissance de la pneumoconiose du mineur de charbon comme maladie professionnelle en Espagne (1930-1944) », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d’Asq, Presses universitaires du Septentrion, 2014, p. 132 et suivantes.

tissages d'amiante » en 1906, c'est à la « chalicose²¹ », c'est-à-dire à la pneumoconiose due aux poussières de silice, qu'il attribue l'important taux de décès rencontré dans une entreprise – près de cinquante ouvriers et ouvrières décédés dans les cinq premières années d'exercice. Lorsque le député Henri Meck et ses collègues déposent en 1934 un projet de résolution parlementaire pour hâter la reconnaissance de la silicose en maladie professionnelle, il cite parmi les métiers concernés, « les travailleurs de l'amiante²² » sans mentionner l'asbestose, la pneumoconiose spécifique aux poussières d'amiante qui fait longtemps écran au cancer broncho-pulmonaire.

La détection et l'identification du cancer du poumon reposent sur une formation encore très lacunaire dans le champ médical. C'est d'ailleurs l'une des préoccupations majeures de l'ancêtre de la Ligue contre le cancer²³, dès sa création, au lendemain de la Première Guerre mondiale. L'issue thérapeutique étant fortement dépendante d'un diagnostic le plus précoce possible, cette association s'efforce de sensibiliser les médecins à la détection de la pathologie cancéreuse, quelle que soit sa localisation. Or, « la chose n'est pas simple, loin s'en faut²⁴ », rappelle Patrice Pinell. Contrairement aux dispositifs de dépistage de masse qui ont pu se mettre en place pour combattre les maladies infectieuses comme la tuberculose et la syphilis, on ne sait pas isoler, dans le cas du cancer, « dans le sang, les selles ou les urines des composants biochimiques spécifiques témoignant de sa présence²⁵ » :

« La "découverte" d'un cancer est toujours l'aboutissement d'un travail d'investigation clinique complexe et nécessite, pour être établie avec certitude, d'en passer par un examen anatomopathologique, d'ailleurs souvent réalisé lors de la première intervention thérapeutique²⁶. »

Détecter le cancer suppose que les médecins de ville soient vigilants aux différents signes cliniques évocateurs de la pathologie cancéreuse pour pouvoir prescrire ensuite les examens nécessaires qui, par l'imagerie et l'analyse biologique, pourront confirmer ou infirmer le diagnostic soupçonné. Reflet d'une formation médicale très lacunaire en matière de cancérologie, la Ligue édite dès 1922 des plaquettes destinées à tous ces « médecins sans spécialité²⁷ ». Dans les colonnes de son bulletin, Claudius Régaud²⁸

²¹ Inspecteur Auribault, « Note sur l'hygiène et la sécurité des ouvriers dans les filatures et tissages d'amiante », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, n° 8, 1906, p.126.

²² « Nous signalons en particulier les mineurs de houille et de minerai ; les métallurgistes, les aiguseurs de métaux, les polisseurs au jet de sable ; les carriers, les tailleurs de pierre, de craie, de granit et d'ardoise ; les travailleurs de l'amiante, de la céramique, du verre, etc. » Chambre des députés, session extraordinaire de 1934, proposition de résolution n° 4074 tendant à inviter le gouvernement à étendre le champ d'application de l'assurance contre les maladies professionnelles à la silicose, annexe au procès-verbal de la séance du 8 novembre 1934, p. 2, CAC, art 19920443/31.

²³ Comme signalé dans le chapitre précédent, la Ligue nationale française contre le cancer se nomme d'abord Ligue franco-anglo-américaine jusqu'en 1927.

²⁴ Patrice Pinell, *Naissance d'un...*, ouvr. cité, 1992, p. 255.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Claudius Régaud, « Le rôle du médecin sans spécialité dans le diagnostic du cancer », *La lutte contre le cancer*, 10, 1925, p. 112.

rappelle en 1923 l'urgence de perfectionner « les moyens d'enseignement et de renseignement à l'usage des médecins²⁹ ». Quatre ans plus tard, il est moins compréhensif et dénonce leur « grande part de responsabilité dans le diagnostic tardif des cancers³⁰ ». Justement, Étienne Martin, médecin membre de la CHI et de la CsMP, prend prétexte de l'incompétence des médecins de ville à détecter un certain nombre de pathologies inscrites à la liste des maladies à caractère professionnel et à déclaration obligatoire, dont les cancers, pour revendiquer la création d'un corps de médecins inspecteurs de travail³¹.

Parmi toutes les localisations cancéreuses, l'identification d'un cancer broncho-pulmonaire est à cette époque parmi les plus compliquées. Elle repose pour une part sur l'imagerie et celle-ci manque encore de précision ; la lecture et l'interprétation des clichés ne sont pas encore stabilisées. Tout comme pour la silicose, « la complexité de la maladie suppose un matériel de qualité et un investissement considérable ; sa détection radiologique passe parfois par une centralisation des clichés dans des instituts spécialisés³² ». L'identification de la maladie repose également, pour être confirmée, sur l'analyse anatomopathologique, elle-même dépendante de la qualité des microscopes.

1.2. Des poussières particulières : l'univers pionnier de la radioactivité

Le cancer broncho-pulmonaire attend 1950 pour faire sa première apparition dans les tableaux des maladies professionnelles. Il est ainsi mentionné dans le tableau des affections engendrées par les rayons X et les substances radioactives (T6), celui-là même qui avait le premier, en 1931, inscrit la pathologie cancéreuse dans le système de réparation, sous la forme des leucémies et des cancers cutanés. Les archives de cette décennie d'après-guerre n'ont pas été explorées, notamment celles de la CHI, qui auraient pu éventuellement permettre de savoir ce qui présidait à la prise en compte du cancer broncho-pulmonaire, aux raisons de cette date et l'identité des acteurs étant à son initiative.

D'une part, cet ajout au tableau 6 s'appuie sur un savoir médical déjà confirmé concernant l'impact des substances radioactives dans la genèse des cancers broncho-

²⁸ Claudius Régaud (1870-1940) est médecin et biologiste lyonnais, pionnier de la radiothérapie. Il participe à la fondation de l'Institut du radium (qui deviendra ensuite la Fondation Curie). Médecin des armées puis conseiller technique de Justin Godart, sous-secrétaire d'État au service de santé du ministère de la Guerre, il participe à la création de la Ligue contre le cancer dont il est l'un des principaux animateurs. Il est également membre de la Commission du cancer créée en 1922, nommé Président de la sous-commission pour la radiothérapie des cancers de la Société des Nations en 1928 et élu président de l'AFEC en 1936.

²⁹ Cité par Patrice Pinell, *Naissance d'un...*, ouvr. cité, 1992, p. 254.

³⁰ Claudius Régaud en 1927 dans *La lutte contre le cancer*, cité par Patrice Pinell, *Naissance d'un...*, ouvr. cité, 1992, p. 255.

³¹ Se reporter au chapitre 4.

³² Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie...*, rapport cité, 2006, p. 12.

pulmonaires, qui prend sa source dans l'état de santé des mineurs de pechblende de Saxe et de Bohême. D'autre part, cet événement représente une séquence longtemps sans lendemains dans la prise en compte de ce type de cancer d'origine professionnelle puisqu'il faut attendre 1976 pour qu'un nouveau tableau le concernant soit créé.

1.2.1. L'énigme du « cancer des montagnards de Schneeberg »

Le cancer broncho-pulmonaire est identifié dès 1878 comme une atteinte spécifique à une profession, celle des mineurs du massif de l'Erzgebirge – « monts métallifères » – à la frontière de la Saxe (Allemagne) et de la Bohême (Tchécoslovaquie). La *Revue d'hygiène et de police sanitaire* en rend compte un an plus tard, dès sa première parution, en publiant un commentaire sur une étude allemande consacrée au « cancer des montagnards de Schneeberg³³ » :

« Schneeberg est une localité minière située en Saxe sur les premiers contreforts de l'Erzgebirge. Les mines auxquelles fait allusion l'auteur se composent de huit puits d'où l'on extrait, à 300-700 mètres de profondeur, du minerai de cobalt, de nickel, et de bismuth. [...] Pour expliquer la mortalité qui est assez élevée, [l'auteur] accuse tour à tour la nourriture insuffisante, l'encombrement des maisons, [...] en un mot, l'ensemble des conditions de la vie du mineur qui est la plus antihygiénique de toutes. Mais ce qu'il y a de curieux et de presque incroyable, c'est que, dans cette petite localité perdue, la maladie des mineurs est une affection chronique du poumon que les gens du peuple appellent cancer du poumon et qui, en effet, d'après les autopsies faites par E. Wagner, serait un lympho-sarcome pulmonaire³⁴. »

L'auteur de l'étude ici commentée, le docteur Walther Hesse, a été formé à la médecine et à l'anatomopathologie par Ernst Leberecht Wagner, qu'il évoque dans l'extrait ci-dessus. Nommé responsable sanitaire d'un district minier, il suit l'état de santé des habitants de près de 83 villages, mineurs pour la plupart. Il étudie méticuleusement les cas de maladies, mène des entretiens avec les mineurs, analyse des prélèvements d'atmosphère et réalise des autopsies : l'étude qu'il publie en 1879 avec son confrère Friedrich Hugo Härting rend compte de la fréquence très élevée des cancers broncho-pulmonaires parmi la population des mineurs de Joachimsthal [aujourd'hui Jachymov], ville minière située sur le même massif que Schneeberg, mais en Bohême³⁵.

³³ Walther Hesse, « Das Vorkommen von primärem Lungenkrebs bei den Bergeleuten in Schneeberg », *Arch. für Heilk.*, 1878, p. 160.

³⁴ « Walther Hesse. De l'apparition du cancer primitif du poumon chez les montagnards de Schneeberg », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 1, 1879, p. 165-166.

³⁵ Friedrich Hugo Härting und Walter Hesse, « Der Lungenkrebs, die Bergkrankheit in den Schneeberger Gruben », *Vierteljahresschrift für Medizin und Öffentliche Gesundheitswesen*, n° 31, 1879, p. 102-132. Voir aussi Sverre Langård, « Gregorius Agricola memorial lecture : Lung cancer. A work-related disease for 500 years, as predicted by Agricola », *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, vol 31, July 2015, p. 214-218, une étude dont le résumé se conclut ainsi : « Si les développeurs de mines avaient écouté les avertissements d'Agricola et de Härting et de Hesse, l'épidémie aurait pu être évitée. »

Cette étude qui fait référence aujourd'hui dans l'histoire de l'épidémiologie³⁶ confirme scientifiquement l'identité cancéreuse d'une maladie déjà observée trois siècles auparavant. Dès 1533, le médecin et philosophe suisse Paracelse évoque en effet le « mal des montagnes³⁷ » dont seraient atteints de nombreux mineurs de Saxe et de Bohême. Deux nouveaux termes en langue allemande seraient d'ailleurs issus de cette découverte : *bergsucht*, « maladie de mineurs, sorte de phtisie, de consommation à laquelle les mineurs sont sujets » et son adjectif *bergsüchtig*, « attaqué de la maladie des mineurs³⁸ ». Ce « mal des montagnes » est également mentionné dans les travaux du savant allemand Georgius Agricola³⁹, dans son ouvrage *De Re Metallica*, « De la chose métallique », publié à titre posthume en 1556.

Dans ce massif de l'Erzgebirge, l'exploitation de la *pechblende* – un minerai d'uranium⁴⁰ – a succédé, à partir de la moitié du XIX^e siècle, à celle de l'or et de l'argent entamée au XVI^e siècle⁴¹. S'ils parviennent à reconnaître le caractère cancéreux de la maladie qui est la cause selon eux de près des trois quarts des décès des mineurs de cette région, Hesse et Härting ne savent toutefois pas à quel agent l'incriminer, les filons de Joachimsthal contenant « un grand nombre de minéraux d'arsenic, de bismuth, de cobalt, d'urane et d'argent⁴² ». Leurs soupçons se portent surtout sur les poussières de cobalt arsenical. Dans leur brochure sur les cancers professionnels publiée en 1927, Gustave Roussy et son collègue précisent que l'étiologie du « cancer des mineurs de Schneeberg » – « l'un des exemples de cancers professionnels les plus anciennement connus » – n'est pas encore « élucidée », mais qu'en tout état de cause, « le cobalt doit être rangé parmi les divers agents cancérogènes connus à l'heure actuelle ; introduit dans l'organisme par inhalation, il porte ses effets sur l'appareil broncho-pulmonaire⁴³ ». C'est aussi sur la base de cette hypothèse que le cancer broncho-pulmonaire ne sera pas retenu dans les projets de tableaux de la CSMP avant-guerre, le professeur Maurice Duvoir affirmant « qu'en France, il n'y a pas d'autres cancers que cutanés » et que « le cancer pulmonaire ne se rencontre pas en l'absence de cobalt⁴⁴ ». Dès 1913 pourtant, la responsabilité du

³⁶ Alfredo Morabia, *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Basel, Birkhäuser Verlag, 2004, p. 279.

³⁷ Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim dit Paracelse (1493-1541) est considéré comme le précurseur de la toxicologie. Il publie en 1533 un ouvrage intitulé *Le mal des montagnes et autres maladies des mineurs*.

³⁸ Jean-Baptiste Beurard, *Dictionnaire Allemand-Français contenant les termes propres à l'exploitation des mines, à la minéralurgie et à la minéralogie*, Paris, Imprimerie de Madame Huzard, 1809, p. 83.

³⁹ Georgius Agricola, dit Agricola, de son vrai nom George Bauer (1494-1555) était un savant allemand considéré comme le père de la minéralogie et de la métallurgie du fait de la publication posthume en 1556 de son ouvrage majeur *De Re Metallica*, considéré comme le premier ouvrage de référence sur les techniques minières et le travail du métal, accompagné de nombreuses illustrations. Il exerce comme médecin municipal de 1527 à 1523 à Joachimsthal. Source : *Encyclopedia Universalis*.

⁴⁰ Les mines de Pechblende de Joachimsthal correspondent longtemps au principal gisement d'uranium dont est extrait le radium utilisé en France, par la Fondation Curie notamment, jusqu'à la mise en exploitation de plusieurs mines d'uranium en France à partir des années 1950, puis sur le continent africain.

⁴¹ Paul Gaubert, « Le gisement d'urane de St-Joachimsthal », *Radium*, 3^e année, n° 1, 1906, p.1-9.

⁴² *Ibid.*, p.5.

⁴³ Gustave Roussy et al., *Les cancers professionnels...*, art. cité, 1927, p. 19.

⁴⁴ CSMP, Procès-verbal de la séance du 12 juillet 1935, CAC, art 19920443/31.

radon est soupçonnée et, en 1924, des mesures effectuées par deux chercheurs allemands dans les mines de Saxe et de Bohême établissent une corrélation étroite entre la présence de ce gaz hautement radioactif émanant du minerai d'uranium et la fréquence du cancer chez les mineurs⁴⁵.

Le radon. L'uranium est « un élément radioactif qui n'arrête pas de se transformer depuis la formation de la planète. Le radon est un gaz radioactif issu de la désintégration de l'uranium. Le radon lui-même se transforme. Son produit de décroissance, le radon 222 a une période radioactive suffisamment longue (près de 4 jours) pour lui permettre de migrer à l'air libre par des fractures, des fissures, des cours d'eau, au travers de la porosité des roches et du sol. Le radon en se désintégrant donne naissance à de très fines particules radioactives respirables. Celles-ci se déposent dans les poumons où elles poursuivent leur désintégration en délivrant des particules alpha d'énergie élevée qui irradient les cellules constitutives des bronches⁴⁶. »

Ce cancer du poumon des mineurs de l'Erzgebirge suscite l'intérêt de la sous-commission aux cancers professionnels constituée dès 1928 auprès de la Société des Nations. Désireuse de poursuivre les investigations existantes, elle confie la réalisation d'une étude à Ludwig Tekely, médecin autrichien spécialiste des maladies industrielles et rattaché à l'inspection médicale du travail⁴⁷. Dans le cadre de cette étude, un examen systématique clinique et radiologique des mineurs est mis en place, des autopsies réalisées afin de « tenir compte de tous les cancers même ceux qui ne se sont pas manifestés cliniquement⁴⁸ ». Les statistiques ainsi établies rendent compte de véritables inégalités devant la mort, en lien avec le travail à la mine :

« De 1918 à 1928, la durée de vie moyenne des mineurs et ouvriers, décédés en activité ou retraités, ne s'élève qu'à 42 ans alors que la moyenne de la ville de Joachimsthal est de 59 ans. Les mineurs en contact avec le radium vivent donc en moyenne 17 ans de moins que les hommes de la région non soumis aux radiations⁴⁹. »

Selon Sylvain Sick qui a exploré les archives de cette sous-commission, il est alors prévu par la SDN d'enquêter de manière similaire à Cobalt City au Canada, à Skuterud en Norvège, aux Indes britanniques, à Allemont en France (près de Grenoble), au Katanga (Congo belge), et en Tchécoslovaquie, territoires d'exploitation minière. En tout état de cause, lorsque Ludwig Tekely publie en 1937 dans *The Journal of Industrial Hygiene and Toxicology* une synthèse consacrée au « cancer du poumon professionnel⁵⁰ », il prévient

⁴⁵ Paul Ludewig und Eduard Lorensen, « Untersuchung der Grubenluft in den Schneeberger Gruben auf den Gehalt und Radiumemanation », *Strahlentherapie*, n° 17, 1924, p. 428-435.

⁴⁶ Marie-Anne Mengeot et Jean-Claude Zerbib, *L'atome au jour le jour. Les travailleurs face aux risques de la technologie nucléaire*, Bruxelles, European Trade Union Institut (ETUI), 2012, p. 25.

⁴⁷ Ludwig Tekely est l'un des intervenants de la première réunion internationale des médecins-inspecteurs du travail qui se tient à Dusseldorf en septembre 1926, en tant que « inspecteur-médecin du travail de Prusse ». Bureau international du travail, *L'inspection médicale...*, *ouvr. cité*, 1927, p. 52.

⁴⁸ Sylvain Sick, « L'œuvre de la Société des nations dans la lutte internationale contre le cancer de 1923 à 1938 », *Medicina & Storia*, vol VIII, n° 16, 2008, p. 83-84.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ « Cancer du poumon professionnel », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 123-124.

qu'il s'agit d'une origine « exceptionnelle [...], l'inhalation de poussières ne provoquant pas de cancers du poumon », sauf dans le cas des poussières de chrome et celles de radium : « L'inhalation d'émanations de radium ou de poussières contenant des particules de radium, provoque le développement de tant de cancers du poumon parmi les ouvriers et mineurs de Schneeberg et Joachimstal, que le plus grand nombre de ces ouvriers meurent effectivement de cancers du poumon. Cette affection se voit aussi chez les personnes occupées dans les laboratoires de radium⁵¹. »

Avant la Seconde Guerre mondiale, le cancer broncho-pulmonaire par inhalation de substances radioactives est donc bien identifié par un réseau d'experts médicaux intervenant au sein des instances internationales. Un chapitre lui est consacré dans le compte rendu de la Conférence internationale sur la silicose organisée par le BIT en 1930⁵². Sa reconnaissance en maladie professionnelle est d'ailleurs effective en Allemagne dès 1925 et, six ans plus tard, 20 cas de « cancer du poumon de Schneeberg⁵³ » ont déjà été déclarés parmi lesquels six sont reconnus. Il en est de même dès 1932 en Tchécoslovaquie où 21 cas de « cancer du poumon dû aux radiations du radium ou à l'émanation⁵⁴ » sont alors au stade d'examen, dont 18 mortels.

1.2.2. Une séquence longtemps isolée

L'inscription de ce cancer en décembre 1950⁵⁵ au régime des maladies professionnelles françaises s'appuie donc sur des connaissances antérieures, surtout développées en Allemagne et en Tchécoslovaquie, les pays voisins exploitant d'uranium, données qui circulent notamment par l'intermédiaire de l'OIT. Cette inscription n'en est pas moins insolite. D'une part, elle précède la période d'exploitation des mines d'uranium en France, qui ne débute qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale et atteint son apogée à la fin des années 1970⁵⁶. Elle ne concerne donc qu'un nombre très limité de mineurs⁵⁷. D'autre part, la connaissance du risque cancérigène lié au radon n'est pas encore stabilisée dans la communauté scientifique. L'hypothèse de la cancérigénité du radon

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Il est question dans cette publication de « maladie pulmonaire de Schneeberg, combinaison de pneumoconiose et de cancer pulmonaire ». Bureau international du travail, *La silicose, compte rendu de la Conférence internationale tenue à Johannesburg du 13 au 27 août 1930*, Genève, 1930, p. 329.

⁵³ Bureau international du travail, *La silicose, compte rendu de la Conférence internationale tenue à Johannesburg du 13 au 27 août 1930*, Genève, Bureau international du travail, 1930, p. 37.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 49.

⁵⁵ Décret n° 50-1533 du 9 décembre 1950 (JO du 13 décembre 1950).

⁵⁶ La prospection minière a été lancée dès 1946 par le Centre d'études atomiques, créé en octobre 1945. La dernière mine d'uranium en France a fermé ses portes en 2001. Une cartographie des anciens sites miniers d'uranium en France est proposée par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN). Elle est accessible à cette adresse : <https://mimausabdd.irsn.fr> [consulté le 21 septembre 2017].

⁵⁷ La modification du tableau 6, suite à l'ajout de cette pathologie, se lit aussi dans la liste des travaux : la mention jusqu'alors existante, « Extraction des corps radioactifs à partir des minerais », est remplacée par « Extraction et traitement des minerais radioactifs ». Dans la première, il n'est pas forcément question de mineurs, à la différence de la seconde.

emprunte en effet, dans l'opinion scientifique, une voie « tortueuse⁵⁸ », l'exposition aux rayonnements étant jugée trop faible pour être l'unique cause de la survenue du cancer. Dans un article publié dans la revue *Radioprotection*, on peut ainsi lire sous la plume de rédacteurs salariés de trois organismes particulièrement intéressés par le travail minier – la COGEMA, le CEA et le Centre de radioprotection dans les mines :

« Lorsque, peu avant 1950, furent ouvertes les premières mines d'uranium en France, la nature exacte des risques radiologiques auxquels allaient être exposés les mineurs était mal connue, en particulier en ce qui concerne le radon 222. Les premières recherches effectuées pour apprécier l'importance du radon datent de 1953. Cette année-là étaient exécutés les premiers travaux d'exploitation sur le gisement des Bois-Noirs, dans les Monts du Forez, et la première centaine de tonnes d'uranium était produite en France. Dès 1955, les premiers éléments d'une doctrine de la prévention des risques radiologiques miniers et de la surveillance dosimétrique étaient disponibles et, à partir de 1956, l'établissement de fiches individuelles dosimétriques était effectif pour tous les mineurs⁵⁹. »

Dans le cas du tableau 6, la réparation du cancer broncho-pulmonaire aurait donc précédé la reconnaissance des risques par les exploitants miniers et la mise en place de mesures dosimétriques pour l'évaluer. Elle n'aura pas empêché la surmortalité des mineurs d'uranium par cancer broncho-pulmonaire, même en situation d'exposition à des faibles doses⁶⁰. Quant au caractère cancérigène du radon, il ne fait l'objet d'un consensus qu'au terme de deux événements : la reproduction expérimentale chez l'animal du cancer broncho-pulmonaire par inhalation de radon à la fin des années 1960 et le classement par le CIRC du radon par inhalation comme « cancérigène certain pour l'homme » en 1987.

Ensuite, l'inscription de cette pathologie ne semble pas être le fruit d'une revendication syndicale. Selon Gabrielle Hecht, si dès les débuts de leur exploitation, les mines d'uranium françaises « étaient incontestablement des lieux nucléaires du point de vue des radioprotectionnistes du CEA⁶¹ » qui reconnaissent donc l'existence d'un risque radioactif pour les mineurs, « pour les mineurs, c'était moins clair⁶² » :

⁵⁸ J. Newell Stannard, *Radioactivity and Health. A History*, Washington, Raymond W Baalman ed., Department of Energy. Office of Health and Environmental Research, 1988. Cité par Roland Masse, « Le radon, aspects historiques et perceptions du risque », *Contrôle*, revue de l'Autorité de sûreté nucléaire, n° 53, juin 2003, p. 1-2.

⁵⁹ S. Bernhard et al., « La radioprotection dans les mines et usines de minerai d'uranium françaises », *Radioprotection*, Gédim, Vol. 26, n° 2, 1991, p. 329-349

⁶⁰ De nombreuses études épidémiologiques sont venues confirmer le caractère cancérigène du radon. Une étude australienne menée sur 2 574 travailleurs d'une mine d'uranium, suivis de 1952 à 1987, a montré une mortalité par cancer broncho-pulmonaire cinq fois plus importante pour ceux qui travaillaient dans la mine que pour ceux qui travaillaient en surface. A Woodward et al. « Radon daughter exposures at the radium Hill uranium mine and lung cancer from among former workers, 1952-1987 » *Cancer Causes and Control*, n° 2, 1991, p. 213-220. Voir aussi Blandine Vacquier (*Analyse de la mortalité dans la cohorte française des mineurs d'uranium*, thèse pour le doctorat d'épidémiologie et intervention en santé publique, Université Paris XI, 2008) qui relève également chez les mineurs français d'uranium des cancers du rein et du système nerveux central.

⁶¹ Gabrielle Hecht, « L'empire nucléaire... », chap. cité, 2013, p. 168-169. Gabrielle Hecht établit une distinction entre la reconnaissance d'un risque radioactif dans les mines d'uranium françaises et l'ignorance des risques dans laquelle furent maintenus, sous des formes différentes selon les pays, les mineurs des mines d'uranium des anciennes colonies françaises,

« Cela changea dans les années 1970, à la suite du travail syndical et associatif sur les risques nucléaires en général. Le radon entra dans le discours syndical : on revendiqua pour les mines une nucléarité égale à celle des centrales⁶³. »

Tout en gardant à l'esprit que « l'historiographie sur les critiques formulées à l'égard des technologies nucléaires jusqu'aux années 1970 demeure largement lacunaire⁶⁴ », il ne semble pas qu'une mobilisation pour la reconnaissance des liens entre la radioactivité et le cancer du poumon ait précédé l'ajout de cette pathologie au tableau 6. Selon Sezin Topçu, c'est d'abord contre la bombe nucléaire que des voix ultra-minoritaires se sont exprimées dès 1945, comme celle de Bernard Charbonneau ou de Camus⁶⁵ ; la critique des effets sanitaires et environnementaux ne se fait entendre qu'à partir du début des années 1950, en lien avec les essais atomiques américains puis français⁶⁶ avant de s'étendre à tous les « problèmes posés par les "applications" civiles du nucléaire (centrales nucléaires, médecine nucléaire, produits radioactifs...) : irradiation de travailleurs, déchets, risques d'accident, pollution radioactive des rivières, réchauffement des eaux, contamination de la chaîne alimentaire, etc.⁶⁷ ».

La reconnaissance légale du caractère professionnel du cancer broncho-pulmonaire apparaît donc en France pour la première fois en 1950, en lien avec l'inhalation de poussières radioactives⁶⁸. Il faut attendre 1976 pour que cette pathologie fasse l'objet d'une autre inscription, en lien avec l'amiante cette fois, comme complication de l'asbestose. Mais c'est surtout à partir des années 1980 qu'il devient la principale pathologie cancéreuse retenue sur les tableaux, en lien avec des agents déjà identifiés comme poison dès la fin du XIX^e siècle, les chromates, le nickel, les produits dérivés de la houille, les poussières de fer, le cobalt, le cadmium...

mises à profit pour le « rayonnement de la France » : à Madagascar de la fin des années 1940 jusqu'en 1968, au Gabon, de 1958 à 1999 et enfin au Niger depuis la fin des années 1960 jusqu'à aujourd'hui.

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.* La nucléarité est une notion mobilisée par Gabrielle Hecht pour rendre compte que la perception d'un risque lié à la radioactivité est totalement dépendante des périodes et des espaces : « La nucléarité est une catégorie technopolitique contestée. Elle se déplace dans le temps et l'espace. Ses paramètres dépendent de l'histoire et de la géographie, de la science et des technologies, des corps et de la politique, des radiations et de la race, des Etats et du capitalisme. La nucléarité n'est pas tant une propriété intrinsèque aux choses qu'une propriété distribuée entre les choses ». Gabrielle Hecht, *Being Nuclear...* », ouvr. cité, 2012, p. 14.

⁶⁴ Sezin Topçu, « Atome, gloire et désenchantement. Résister à la France atomique avant 1968 », dans Céline Pessis et *al.* (dir.), ouvr. cité, 2013, p. 190-191.

⁶⁵ Bernard Charbonneau (1910-1996) est une figure pionnière du courant de l'écologie politique. Il a notamment collaboré à *La Gueule ouverte* et à *Combat Nature*.

⁶⁶ Les premières affaires de contamination sont apparues après l'explosion de la bombe H américaine « Bravo » dans l'atoll de Bikini en mars 1954. Sezin Topçu, « Atome, gloire et... », chap. cité, 2013, p. 194.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 199-200.

⁶⁸ En matière de risques radioactifs, on distingue les maladies liées à l'irradiation interne, ou contamination par l'inhalation de poussières, de l'irradiation externe liée aux rayonnements ionisants sans contact. En 1950, le tableau 6 ne prend pas en compte les cancers broncho-pulmonaires survenus par irradiation externe : ceux-ci n'apparaîtront à Hiroshima et à Nagasaki que 10 à 15 ans après les bombardements atomiques. Ils ne sont toujours pas inscrits au tableau en 2017. Les effets sanitaires de la bombe sont devenus rétrospectivement un sujet de mobilisation chez les vétérans des essais nucléaires : Yannick Barthe, *Les retombées du...*, ouvr. cité, 2017.

2. À partir du milieu des années 1960 : éclairages nouveaux sur les maladies professionnelles

À l'activisme de l'entre-deux-guerres – syndical, parlementaire, médical et associatif – en faveur de la prise en charge des maladies professionnelles succède, après guerre, une « décrue des mobilisations⁶⁹ ». D'une part, la création de la Sécurité sociale satisfait une partie des revendications portées notamment par la Fédération nationale des mutilés et invalides du travail : la gestion du risque professionnel est retirée aux compagnies d'assurance privée, les cotisations des employeurs sont rendues obligatoires, les taux de rente sont majorés et le montant de l'indemnité journalière augmenté⁷⁰. La gouvernance des Caisses de Sécurité sociale leur étant confiées, les syndicats se sentent partie prenante du projet et de ses promesses et leurs critiques s'atténuent. D'autre part, dans le contexte de la reconstruction, la place prise par les accidents du travail continue d'éclipser, par son importance, les autres maux du travail. Catherine Omnès observe également « le repli » de la thématique du risque professionnel dans la revue rattachée administrativement au ministère du Travail créée en 1946, la *Revue française du Travail* – transformée en *Revue française des affaires sociales* en 1966. Amorcé dès le milieu des années 1950, il « s'accélère à la fin des années 1950 pour devenir pratiquement complet de 1958 à la fin des années 1970⁷¹ ».

Encore faut-il sans doute relativiser cette mise en sommeil. Jean-Claude Devinck invite ainsi à ne pas négliger les archives des Comités techniques régionaux (CTR) et nationaux (CTN), instances paritaires où le débat sur les maladies professionnelles se serait prolongé. Lui-même a pu reconstituer, en recoupant plusieurs fonds d'archives, les luttes institutionnelles visant à reconnaître et prévenir les impacts sanitaires de l'amiante, avant même les mobilisations sociales du milieu des années 1970⁷².

De même, tout comme Nicolas Hatzfeld a pu saisir, dans les archives du ministère du Travail, la trace de nombreuses doléances individuelles ou d'alertes de professionnels, notamment de médecins du travail, en faveur d'une reconnaissance des troubles articulaires⁷³, il est possible de rendre compte des mêmes phénomènes à propos des risques toxiques. Un dossier entier est ainsi consacré aux « requêtes et dossiers médicaux de particuliers (1950-1978)⁷⁴ » concernant l'amiante.

Pour avoir travaillé 25 ans dans la mine d'amiante de Canari, un mineur atteint d'asbestose interpelle en 1955 le ministre du Travail : « Mon cas s'aggrave de jour en jour et je vous signale que je ne touche aucune allocation familiale. Je vous prierais de bien vouloir étudier

⁶⁹ Damien de Blic, « De la Fédération des... », art. cité, 2008, p. 130.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Catherine Omnès, « Le risque professionnel », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2006, p. 174.

⁷² Jean-Claude Devinck, « Amiante : trente ans de... », chap. cité, 2012, p. 281-312.

⁷³ Nicolas Hatzfeld, *Les maladies du geste. Contribution à une histoire du travail (XIX^e-XX^e siècles)*, dossier d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2009.

⁷⁴ CAC, art 19920443/35.

mon dossier afin que je puisse donner à manger à mes enfants⁷⁵. » Dix ans plus tard, un autre mineur, de Corse toujours, s'adresse lui à la Direction générale de la Sécurité sociale pour dire sa colère en l'absence de réponse de la Caisse plus de cinq ans après qu'il a transmis son dossier de déclaration en maladie professionnelle : « Je ne peux plus rien faire, j'ai 65 ans et je suis malade croyez-moi. Alors les lois, c'est pour tout le monde ou quelques-uns seulement ? Je me demande si je dois continuer à mendier pour manger un morceau de pain car j'ai déjà passé un contrôle et aucun résultat. [...] Dans l'attente que ma lettre sera prise en considération et qu'elle ne restera pas sans réponse, je crois en votre haute bienveillance⁷⁶. » Un médecin-conseil transmet, lui, un rapport sur les cas de la mine de Canari, établi en 1950, au moment de la création du tableau 30 sur l'asbestose, et conclut que le délai de prise en charge « semble exagéré. Il y aurait lieu, à notre avis, de l'abaisser à un an » en lieu et place de cinq ans⁷⁷. Une ouvrière, culotteuse de lampe d'émission depuis 1935 à la CSF à Levallois, utilisait « pas mal d'amiante, en plaque ou en tarrade » : « j'éternuais, je toussais, j'avais des cures d'asthme et je crachais énormément. » Contrainte d'arrêter de travailler en 1959, elle n'a toutefois pas été reconnue pour l'asbestose alors qu'on avait pourtant retrouvé « des traces de poudres » dans ses crachats : « Je voudrais savoir si je n'ai pas droit à une indemnité pour mes soins que j'ai car je souffre toujours beaucoup et ne suis remboursée que 70 %⁷⁸. »

Ces différentes requêtes, si les archives ne nous donnent pas à voir les réponses apportées aux salariés et anciens salariés malades de leur travail, alimentent la réflexion et l'action de la Direction du Travail dans le sens d'une révision nécessaire du tableau existant ou d'aménagements à porter à la loi. Il est ainsi possible de suivre l'existence de certains dossiers sur plusieurs mois voire plusieurs années, soutenus par des députés ou des médecins, et leur parcours dans différents ministères. Le dossier Deblonde en est un exemple. Ancien salarié de Dimatit, société nord-africaine de l'amiante-ciment, située à Casablanca, il a travaillé de 1949 à 1962 dans la fabrication de tuyaux. Il mixait l'amiante et le ciment, usinait à sec des joints contenant de l'amiante, tronçonnait à sec, à la meule. Atteint d'une asbestose sévère, « arrivant au seuil de complications plus graves, actuellement inguérissables », comme l'écrit son médecin dans un certificat médical datant de 1972, il ne parvient toutefois pas à être pris en charge par la Sécurité sociale au prétexte sur les expositions à l'amiante ont eu lieu au Maroc, pays devenu indépendant.

Secrétaire d'Etat auprès du ministre chargé des relations avec le parlement, mais surtout maire de Vire où a été rapatrié Deblonde, Olivier Stirn interpelle le ministre du Travail sur son cas en octobre 1973 : « Y attachant une grande importance, je vous serais reconnaissant si vous pouviez examiner ce dossier avec la plus grande importance. » Le ministre du Travail, Georges Gorce lui répond aussitôt qu'il transmet ce dossier au ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale dont c'est la compétence. Celui-ci, Michel Poniatowski, confirme très vite que « cette requête fait l'objet d'un examen particulièrement attentif ». Les archives ne disent ensuite plus rien

⁷⁵ M. G., lettre au ministre du Travail, Ogliastro, le 9 décembre 1955, CAC, art 19920443/35.

⁷⁶ M. M., lettre à la direction générale de la Sécurité sociale, Bastia, le 16 novembre 1965, CAC, art 19920443/35.

⁷⁷ Directeur du travail, lettre au directeur régional de la Sécurité sociale de Marseille, juin 1951, CAC, art 19920443/35.

⁷⁸ M. L., lettre au ministre du Travail, Levallois, le 28 février 1962, CAC, art 19920443/35.

de l'aboutissement de ce dossier⁷⁹. Il existe ainsi tout au long de la période des micro-mobilisations souterraines et invisibles dans l'espace public visant à élargir la prise en compte des maladies du travail.

Mais la fin des années 1960 ouvre incontestablement une nouvelle ère : « La dynamique contestataire des années 1968 ouvre des brèches dans le consensus qui fondait le modèle assurantiel. [...] Les questions de santé au travail sortent du confinement tripartite qui dominait dans la période antérieure et deviennent des sujets publics⁸⁰. » Les mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail qui s'amorcent à cette période correspondent à une nouvelle séquence critique du système de réparation des maladies professionnelles.

2.1. Une « nébuleuse » critique du système de réparation

À partir de plusieurs travaux déjà publiés, il est possible d'identifier une série d'acteurs et d'espaces de mobilisation qui ont pu, dans le contexte plus général du « mouvement pour l'amélioration des conditions de travail⁸¹ », nourrir la critique du système de réparation pour comprendre dans quel contexte intervient la revendication de tableaux de maladies professionnelles concernant le cancer broncho-pulmonaire.

2.1.1. La dénonciation des limites des tableaux

L'organisation en 1970 d'un tribunal populaire à l'initiative de Secours rouge⁸², à Lens, au lendemain de la catastrophe minière de Fouquières-lez-Lens, représente un moment d'ouverture aux témoignages de mineurs et de pneumologues⁸³ sur l'impact de la silicose sur les corps et sur les vies. Les militants de Secours rouge s'appuient sur une enquête qu'ils ont préalablement réalisée auprès de mineurs, « avec l'aide d'un groupe de 15 à 20 médecins⁸⁴ », pour dénoncer « l'insuffisance des moyens de prévention et la sous-estimation systématique de la maladie par une médecine complice⁸⁵ ». Dans la foulée se constituent notamment des « comités de silicosés » pour soutenir les mineurs dans leur accès à la reconnaissance en maladie professionnelle. Il en est de même après

⁷⁹ Dossier Deblonde, CAC, art 19920443/35.

⁸⁰ Nicolas Hatzfeld, « Forces sociales et politiques publiques : esquisse en trois temps de la santé au travail (France XX^e siècle) », dans Nicolas Hatzfeld et al. (dir.), *Travail, travailleurs et ouvriers d'Europe au XX^e siècle*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon, 2016, p. 323-334.

⁸¹ Françoise Piotet, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue française de sociologie*, vol 29, n° 1, janvier-mars 1998.

⁸² Organisation fondée en juin 1970 par des militants issus de la Gauche prolétarienne, suite à la campagne de répression dont ils sont l'objet et à l'interdiction de leur journal *La Cause du peuple*, pour faire le « lien de la solidarité populaire contre l'alliance du patronat, de l'État, de sa police et contre tous leurs complices ». Voir Jean-Paul Étienne, *La Gauche prolétarienne (1968-1973) : illégalisme révolutionnaire et justice populaire*, thèse de doctorat en science politique, Université Paris-VIII, 2003.

⁸³ Marion Fontaine cite François Liot, chef de service pneumologie à l'hôpital Cochin, le docteur Coubarède, pneumologue et chef de clinique à l'hôpital Laennec, Michel Kompalitch, chirurgien à Créteil. Marion Fontaine, chap. cité, 2014, p. 107.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.*

la catastrophe minière de Liévin quatre ans plus tard. Ce tribunal populaire de Lens serait, selon Marion Fontaine, la matrice d'autres mouvements ou associations, parmi lesquels le Groupe information santé (GIS⁸⁶), et surtout son secteur « Usines⁸⁷ ».

Laure Pitti et Pascal Marichalar ont reconstitué la genèse de ces mouvements médicaux alternatifs et la trajectoire de médecins qui font le choix d'être « médecin des ouvriers », dans le sillage de mai 1968 et d'une « politisation jugée nécessaire des enjeux sanitaires⁸⁸ ». À Lyon, à partir de 1972, des médecins du GIS soutiennent la mobilisation des ouvriers de Penarroya pour l'amélioration de leurs conditions de travail. L'engagement de ces « médecins critiques⁸⁹ » favorise la remise en cause du dispositif de réparation et l'obtention, au terme de six ans de lutte, d'une ré-écriture partielle du tableau des maladies professionnelles liées à l'intoxication au plomb⁹⁰.

Ailleurs, d'autres mobilisations s'engagent. À l'usine Férodo de Condé-sur-Noireau, la CFDT diffuse dès 1971⁹¹ des tracts dénonçant les dangers de l'amiante⁹², « des actions tournantes ont lieu [...] dans les ateliers⁹³ ». Cette mobilisation fait suite au travail militant mené par des membres du Secours rouge qui, un an plus tôt, ont conduit une enquête auprès des ouvriers de l'usine Férodo de Condé-sur-Noireau pour dénoncer « l'amiantose », en lien avec des étudiants en médecine de l'Université de Caen, impliqués dans la remise en cause de l'ordre médical⁹⁴. Dès sa création, en 1975, le Collectif intersyndical Jussieu devient l'un des soutiens à ces luttes⁹⁵, dans une

⁸⁶ Le Groupe information santé (GIS) se constitue dans la lignée du Groupe information prison (GIP), en 1971. Le tribunal populaire de Lens de 1970 en est la matrice. Voir Marion Fontaine, chapitre cité 2014, p. 108.

⁸⁷ Le secteur Usines devient en 1975 la commission santé et conditions de travail. Pascal Marichalar et Laure Pitti, « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 196-197, n° 1, 2013, p. 114-131.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Laure Pitti, « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, vol. 3, n° 91, 2010, p. 103-132. Voir aussi Laure Pitti, « Du rôle des mouvement sociaux dans la prévention et la réparation des risques professionnels : Penarroya, 1971-1988 », dans Catherine Omnès et Laure Pitti (Dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 217-232.

⁹⁰ Il s'agit du tableau n°1, modifié par le décret du 2 juin 1977. Celui-ci « modifie les critères de dépistage et de reconnaissance de l'intoxication par le plomb, en y introduisant un indicateur de l'intoxication infra-clinique (ou syndrome biologique) ». La reconnaissance du saturnisme dépendait alors de tests sanguins, outil de détection tardif, l'analyse des urines permettant elle un diagnostic plus précoce. Laure Pitti, « Penarroya 1971-1979 : "Notre santé n'est pas à vendre !" », *Plein droit* 4/2009 (n° 83), p. 40.

⁹¹ La dénonciation des méfaits de l'amiante trouve place dans cette entreprise dès le milieu des années 1950. Dans un récit dessiné, Albert Dandrov relate le déroulement d'une grève en 1956, provoquée par le refus d'un délégué CFTC de balayer des poussières d'amiante : André Poisson revendiquait l'application des textes de prévention, le nettoyage des postes en dehors des heures de travail, la mise en place d'une ventilation et de masques. Albert Drandov et Dikeuss, « Marche ou grève », *Amiante, chronique d'un crime social*, Albert Drandov, Vernouillet, Septième Choc éditions, 2005, p. 14-18.

⁹² Cécile Maire, *Vivre et mourir de l'amiante, une histoire syndicale en Normandie*, Paris, L'Harmattan, 2016.

⁹³ Anne Guérin-Henni, *Les pollueurs...*, ouvr. cité, 1980, p. 155.

⁹⁴ Je remercie Vincent Porhel qui m'a fait connaître cette séquence de mobilisation contre l'amiante. Vincent Porhel, « Un temps trop tôt. Le premier conflit de l'amiante : Condé-sur-Noireau (1970-1971) », communication au Colloque « Contestations, résistances et négociations environnementales à l'échelle locale dans les sociétés industrialisées XIX^e-XXI^e siècles », Limoges, décembre 2016 [à paraître].

⁹⁵ Il entame un « tour de France » pour dépister les endroits contaminés : « La mort dans l'air », *Le Nouvel Observateur*, 6 décembre 1976. Le journal *Ouest-France* du 27 avril 1976 rend quant à lui compte d'une de leurs interventions, à Condé-sur-352

perspective d'élargissement : « Il était impossible de régler le problème des focages à Jussieu, qui représentent pour l'État une dépense de plusieurs milliards de francs, si, dans le même temps, la mise en cause de ce matériau ne devenait pas une exigence au plan national, s'il n'y avait pas une prise de conscience générale qu'il n'était plus acceptable de continuer à respirer ces fibres dangereuses, en milieu de travail et dans l'environnement⁹⁶ », se souvient Henri Pézerat, l'un des animateurs du collectif. De la même façon, le collectif Jussieu est aux côtés des ouvrières d'Amisol, à Clermont-Ferrand, empoisonnées par l'amiante et le benzène, pour dénoncer notamment « le marchandage de la reconnaissance des maladies professionnelles sur la vie des travailleurs⁹⁷ » et donner une ampleur nationale à cette lutte au départ locale.

Au sein des centrales syndicales, des militants de certaines fédérations rejoignent ces mouvements critiques ou créent leur propre structure, plus ou moins informelle, au sein de leurs organisations respectives. Des adhérents de la CFDT⁹⁸ constituent ainsi en 1974 le groupe « Produits toxiques », ou encore « GP-Tox » auprès de la Fédération unifiée de la chimie (FUC) à un moment où elle « se trouve sous un feu croisé de “pulsions” militantes à propos des substances dangereuses⁹⁹ » : des militants de Rhône-Poulenc à Saint-Auban mobilisés contre les dangers du chlorure de vinyle monomère (CVM) – un intermédiaire de synthèse largement utilisé dans la fabrication du PVC et responsable de cancers du foie – exigent une surveillance médicale des salariés ayant été exposés. Leurs camarades de Rhône-Poulenc à Saint-Fons se mobilisent contre l'usage de la benzidine, une amine aromatique cancérigène qui intervient dans la fabrication d'un produit vétérinaire et dont l'usage est déjà interdit en Grande-Bretagne¹⁰⁰. Des sections CFDT sur les différents sites de Péchiney se mobilisent contre les risques liés au fluor et revendiquent une surveillance médicale régulière pour dépister la fluorose osseuse¹⁰¹. L'ambition de ce GP-Tox est double : soutenir l'intervention des représentants CFDT dans les différents organismes où ils siègent pour réglementer ou interdire les substances chimiques et permettre aux sections syndicales, aux représentants des Chs, aux personnes qui n'ont aucune connaissance particulière « de comprendre les risques, de les expliquer aux travailleurs, et de réagir à temps, dans le cadre d'une véritable prévention¹⁰² ». Il rassemble au départ quatre chercheurs rattachés à l'INSERM et à l'INRS,

Noireau, voir sur http://www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2012/01/meeting_conde.pdf [consulté le 3 mars 2016]

⁹⁶ Henri Pézerat, *Risques, sciences et contre-pouvoirs : un parcours*, 2008, autobiographie mise en ligne sur www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2014/04/Autobiographie-Henri-P%C3%A9zerat.pdf, p. 7 [consulté en septembre 2015].

⁹⁷ Collectif intersyndical sécurité des universités Jussieu CFDT, CGT, FEN, *Danger amiante !*, Paris, Éditions François-Maspero, « Cahiers libres » n°334, 1977, p. 83.

⁹⁸ Parmi eux, Noël Mandray, André Cicollella, Robert Villatte, Jean Metzger, Pierre Perrot, Pierre Bobe.

⁹⁹ Denis Duclos, « Syndicalisme et risque industriel : entre le militantisme et l'expertise. Le cas du « groupe produits toxiques » de la CFDT », *Culture technique*, n°11, 1983, p. 220.

¹⁰⁰ Anne Guérin-Henni, *Les pollueurs...*, ouvr. cité, 1980, p. 199-219.

¹⁰¹ Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 288.

¹⁰² Denis Duclos, « Syndicalisme et risque... », art. cité, 1983, p. 221.

dont les toxicologues André Picot et André Cicollella, et des syndicalistes « appartenant souvent aux sections syndicales les plus dynamiques dans leur intervention en matière d'hygiène et de sécurité¹⁰³ ». Il sera « pendant une dizaine d'années un lieu d'osmose entre inquiétudes montant de la base, relations avec les experts, chercheurs ou ingénieurs mobilisés par la CFDT et problèmes juridiques et législatifs des élus syndicaux dans divers organismes d'État et de la Sécurité sociale¹⁰⁴. »

Le syndicat des mineurs CFDT est lui aussi très actif sur la question des maladies professionnelles, des affections pulmonaires notamment. En son sein, un ancien ingénieur des Houillères du Nord, Roger Rameau¹⁰⁵ et un mineur lorrain, Roger Lambert¹⁰⁶ sont à l'origine de mobilisations pour la réduction des taux d'empoussièrement dans les galeries, une meilleure reconnaissance des silicozes¹⁰⁷ et l'élargissement des tableaux dédiés aux affections pulmonaires des mineurs, notamment à la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Au sein de la CGT, la Fédération des métaux est l'une des plus impliquées dans l'attention revendicative portée aux conditions de travail en lien avec Lucien Chavrot qui, à l'échelle confédérale, met en place des formations syndicales sur l'hygiène, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail. D'abord ouvrier métallurgiste avant de devenir le responsable hygiène et sécurité de cette fédération, Jean Hodebourg s'intéresse dès le milieu des années 1960 à la prévention de « la fatigue nerveuse¹⁰⁸ » liée aux cadences et aux activités répétitives dans le secteur très féminisé de l'électronique¹⁰⁹ puis s'attache notamment aux risques cancérigènes après sa rencontre avec Henri Pézerat du collectif Jussieu venu l'alerter sur le fait que « l'amiante, il y en a aussi dans les usines¹¹⁰ ». En

¹⁰³ Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 289.

¹⁰⁴ Denis Duclos, *La peur et le savoir : la société face à la science, la technique et leurs dangers*, Paris, La Découverte, « Sciences et société », 1989, p. 186.

¹⁰⁵ Roger Rameau, décédé en 1996, fut d'abord ancien ingénieur d'exploitation aux Houillères du Nord Pas de Calais (6 ans), avant d'être chargé de la formation professionnelle pour l'ensemble du groupe d'exploitation de Douai (15 ans). Il se forme ensuite à l'ergonomie en suivant les cours du CNAM et met en place avec le docteur Claude Amoudru une unité d'ergonomie aux Houillères du Nord, le « centre d'étude des problèmes humains au travail », à l'origine d'études mais aussi d'aménagement des postes de travail. Ingénieur syndiqué à la CFDT (ex-CFTC), il publie avec trois de ses collègues ingénieurs CFDT un tract aux lendemains de la catastrophe minière de Liévin survenue en 1974, mettant en cause la responsabilité des Houillères ; il prend alors sa retraite anticipée et devient enseignant à la maîtrise de sciences et techniques en ergonomie de l'Université d'Orsay mais s'investit fortement, dans le cadre de la CFDT, dans l'instruction de la catastrophe de Liévin, aux côtés de leur avocat Henri Leclerc, durant les douze années qui précèdent le jugement définitif. François Jeffroy et Isabelle Lambert, « Entretien avec Roger Rameau », 1999, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

¹⁰⁶ Roger Lambert suit le dossier silicose pour les mineurs CFDT de Lorraine depuis la création des CHS minier en 1977.

¹⁰⁷ Sur la base des données du Centre d'études médicales minières, Roger Rameau rapporte qu'au début des années 1980, 60 % environ des mineurs ayant travaillé au fond sont atteints de silicose à l'âge de 50 ans et 90 % au moment de leur décès. Roger Rameau, « Les mineurs et la silicose », *Cadres CFDT*, n° 298, mai-juin 1981.

¹⁰⁸ La thèse en cours de Rémy Ponge devrait aborder la socio-histoire de cette préoccupation syndicale, Rémy Ponge, *Saisir les maux du travail. Les syndicats et la santé au travail, 1975-2015 (CFDT et CGT)*, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

¹⁰⁹ Fanny Gallot en rend précisément compte dans Fanny Gallot, *En découdre. Comment les ouvrières ont révolutionné le travail et la société*, Paris, La Découverte, 2015.

¹¹⁰ Michel Potier et Christian Lascaux, « Entretien avec Jean Hodebourg », 2002, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, p. 6, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

1979, il entame une formation au CNAM en ergonomie et se consacre en parallèle à représenter la CGT au sein du CSPRP où se négocient la création et le contenu des tableaux de maladie professionnelle¹¹¹.

Par ailleurs, l'organisation d'Assises sur la santé, les accidents du travail et les maladies professionnelles en juin 1975 à Paris, à l'initiative notamment de militants d'une petite formation maoïste, le PCR-ML, a pour ambition de fédérer les constats et mobilisations qui se déroulent dans plusieurs secteurs professionnels et régions de France, dans la foulée du tribunal populaire de Liévin qui a eu lieu quelques mois plus tôt¹¹². À l'issue de ce rassemblement, un Comité de liaison et d'information sur la santé et les conditions de travail (CLISACT) voit le jour, avec comme principale animatrice, le médecin Mireille Becchio¹¹³, par ailleurs rédactrice en chef de la revue du comité, *Lutte Santé Sécurité*¹¹⁴. Un an plus tard, ce sont les confédérations syndicales, CGT et CFDT, qui se retrouvent en colloque à Grenoble sur ce même thème des accidents du travail et des maladies professionnelles¹¹⁵.

Enfin, dans le cadre des Mutuelles de France du bassin de Fos-sur-Mer et Martigues – un courant mutualiste proche de la CGT – un économiste, Marc Andéol, et une médecin généraliste, Gilbert Igonet, créent en 1978 l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME), fortement inspirée par l'expérience italienne de Ivar Oddone, en Italie. Un réseau de médecins se met en place, dans l'objectif d'interroger la responsabilité du travail dans les maladies de leurs patients et de les accompagner dans l'accès au droit à réparation des maladies professionnelles le cas échéant. Mais il s'agit également d'inciter les acteurs de la prévention que sont les CHS (puis CHSCT) et les inspecteurs du travail à « assainir » les postes de travail identifiés comme pathogènes : à cette fin, un « cadastre des risques éliminables » est construit et enrichi au fur et à mesure des cas suivis par le réseau¹¹⁶.

2.1.2. La poursuite de ces « rencontres improbables » dans les années 1980

Cette dynamique critique du système de réparation évolue durant la décennie suivante, dans les années 1980, lorsque les mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail passent à l'arrière-plan des combats pour la sauvegarde de l'emploi : « Œuvrant par des voies institutionnelles, syndicales et associatives, au gré des sensibilités et des

¹¹¹ Jean Hodebourg relate son parcours dans *Le travail, c'est la santé. Perspectives d'un syndicaliste*, Montreuil, VO éditions, 1994.

¹¹² Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 283.

¹¹³ Marion Fontaine, *La fin d'un monde...*, ouvr. cité, 2014, p. 118-119.

¹¹⁴ La revue *Lutte santé sécurité* paraît de 1976 à 1980 [BdIC, F Delta Res 579/28].

¹¹⁵ Ce colloque a lieu les 31 janvier et 1^{er} février 1976. Les contributions de ce colloque sont publiées dans *Le Peuple*, n° 986, 16 mars 1976. Voir Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 373.

¹¹⁶ Le cadastre des risques éliminables est accessible à cette adresse : www.sic-apcme.net/sic/public/map/ [consulté le 3 décembre 2017].

circonstances, ce réseau s'emploie à faire progresser des contestations anciennes¹¹⁷. » L'élection en 1981 du premier gouvernement socialiste de l'après-guerre est l'occasion pour certains de ces acteurs de réaffirmer l'urgence de transformer les conditions de travail : « La volonté de changement exprimée à travers les résultats des élections de mai-juin 1981 concernant aussi les conditions de travail et passent par la participation des travailleurs et de leurs représentants », proclament ainsi 300 chercheurs et praticiens des conditions de travail (ergonomes, ingénieurs sécurité, médecins et inspecteurs du travail...) dans un manifeste signé peu après l'élection, qui donne naissance un an plus tard au Collectif pour la recherche et l'intervention contre les atteintes à la santé des travailleurs (CRIAST)¹¹⁸, dont Serge Volkoff est l'un des fondateurs¹¹⁹.

Les occasions et les espaces de rencontre et de croisement trans-organisationnels sont nombreux et prennent des formes très variées. La forme associative en est une, comme celle du CMRP par exemple, puis de l'ALERT sur laquelle nous reviendrons dans les pages suivantes. « Des coopérations décisives se sont peu à peu établies entre syndicalistes et scientifiques¹²⁰. » Mais cette forme n'est pas la seule à offrir la possibilité de faire se croiser syndicalistes, scientifiques et praticiens. De nombreux acteurs critiques du système de réparation ont aussi en commun d'avoir par exemple fréquenté les chercheurs du laboratoire d'ergonomie du CNAM, sous la direction d'Alain Wisner. Dans cet espace se réalisent des rencontres fécondes et se mettent en place des liens durables, nourris d'une culture ergonomique commune. D'une part, ces chercheurs collaborent régulièrement avec des militants de la CGT et de la CFDT dans le cadre d'expertises et d'analyses ergonomiques du travail pour contourner les directions d'entreprise qui leur refusent souvent l'accès au terrain¹²¹. D'autre part, à partir des années 1960, un module de formation continue en ergonomie est mis en place en direction de médecins, d'ingénieurs et de syndicalistes. Selon Alain Wisner lui-même, « ce fut un grand succès et sur dix anciens permanents de la CGT et dix anciens permanents de la CFDT, presque tous sont devenus des ergonomistes praticiens¹²² ». Robert Villatte du groupe GP-Tox, par exemple, suit une formation en cours du soir avant de participer aux travaux du laboratoire, à « plein temps », d'intervenir en entreprise comme formateur puis de créer,

¹¹⁷ Nicolas Hatzfeld, « Forces sociales et... », chap. cité, 2016, p. 323-334.

¹¹⁸ *Après-demain*, proche de la Ligue des droits de l'homme, dans son numéro consacré aux conditions de travail (n° 260, janvier 1984, p. 40) : voir sur www.fondation-seligmann.org/ApresDemain/AD241-242/241-242_2668.pdf [consultation en septembre 2015]. Il existe un fonds d'archives sur le CRIAST qui pourrait utilement être exploré, il fait partie d'un versement effectué par la Société d'ergonomie de langue française (SELF) auprès des archives départementales de Seine-Saint-Denis, accessible sur https://archives.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/286j_assoc_self_rep.pdf [consulté le 12 septembre 2017].

¹¹⁹ Échange par mail avec Serge Volkoff, janvier 2016.

¹²⁰ Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 58

¹²¹ François Guérin relate ainsi le déroulement semi-clandestin de deux études avec la fédération CGT des cheminots dans Michel Potier, « Entretien avec François Guérin », 2002, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

¹²² Antoine Laville, « Entretien avec Alain Wisner », mai 2000, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, p. 10, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

au sein de la CFDT, l'Institut pour l'amélioration des conditions de travail (INPACT¹²³), en 1983, avec des salariés principalement formés au CNAM¹²⁴. Roger Rameau de la CFDT mineurs, qui se forme au CNAM au milieu des années 1960, dit son intérêt d'avoir « rencontré là d'autres ingénieurs et des médecins du travail, venant tous d'horizons très variés¹²⁵ ». Pouvoir côtoyer des délégués syndicaux durant sa formation au CNAM est, pour Annie Touranchet, médecin-inspecteur du travail, « une rencontre déterminante dans son cheminement¹²⁶ ». Jean Hodebourg de la CGT se forme lui en cours du soir et retient de cette expérience l'importance de « la coopération avec des scientifiques qui acceptent de dialoguer, d'écouter et qui, en retour, font partager leurs connaissances¹²⁷ », coopération qu'il fait vivre, notamment dans le cadre des formations qu'il organise à destination des militants et délégués CHSCT. Serge Volkoff suit lui aussi la formation du CNAM en ergonomie et relie des personnes issues des milieux de la statistique, de la recherche et du syndicalisme¹²⁸.

Les espaces de rencontre et d'expression des voix critiques du système de réparation peuvent prendre la forme d'expériences éditoriales communes, à côté des publications syndicales ou politiques. C'est le cas par exemple de la revue *Après-demain*, émanation de la Ligue des droits de l'homme¹²⁹ ou, au début des années 1980, du livre sur *Les risques du travail*¹³⁰ puis, à partir de 1990, de la revue *Santé et travail*¹³¹. Ils se manifestent aussi au sein de la Commission spécialisée des maladies professionnelles (CSMP), comme nous le verrons dans le cas de la révision du tableau 16, dans les pages suivantes.

¹²³ Robert Villatte, « Pour un statut des conditions de travail », *Après-demain*, n° 260, janvier 1984.

¹²⁴ Catherine Teiger et Antoine Laville, « Entretien avec Robert Villatte », 2001-2003, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-ergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

¹²⁵ « Entretien avec Roger Rameau », 1999, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-ergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

¹²⁶ « Annie Touranchet, médecin inspectrice régionale du travail », *Émulsion*, automne 2017, p. 2, en ligne sur www.emulsion-photos.com/accueil/portraits/annie-touranchet-medecin-inspectrice-du-travail/ [consulté le 13 octobre 2017].

¹²⁷ Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 17.

¹²⁸ Michel Pottier et Christian Lascaux, « Entretien avec Jean Hodebourg », 2002, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-ergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

¹²⁹ Le numéro de *Après-demain* de janvier 1974 est entièrement consacré au « travail et la santé » et comprend déjà un article critiquant le système de réparation. D'autres numéros, en 1982 (prévention et santé) puis en 1984 (les conditions de travail), rassemblent les contributions de Marcel Goldberg, Serge Karsenty, Alain Wisner, le CRIAST, Dominique Huez, Robert Villatte, Lucien Chavrot, Serge Volkoff et Anne-Françoise Molinié, François Guérin et Jacques Durrafourg et représente donc un espace de croisement entre médecins du travail, ergonomes, chercheurs, syndicalistes.

¹³⁰ Dans ses travaux sur la reconstitution de la prise en compte des « maladies du geste » par le système de réparation, Nicolas Hatzfeld repère ainsi au milieu des années 1980 le déclenchement quasi simultané en Lorraine et en Pays de Loire d'enquêtes médicales sur les affections péri-articulaires en milieu de travail : les deux protagonistes, respectivement Lucien Privet et Annie Touranchet, ont comme en-commun d'avoir participé à la rédaction du livre sur les risques du travail et de répondre à une demande syndicale émanant de la CFDT. Nicolas Hatzfeld, *Les maladies du geste...*, dossier cité, 2009.

¹³¹ Le comité de rédaction de la revue *Santé et travail*, dirigé par François Desriaux, ancien ergonome, secrétaire d'édition du livre *Les Risques du travail* avec Lucien Privet, et rédacteur en chef de la revue, comprend en 1992 Antoine Laville, Bernard Cassou, Philippe Davezies, Dominique Dessors, Nicolas Dodier, Dominique Huez, Anne-Françoise Molinié, Serge Volkoff, Jean-Claude Zerbib (dont il sera question dans les pages suivantes), soit des médecins du travail, de santé publique, des chercheurs et des syndicalistes.

Il semble possible à cet endroit de recourir à la métaphore de la « nébuleuse » – déjà mobilisée par Christian Topalov¹³² – pour rendre compte d'une dynamique critique, davantage représentée par des individus, des réseaux de sociabilité et des espaces de rencontre, que par une organisation formalisée¹³³. La reconstitution exhaustive de ces espaces de construction et de circulation des savoirs critiques du système de réparation est d'une grande complexité, tant plusieurs fils s'enchevêtrent, issus de pelotes très différentes, quand bien même le nombre des protagonistes de cette nébuleuse demeure restreint tout au long de la période. L'intérêt d'un tel détour repose sur l'action effective de cette nébuleuse, en termes d'expertise, de sensibilisation, voire de mobilisation. Deux générations se croisent en son sein, l'une politisée par la guerre d'Algérie, l'autre davantage par Mai 1968. La capacité de certains de ses protagonistes à appartenir simultanément ou successivement à plusieurs espaces ou à plusieurs organisations a pu favoriser des convergences inattendues au regard des positionnements de chacune de leurs organisations d'appartenance. Toutefois, l'intérêt et les moyens de construire des archives, de les conserver puis de les rendre accessibles, voire de les valoriser sont très inégalement distribués selon les mouvements, associatifs, syndicaux ou politiques¹³⁴ : il faut alors envisager l'existence de figures et d'histoires encore non écrites, silencieuses, celles « de ces ébauches militantes qui ne donnent lieu ni à des mobilisations de masse, ni à des modifications législatives et s'évaporent sans paraître laisser aucun héritage¹³⁵ ».

Parmi d'autres formes de contestation portées par cette nébuleuse, la remise en cause du système de production de données sur les atteintes à la santé par le travail en est une. Il apparaît en effet totalement inadapté à rendre compte de la réalité, jusqu'à la déformer.

2.2. L'impact du travail sur la santé : des données inadaptées

On verra d'abord comment, de cette dynamique critique, sont issus de nouveaux outils de construction d'une connaissance sur les risques professionnels au sein du système de la statistique publique. On présentera ensuite trois expériences à l'origine d'une expertise sur le fonctionnement du système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles en lien avec les données chiffrées qu'il produit.

¹³² Christian Topalov, « Les "réformateurs" et leurs réseaux : enjeux d'un objet de recherche », dans Christian Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880-1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999, p. 12.

¹³³ A la lumière de plusieurs travaux, il serait d'ailleurs intéressant d'élaborer collectivement une cartographie des liens et des inscriptions sociales d'un éventail de figures impliquées dans le champ de la santé au travail, sur plusieurs décennies.

¹³⁴ Jean-Noël Retière relève ainsi le souci de conservation des archives de la part de la mouvance maoïste, souci qui « mériterait d'être analysé » et qui « induit évidemment un effet d'écho qui pèse sur les interprétations ». Jean-Noël Retière, chronique de « Vigna (Xavier), L'insubordination ouvrière dans les années 68 », *Politix*, vol. 86, n° 2, 2009, p. 223-228.

¹³⁵ Marion Fontaine, « Silicose et extrême-gauche dans le Nord dans les années 70, les raisons d'une aporie », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2014, p. 103.

2.2.1. La statistique publique : le constat d'un désintérêt pour les conditions de travail

Les mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail qui se multiplient dans les années 1960-1970 parviennent à inscrire leur préoccupation à l'agenda politique, dans un contexte où « le gouvernement, se réclamant d'un gaullisme réformateur, voulait promouvoir une "nouvelle société", recherchant davantage l'épanouissement des femmes et des hommes, y compris dans l'entreprise¹³⁶ ». La prévention et l'amélioration des conditions de travail se voient inscrites dans la loi¹³⁷. Une agence nationale des conditions de travail (ANACT) est créée en 1973, des commissions paritaires pour l'amélioration des conditions de travail (CACT) sont mises en place dans les entreprises les plus importantes. Des organisations syndicales et patronales concluent en 1975 un accord-cadre sur cette question¹³⁸. Un Conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP) est mis en place auprès du ministère du Travail, qui débute son activité en 1978¹³⁹.

Dans ce contexte, le dispositif public de connaissance chiffrée sur les conditions de travail et la santé des travailleurs est mis à plat. Un groupe de travail est créé au sein du Conseil national de la statistique (CNS), présidé par Alain Wisner, directeur du laboratoire d'ergonomie du CNAM¹⁴⁰. Dans la proposition de programme à moyen terme qu'il remet en 1975, figure cet objectif :

« Exploiter plus complètement, sur le plan statistique, afin d'en tirer des analyses causales, les informations détenues par les organismes de Sécurité sociale, notamment sur les accidents du travail et sur les maladies professionnelles¹⁴¹. »

Il s'agit aussi de formaliser les observations des médecins du travail et d'élaborer une statistique nationale permettant d'analyser les situations de travail¹⁴². Un poste dédié à coordonner les études et investigations nécessaires est créé en 1976 au sein de la cellule

¹³⁶ Serge Volkoff, *Des comptes à rendre. Usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Marne-la-Vallée, 2002, p. 9-10.

¹³⁷ Loi n° 73-1195 du 27 décembre 1973 relative à l'amélioration de conditions de travail et loi du 6 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents du travail.

¹³⁸ L'accord national interprofessionnel sur les conditions de travail est signé le 15 mars 1975 par le CNPF, la CGC, la CFTC et la CGT-FO. La CFDT et la CGT refusent quant à elles de le ratifier, insistant sur la priorité à faire appliquer les lois et dispositifs déjà existants plutôt que de créer de nouvelles instances qui feraient « doublon ». Le CHS notamment devrait être doté « de moyens de fonctionnement suffisants pour lui permettre de jouer pleinement son rôle et de l'animer ». Cité par Renaud Bécot, thèse citée, 2015, p. 262.

¹³⁹ Le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels est créé par la loi du 6 décembre 1976 en remplacement d'une série de commissions paritaires : la Commission d'hygiène industrielle (CHI), la Commission de sécurité du travail, le Conseil supérieur de médecine du travail et la Commission d'homologation des dispositifs de sécurité. C'est un décret du 11 août 1977 qui le met en place. Il ne débute son activité qu'en mai 1978, comme l'indique une fiche publiée en annexe du rapport Provent, « traduction législative et réglementaire des décisions du Conseil restreint de février 1976 et du Conseil central de planification de février 1978 », Ministère du Travail, rapport cité, 1980, p. 130.

¹⁴⁰ Alain Wisner, « Préface », *Les conditions de travail en enquêtes*, Ministère du travail et des affaires sociales, Document d'études n° 29, juillet 1999, p. 7.

¹⁴¹ Conseil national de la statistique, note n° 1266/955 du 27 novembre 1975.

¹⁴² Serge Volkoff, *Des comptes à rendre...*, dossier cité, 2002, p. 10-11.

« conditions et relations de travail¹⁴³ » du ministère du Travail. Serge Volkoff en est le premier titulaire, bientôt rejoint par Anne-Françoise Molinié. Polytechnicien, formé à l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE) dans les années entourant 1968, il rejoint l'Insee et se syndique à la CGT, « avec Alain Desrosières, initiateur à la fois de la critique de la raison statistique et d'une forme de syndicalisme qui intégrait cette critique¹⁴⁴ ».

L'analyse de l'appareil statistique révèle d'importantes lacunes : se centrant « sur l'usage routinier de quelques chiffres sur la durée du travail, les accidents, puis les maladies professionnelles reconnues¹⁴⁵ », il ne permet pas d'appréhender les effets du travail sur la santé, de les identifier, de les mesurer, de les hiérarchiser. C'est ce dont rend compte, au terme d'une « démarche critique à l'égard des données statistiques existantes qui servent actuellement de références¹⁴⁶ », le rapport « concernant l'incidence des conditions de travail sur la santé et les modes de vie ».

Ainsi, les données sur la morbidité des salariés détenues par l'Assurance maladie ou les établissements hospitaliers publics apparaissent d'aucune utilité dans une perspective d'étude des liens entre la santé et le travail parce qu'elles ne renseignent pas sur les caractéristiques professionnelles de ces salariés. L'exploitation des données comprises dans les dossiers médicaux de médecine du travail se confronte quant à elle « à des difficultés inextricables en raison du caractère non homogène des informations recueillies¹⁴⁷ ». Quant aux statistiques de l'assurance maladie sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, censées éclairer les liens entre travail et santé, elles sont invalidées par les auteurs du rapport, surtout dans le cas des maladies professionnelles.

D'une part, elles ne peuvent refléter que la partie des maladies dues au travail inscrites dans le cadre étroit des tableaux, au nombre limité – il existe 66 tableaux de maladies professionnelles en 1979 – et aux critères très restrictifs. Ainsi, « les exemples abondent de cas d'atteintes par des agents physiques ou des produits nocifs manipulés dans le travail qui ne sont pas reconnues comme ayant une origine professionnelle¹⁴⁸ ». D'autre part, conçues avant tout dans une perspective de gestion assurantielle, ces statistiques ne peuvent en aucun cas refléter les impacts réels du travail sur la santé :

¹⁴³ La cellule « conditions et relations de travail » dépend du Service des études et de la statistique (Ses) du ministère du Travail.

¹⁴⁴ Entretien avec Serge Volkoff, juillet 2015.

¹⁴⁵ Michel Gollac et Serge Volkoff, *Mesurer le travail, une contribution à l'histoire des enquêtes dans ce domaine*, Document de travail du Centre d'études de l'emploi, n°127, 2010, p. 6.

¹⁴⁶ Ministère du Travail, « Incidence des conditions de travail sur la santé et les modes de vie », dossier constitué par un sous-groupe de travail animé par Denise Provent, service des études et de la statistique, janvier 1980. Ce rapport est élaboré dans le cadre de la préparation du VIII^e plan. Il est publié, légèrement remanié, dans la revue *Travail et emploi* n°5, juillet 1980. Les données et citations des paragraphes suivants sont issues de ce rapport sauf mention contraire.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 33.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 3.

« [Elles sont le reflet] des variations de l'activité des caisses dans les délais de procédure et de comptabilisation (changement de personnel, grèves, retard dans les transmissions, interprétations divergentes des textes...) ainsi que [de] l'évolution des comportements sociaux (accroissement de la demande en réparation ayant une incidence sur le taux de fréquence et de gravité) et les fluctuations économiques du nombre d'heures travaillées dans l'année¹⁴⁹ ».

Dans leurs préconisations, les auteurs du rapport retiennent quelques perspectives pour les accidents du travail : leurs statistiques pourraient, à condition d'être améliorées, fournir des connaissances pertinentes sur les secteurs, les postes, les statuts et les activités concernés utiles à la construction d'une politique de prévention¹⁵⁰. Mais ils font délibérément l'impasse sur les maladies professionnelles : le recueil statistique fourni par la CNAMTS est d'emblée écarté d'une quelconque possibilité d'usage dans le champ de la prévention. Tout d'abord, au contraire des accidents du travail, elles ne font pas masse suffisante en termes statistiques pour pouvoir être exploitées¹⁵¹ – en 1976, on recense ainsi 7 453 cas de maladies professionnelles pour plus d'un million d'accidents du travail avec arrêt¹⁵². Par ailleurs, produites par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et reflet de l'autonomie de ces organismes, elles ne sont pas toujours accessibles aux statisticiens du ministère du Travail qui souhaiteraient travailler sur ce matériau¹⁵³. Le rapport précise d'ailleurs avec prudence « que la mise en œuvre des propositions qu'on peut faire dépend évidemment de l'intérêt que trouveraient les organismes de Sécurité sociale eux-mêmes à de telles opérations et les moyens matériels dont ils disposeraient pour les entreprendre, ou tout au moins pour y participer¹⁵⁴ ».

Surtout, ces données symbolisent « ce que Alain Desrosières appelle la "circularité" entre les données permettant d'évaluer un fait social et les instruments choisis pour agir sur son évolution¹⁵⁵ ». Elles représentent le « stade ultime d'un ensemble de procédures

¹⁴⁹ *Ibid.*, p 2.

¹⁵⁰ Elles donnent lieu à un travail d'analyse mené par Marie-France Cristofari, « Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel », Rapport pour la DREES et la DARES, Centre d'études de l'emploi, 2003, accessible sur www.dialogue-social.fr/files_upload/documentation/200809180840560.Rap_Cristofari_chap1.pdf [consulté le 18 janvier 2016].

¹⁵¹ Entretien avec Serge Volkoff, juillet 2015.

¹⁵² Ministère du Travail, « Incidence des conditions... », rapport cité, 1980, p. 8.

¹⁵³ Serge Volkoff relate ainsi les « vicissitudes » auxquelles il a pu être confronté avec certaines Caisses régionales d'assurance maladie : « On envisageait d'exploiter les fichiers d'absence maladie, je suis venu à la Cram de X. pour travailler avec le responsable du fichier. On m'a indiqué le bureau, j'ai frappé, personne ne m'a dit d'entrer, j'ai passé un coin de ma tête, il y avait un type qui, forçant même le rôle, ne levait pas le nez de son bureau. Puis il lève le nez et me dit "qu'est-ce que vous lui voulez à JJ cumu ?", je ne savais même pas ce que c'était. J'ai dit "ben voilà, dans le cadre d'un travail sur le système stat' sur les conditions de travail santé au travail je voudrais voir si le fichier accident ou le fichier d'absentéisme donnent des éléments d'information qui n'auraient pas été exploités à fond". "Tout ce qui est à exploiter a été exploité, je ne vous retiens pas." J'ai essayé de bredouiller quelques arguments, que je venais de Paris, que j'avais un mandat du ministère. Il m'a redit un peu plus fort "Je ne vous retiens pas", en ouvrant la porte et en me prenant le bras. » Entretien avec Serge Volkoff, juillet 2015.

¹⁵⁴ Ministère du Travail, « Incidence des conditions... », rapport cité, p. 25.

¹⁵⁵ Serge Volkoff, « Statistiques "ouvertes" et ergonomie "myope" : combiner les niveaux d'analyse en santé au travail », *Sciences sociales et santé*, vol 28, n° 2, 2010, p 12 ; Alain Desrosières, *La politique des...*, ouvr. cité, 1993, p. 303.

de déclaration et de reconnaissance¹⁵⁶ » qui intègre le travail de définition juridique (la construction des tableaux), le rapport de force entre représentants des salariés et représentants des employeurs qui en est à l'origine, auquel s'ajoutent les comportements des acteurs concernés (victimes, médecins, ingénieurs de prévention, médecin-conseil, agents des caisses, etc.) et la durée de la procédure.

D'autres données et travaux constituent en revanche, pour les auteurs du rapport « Provent », de sérieux indices confirmant le rôle du travail dans les atteintes à la santé. Parmi eux, les données construites par l'INSEE à partir des recensements démographiques et des causes de décès, portant sur « la mortalité des adultes suivant le milieu social¹⁵⁷ », leur donnent à penser qu'il est « vraisemblable qu'une partie non négligeable de la mortalité différentielle a des causes professionnelles ». Le quotient moyen de mortalité est ainsi 3,4 fois plus élevé chez les manœuvres de 45 à 54 ans que chez les instituteurs du même âge. La mortalité par cancer – qui concerne deux fois plus souvent les ouvriers qualifiés que les cadres supérieurs et professions libérales – est un marqueur fort de cette inégalité sociale devant la mort¹⁵⁸. Des travaux engagés à l'initiative d'ergonomes, sous la forme le plus souvent de monographies, apportent eux aussi quelques éclairages. Il en est ainsi de l'étude sur la mortalité différentielle dans les métiers de l'imprimerie, réalisée à la demande d'un syndicaliste¹⁵⁹, qui révèle que, dans un même secteur d'activités, l'impact des conditions de travail semble jouer différemment sur l'espérance de vie de salariés, qu'ils soient rotativistes, expéditeurs, clicheurs, compositeurs ou encore correcteurs¹⁶⁰.

Parce que les données issues du droit à réparation leur apparaissent sans objet dans une perspective de connaissance et de prévention, c'est vers la construction de nouveaux outils statistiques – lancement de la première enquête sur les conditions de travail en 1978 (répétée depuis à six reprises), puis de l'enquête SUMER comme « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels¹⁶¹ » – plutôt que vers l'exploitation des données concernant les AT-MP que vont s'orienter les acteurs de la statistique publique au sein du département SES du ministère du Travail. La rencontre avec les ergonomes du laboratoire dirigé par Alain Wisner ainsi qu'avec les syndicalistes qu'ils

¹⁵⁶ Serge Volkoff, *Des comptes à rendre...*, dossier cité, 2002, p. 67 et suivantes.

¹⁵⁷ Guy Desplanques, *La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971*, INSEE, 1976.

¹⁵⁸ Ministère du Travail, « Incidence des conditions... », rapport cité, p. 5.

¹⁵⁹ Antoine Laville rend compte de cette démarche dans l'entretien qu'il accorde à Esther Cloutier et *al.*, « Entrevue guidée avec Antoine Laville », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 2-2 | 2000, accessible sur <http://pistes.revues.org/3817> [consulté le 17 janvier 2016].

¹⁶⁰ Antoine Laville et *al.*, « Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité », *Le Travail humain* 44, 1, 1981, p. 71-92.

¹⁶¹ La première de ces enquêtes a été réalisée en 1987 dans l'objectif de connaître les conditions d'expositions des salariés et de définir des priorités de recherche et d'action. Elle est conduite par les médecins du travail qui interrogent les salariés sur l'ensemble de leurs activités professionnelles réellement exercées lors de la dernière semaine travaillée. La dernière (4^e) s'est déroulée en 2010. Elle a donné lieu à de nombreuses publications. Une autre est en cours actuellement (2016-2017). Voir sur <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-118967> [consulté le 30 septembre 2017].

connaissaient est à cet égard déterminante¹⁶² dans la construction des futures données sur les conditions de travail¹⁶³.

2.2.2. Le rapport Buhl-Lambert : une mise en lumière du non-recours (1982)

En 1981, au lendemain de son élection, le président François Mitterrand commande à son gouvernement un rapport sur les « droits nouveaux des travailleurs ». Le ministre du Travail Jean Auroux s'attelle à sa rédaction autour de l'idée-force au sein de ce nouveau gouvernement, socialiste, que « les travailleurs doivent être citoyens à part entière dans l'entreprise¹⁶⁴ » et que les conditions de travail sont « le terrain privilégié de l'expression des travailleurs¹⁶⁵ ». Les lois qui porteront son nom visent notamment à favoriser la participation des salariés à l'identification et à la prévention des atteintes à la santé au travail par le renforcement du rôle des instances représentatives du personnel (IRP) que sont les Comités d'entreprise (CE) et les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)¹⁶⁶. Dans ce contexte, Nicole Questiaux, ministre de la Solidarité nationale, en charge de la santé, confie en août 1981 à Jacqueline Buhl-Lambert la mission de faire le point sur les liens entre le travail et la santé, pour la prévention des atteintes liées au travail. Celle-ci, longtemps membre de la commission exécutive de la CGT, vient juste de rejoindre son cabinet¹⁶⁷. Elle explique ainsi la démarche qu'elle a mise en œuvre pour répondre à sa lettre de mission :

« Nicole Questiaux souhaitait que je fasse un constat, un état des lieux qui mettrait le doigt sur les causes et sans vraiment de solutions. Moi je ne concevais pas de faire un rapport s'il n'y avait pas des solutions en face, donc... J'ai travaillé avec tous les syndicats, sauf la CGT qui n'a pas voulu en parler, avec l'INRS, des inspecteurs du travail, des médecins du travail, le collectif Jussieu, le CLISACT, la Fédération des mutilés du travail, les caisses bien entendu, des chercheurs, des juristes, des statisticiens... J'avais la chance d'avoir un très bon ami à la

¹⁶² Jacques Theureau et Bernard Tort, « Contribution des recherches ergonomiques à la constitution d'une méthodologie d'enquête statistique sur les conditions de travail », étude pour le compte du SES, ministère du Travail, 1977.

¹⁶³ Pour une histoire de ces enquêtes, lire Michel Gollac et Serge Volkoff, « Mesurer le travail... », doc. cité, 2010.

¹⁶⁴ Jean Auroux, *Les droits des travailleurs*, rapport au Président de la République et au Premier ministre, Paris, La Documentation française, collection des rapports officiels, septembre 1981.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Mathieu Tracol, *La rigueur et les réformes. Histoire des politiques du travail et de l'emploi du gouvernement Mauroy (1981-1984)*, thèse pour le doctorat d'histoire, Université Paris 1, 2015.

¹⁶⁷ Inspectrice des finances, Jacqueline Buhl-Lambert devient très vite, à l'âge de 25 ans, secrétaire du Syndicat national des agents des contributions indirectes (SNACI) affilié à la Fédération des finances CGT, puis secrétaire de cette Fédération. Elle rejoint ensuite la commission exécutive de la CGT où elle est en charge du secteur santé protection sociale de 1969 à 1979. Elle quitte le bureau confédéral en 1981 suite à d'importants désaccords et accepte, sur proposition d'un de ses camarades de la commission exécutive de la CGT, chevènementiste, de participer au cabinet de Nicole Questiaux puis de Georgina Dufoix et enfin, « de façon très courte » de Pierre Bérégovoy avant de réintégrer un poste aux Finances. Elle termine sa carrière comme receveur des finances au trésor public en 2001, avant de devenir juge de proximité.

direction des AT-MP, au sein du ministère : Bertrand Main¹⁶⁸ m'a aidé, il connaissait bien son sujet et bien l'administration¹⁶⁹. »

Ainsi, si le rapport que Jacqueline Buhl-Lambert remet au ministère en juillet 1982¹⁷⁰ reprend quasiment les mêmes constats que celles du rapport réalisé par Denise Provent et son équipe à peine deux ans auparavant, il innove toutefois fortement dans les modalités de consultation et dans la somme des préconisations : largement ouverte aux travaux et réflexions des chercheurs, des professionnels de terrain et des militants associatifs et syndicaux, son élaboration constitue en elle-même un lieu ponctuel pour les « rencontres improbables mais fécondes¹⁷¹ », évoquées dans les pages précédentes entre chercheurs, praticiens, syndicalistes et membres de l'administration, à l'échelle nationale et internationale¹⁷².

Parmi les sept rapports annexes qui se joignent à l'ensemble, l'un est spécifiquement consacré aux « propositions pour la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles¹⁷³ », à l'initiative d'un groupe de travail dédié regroupant des médecins (du travail, généraliste et médecin-conseil), des chercheurs, des ingénieurs de l'INRS¹⁷⁴. La question du non-recours au droit à réparation y apparaît centrale, sous la terminologie du « mauvais rendement » du système de réparation. Les motifs sont longuement décrits et notamment la responsabilité des médecins, à l'appui d'une étude psycho-sociologique réalisée à cette occasion sur « le médecin généraliste face à la pathologie liée au travail¹⁷⁵ ». Les auteurs préconisent une réforme de la reconnaissance des maladies professionnelles et notamment la mise en place d'un système « mixte » qui favoriserait la reconnaissance des maladies n'étant pas mentionnées dans les tableaux.

¹⁶⁸ Bertrand Main (1952-1999) rejoint le ministère des Affaires sociales en 1977 et est affecté à la Direction des relations du travail, chef du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles. Par ailleurs, il est militant actif au sein de la Ligue des droits de l'Homme (LDH) – il en sera le secrétaire général de 1995 à sa mort.

¹⁶⁹ Entretien avec Jacqueline Buhl-Lambert, mars 2015.

¹⁷⁰ Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, *Rapport Travail - Santé - Prévention. Mission de la Sécurité Sociale*, mission Buhl-Lambert, juillet 1982. Ce rapport est l'aboutissement d'une mission confiée le 31 août 1981.

¹⁷¹ Renaud Bécot et Céline Pessis, « Improbables mais fécondes : les rencontres entre scientifiques critiques et syndicalistes dans les « années 1968 », *Mouvements* 4/2014, n° 80, p. 51-66.

¹⁷² Christopher Sellers and Joseph Melling, « Objective Collectives ? Transnationalism and "Invisible Colleges" in Occupational and Environmental Health from Collis to Selikoff », *Dangerous Trade : Histories of Industrial Hazard across a Globalizing World*, Christopher Sellers and Joseph Melling (ed.), Philadelphia, Temple University Press, 2012.

¹⁷³ Annexe VII du rapport Buhl-Lambert.

¹⁷⁴ Le groupe de travail à l'initiative du rapport sur la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles est placé sous la responsabilité d'Alain Fouchet, représentant le ministère. Outre deux de ses collègues, ses membres sont pour la plupart inscrits dans la « nébuleuse » critique du système de réparation : Dominique Huez (médecin du travail, syndiqué CGT), Jean-Claude Limasset (ingénieur INRS, syndiqué CFDT), Mireille Becchio (médecin généraliste, animatrice du CUSACT), André Cavigneaux (médecin-conseil chef dans une Caisse régionale d'assurance maladie), Philippe Davezies (médecin du travail, membre du CMRP), Émile Pinard (enseignant syndiqué CFDT et membre du CMRP) et Henri Pézerat (toxicologue, chercheur CNRS, animateur du CMRP).

¹⁷⁵ Martine Ternois et al., « Le médecin généraliste face à la pathologie liée au travail », rapport d'étude, Unité « santé et société », Centre d'études sociologiques, CNRS, annexe I du rapport Buhl Lambert.

Dense et particulièrement documenté, le rapport dit « Buhl-Lambert » et ses soixante-six propositions « pour une politique de prévention » ne seront jamais publiés¹⁷⁶. Nicole Questiaux démissionne avant même de pouvoir en prendre connaissance, en désaccord avec le fonctionnement et les orientations du gouvernement sur le projet de redressement de la Sécurité sociale¹⁷⁷. Mais de larges pans de son contenu poursuivent leur existence en dehors de ce rapport de mission, notamment dans le livre *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*¹⁷⁸, publié en 1985. Sur une idée de l'éditeur François Maspero¹⁷⁹, à l'initiative d'une équipe constituée de médecins du travail¹⁸⁰, d'un médecin inspecteur du travail (Annie Touranchet-Hébrard) et d'un médecin de santé publique (Bernard Cassou), plus d'une centaine d'auteurs – dont Jacqueline Buhl-Lambert elle-même – participent à la rédaction de ce livre en croisant les apports des sciences humaines et sociales avec ceux de la toxicologie, de l'épidémiologie ou de l'hygiène industrielle, dans l'objectif de partager en direction du plus grand nombre – et avant tout des travailleurs, les premiers concernés – les connaissances acquises en matière de risques et de prévention au travail. Il est noté en introduction que « les risques [au travail] ne sont pas inéluctables, mais proviennent principalement de leur non-prise en compte¹⁸¹ ».

De fait, le rapport Buhl-Lambert – s'il « ne dit rien qu'on ne savait déjà¹⁸² » en rapport avec la production chiffrée des données concernant l'impact du travail sur la santé – constitue une séquence importante – et le plus souvent ignorée par l'historiographie – dans la dynamique des « rencontres improbables » qui se nouent dans les années 1960, se renforcent dans les années 1970 et se poursuivent dans les décennies qui suivent.

2.2.3. La production d'une expertise sur le système de réparation

Dans le même temps, les pouvoirs publics encouragent de nouvelles recherches, par l'octroi de financement et l'accès aux sources de données. Le ministre de la Santé, Jack Ralite, met en place les Comités consultatifs régionaux et départementaux de promotion

¹⁷⁶ Bernard Cassou écrit ainsi en février 1990 : « En août 1981, J. Buhl-Lambert a été chargée par le ministre de la Solidarité de faire un bilan du système de reconnaissance des maladies professionnelles et de proposer des améliorations. Sept ans après cet important travail, le rapport n'est toujours pas publié. Au ministère des Affaires sociales, on répond que l'on continue à l'étudier attentivement (!). Le *statu quo* semble préférable. A qui ? ». Cassou Bernard, « La prévention des risques professionnels : un système à dynamiser », *Après-demain*, janvier-février 1990, n°320-321, p. 50. Accessible sur www.fondation-seligmann.org/ApresDemain/AD320-321/320-321.pdf [consulté le 15 mars 2016].

¹⁷⁷ Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, « Quadrige », 2005, p. 178.

¹⁷⁸ Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.

¹⁷⁹ Voir à ce sujet Nicolas Hatzfeld, *Les maladies du...*, dossier cité, 2009, p. 198.

¹⁸⁰ Il s'agit de Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer. Ils viennent de créer un syndicat des médecins du travail (SMT), en 1980, lors d'un congrès fondateur à Bordeaux. Annie Touranchet en est la première présidente. Entretien avec Annie Touranchet, juillet 2013.

¹⁸¹ Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 1985, p. 8.

¹⁸² Entretien avec Marie-France Cristofari, septembre 2015.

de la santé, espaces de rencontre entre les acteurs locaux concernés par la santé¹⁸³, auxquels il accorde des crédits d'État pour l'encouragement d'études locales¹⁸⁴. Les ministères du Travail, de l'Industrie et de la Recherche ouvrent un programme de recherches visant à l'amélioration des conditions de travail.

La mise à plat des indicateurs chiffrés sur les conditions de travail et leurs impacts pour la santé ayant témoigné de l'extrême vacuité de l'existant, plusieurs chercheurs de divers champs disciplinaires convergent vers la volonté de faire progresser la connaissance, une connaissance non plus construite en laboratoire, mais ancrée dans les conditions réelles d'activité. L'épidémiologiste Marcel Goldberg en appelle ainsi en 1982 à :

« développer une recherche pluridisciplinaire, du type fondamental dans certains cas, mais, surtout, une recherche appliquée sur le terrain, en liaison étroite avec les travailleurs qui sont source des demandes les plus pertinentes. Ceci impliquerait un financement adapté, mais aussi une modification notable des pratiques des organismes de recherche et des chercheurs eux-mêmes ; ceci impliquerait aussi un droit du travail différent, permettant aux travailleurs de susciter une étude avec l'aide des chercheurs extérieurs, ayant accès aux informations de l'entreprise¹⁸⁵. »

Parmi les programmes financés par les ministères en charge du Travail et de la Santé, deux enquêtes s'intéressent spécifiquement au système de réparation des maladies professionnelles. L'une est initiée par un médecin inspecteur du travail, l'autre par une sociologue, chercheuse en santé publique.

2.2.3.1. La relance d'une pratique médicale délaissée : les déclarations des maladies à caractère professionnel (MCP)

La première enquête est entamée par Annie Touranchet¹⁸⁶, médecin sensibilisée aux questions de la santé au travail dans l'effervescence de mai 1968 et du Groupe d'information santé (GIS). Soutenue en 1975, sa thèse pour le doctorat de médecine est consacrée à la thématique des accidents du travail et des maladies professionnelles¹⁸⁷, thème rare pour l'époque :

¹⁸³ Jack Ralite met en place des Comités consultatifs de promotion de la santé qui réunissent, à l'échelle régionale et départementale, les professionnels de santé et « l'ensemble de leurs partenaires naturels, à savoir les usagers du système de santé, les élus, les organisations syndicales, les administrations et les organismes de financement ». A une sénatrice qui l'interpelle sur le risque de disqualifier l'approche scientifique en ouvrant les discussions aux non professionnels de la santé, Jack Ralite répond : « Soyez en bien convaincue, la concertation "dialectise" tous les apports et l'apport populaire que nous appelons ne nie pas, mais au contraire, conforte l'apport scientifique. Il l'excite même. » Compte rendu intégral de la 44^e séance de débats parlementaires au Sénat, séance du jeudi 9 décembre 1982 (JO du 10 décembre 1982, p. 6583).

¹⁸⁴ Voir notamment François-Paul Debionne, *La santé passe par la dignité: l'engagement d'un médecin*, éditions de l'Atelier, éditions Quart-monde, 2000, p. 97-98.

¹⁸⁵ Par exemple, au-delà de chercheurs déjà cités, Marcel Goldberg, « Travail, santé et prévention », *après-demain*, n° 241-242, février-mars 1982, p. 25. En ligne sur www.fondation-seligmann.org/ApresDemain/AD241-242/241-242_2660.pdf [consulté le 18 janvier 2016]

¹⁸⁶ Je remercie vivement Annie Touranchet pour m'avoir transmis une partie de ses archives.

¹⁸⁷ Annie Touranchet, *Les difficultés médico-légales de définition d'accidents du travail et de maladies professionnelles*, thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris Val de Marne, Faculté de Créteil, 1975.

« Dans les années 1970-1980, la majorité des médecins considéraient qu'il n'y avait pas de maladies professionnelles. On formait les médecins du travail en leur disant que s'ils déclaraient une maladie professionnelle, c'est qu'ils avaient raté la prévention, donc ils le prenaient très mal. Ensuite, on leur disait que s'il y avait une maladie professionnelle, le salarié ne pourrait pas reprendre son poste, donc ils ne voulaient pas déclarer. C'était une question de formation et d'éthique¹⁸⁸. »

Médecin du travail, elle rejoint Nantes et exerce en hôpital, auprès d'agents de la CAF ou encore de salariés de la métallurgie. Dans une entreprise de ce secteur, constatant l'apparition de dermatoses chez de nombreux tourneurs, elle recourt au dispositif de déclaration des maladies à caractère professionnel (MCP)¹⁸⁹ et en mesure tout l'impact :

« En 1981, je me suis servi de ces déclarations de MCP pour faire admettre à l'employeur de cette entreprise que l'huile de coupe utilisée dans les tours à commande numérique était polluée. Au terme de trente-six déclarations de "boutons d'huile", suivies de la visite de l'inspecteur du travail et de celle du MIRTMO¹⁹⁰, les huiles ont été changées et nettoyées avec l'ajout de bactéricides ; les "boutons d'huile" ont disparu¹⁹¹. »

Dans l'objectif de pouvoir peser davantage sur l'amélioration des conditions de travail, elle devient MIRTMO en 1982 et découvre avec étonnement la faiblesse du dispositif d'alerte des MCP. Prévu dès 1919¹⁹² et conçu pour faire évoluer la connaissance et la prévention des risques au travail ainsi que la construction de nouveaux tableaux, il semble, dans ces années 1980 comme dans les années d'entre-deux-guerres, ignoré par la majorité des médecins. Le nombre de déclaration de ces « maladies à caractère professionnel » (MCP) demeure très faible.

Plus encore, lorsque ces déclarations sont transmises, Annie Touranchet s'aperçoit « avec effarement » que ces « articles 500 » n'étaient absolument pas exploités, ni au niveau régional, ni au niveau national, mais qu'ils étaient mis dans de grandes armoires fermées à clé ». Elle s'en inquiète auprès du ministère du Travail qui, déjà alerté par la

¹⁸⁸ Entretien avec Annie Touranchet, juillet 2013. Toutes les citations qui suivent en sont issues, sauf mention contraire. Voir également le livre dénonciateur sur cette profession publié au milieu des années 1970 : Olivier Targowla, *Les médecins aux mains sales*, Paris, Belfond, 1976.

¹⁸⁹ L'article L 461-6 (ex article 500) du Code de la Sécurité sociale stipule : « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire. »

¹⁹⁰ Les MIRTMO, médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, succèdent à l'inspection médicale du travail créée en 1937, d'abord sous forme de missions temporaires, puis formalisée par une loi du 31 octobre 1941. En fusionnant avec l'inspection de la main-d'œuvre en 1944, elle donne naissance aux MIRTMO.

¹⁹¹ Entretien par mail avec Annie Touranchet, novembre 2017.

¹⁹² L'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 prescrit que « la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui peut en connaître l'existence ».

faiblesse de ce dispositif¹⁹³, lui confie la mission d'en explorer les causes et de proposer de nouvelles modalités de signalement¹⁹⁴ :

« J'ai récupéré des cartons, pu entamer l'analyse de ces déclarations et me rendre compte qu'elles présentaient un certain intérêt. Je travaillais beaucoup avec le service de prévention de la CRAM [de Nantes], avec lequel j'entretenais des relations professionnelles conviviales, et on a pu mettre en place un dispositif qui permettait de relancer l'intérêt des médecins pour ces déclarations. »

Le rappel aux obligations de déclarer les MCP : l'ancienneté d'une antenne

Le rappel à cette obligation semble constant tout au long des années antérieures, comme en témoignent plusieurs circulaires émanant du ministère en charge de la Sécurité sociale, non parues au *Journal officiel* et aperçues dans les archives du ministère du Travail. Ainsi, en 1955, le ministre Paul Bacon, rendant compte des réserves énoncées par la CHI pour l'inscription de nouvelles maladies à un tableau, adresse-t-il aux directeurs régionaux de la Sécurité sociale et aux présidents des conseils d'administration des caisses départementales et régionales cette remarque : « *Sur ce point encore, je ne saurais trop souligner l'importance des déclarations médicales prévues à l'article 74 de la loi du 30 octobre 1946. Je vous prie instamment de vouloir bien [...] appeler l'attention de vos médecins-conseils et de tous les praticiens avec lesquels vos organismes se trouvent en relation sur le rôle essentiel qui leur est dévolu dans la mise à jour des tableaux de maladie professionnelle. Vous voudrez bien insister particulièrement sur la nécessité d'établir les déclarations dont il s'agit de façon aussi précise et complète que possible afin d'en permettre l'exploitation par les services techniques compétents*¹⁹⁵. »

Trois ans plus tard, en 1958, le message de son directeur de cabinet, François Watine, se fait tout à la fois plus insistant et plus pédagogique : « *Je saisis l'occasion de rappeler, à nouveau, l'importance que présente pour la prévention des maladies professionnelles et le développement des tableaux, l'observation par tous les médecins des prescriptions de l'article 500 du code de la Sécurité sociale. Or, des mesures ne peuvent être prises à cet effet qu'autant que les éléments d'ordre médical et d'ordre technique aussi précis et complets que possible, fournis en temps utile aux services compétents, permettent à ceux-ci de procéder aux enquêtes et études nécessaires.*

*Je renouvelle les demandes pressantes que je vous ai adressées notamment dans les circulaires [de 1953 et de 1955]. Je vous prie de bien vouloir signaler, à nouveau, cette question à l'attention des médecins avec lesquels votre mission sociale vous met en relation. Sans doute le nombre de cas de maladies professionnelles (déjà reconnues comme telles ou susceptibles de l'être) est-il relativement peu élevé par rapport à celui des accidents du travail et surtout par rapport au nombre de maladies non professionnelles. Il n'en importe pas moins que ces cas soient dépistés en vue de la mise en œuvre de toutes les mesures préventives et, lorsqu'il y a lieu, de l'octroi aux victimes des réparations exigées par la loi. Ce dépistage, en raison même de la rareté relative des cas, exige de la part des médecins, une attention toujours en éveil. Dans cet esprit, je vous prie de donner la plus large diffusion à la présente circulaire*¹⁹⁶. »

En 1986, le ministère accepte les termes d'une campagne expérimentale lancée en direction des médecins du travail et des généralistes à l'échelle des Pays de Loire, sa région d'exercice, à condition d'y adjoindre ceux de la région Provence Alpes Côte

¹⁹³ Ministère du Travail, lettre à Madame le docteur Annie Touranchet, 5 février 1986 [Archives Annie Touranchet].

¹⁹⁴ Reprenant ainsi les termes d'une lettre de mission confiée le 14 septembre 1981 aux directeurs régionaux du travail et de l'emploi des régions Franche-Comté, Bourgogne et Nord pas de Calais [Archives Annie Touranchet].

¹⁹⁵ Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Direction de la Sécurité sociale, Circulaire n° 108 SS du 4 novembre 1955, CAC, art 19920443/31.

¹⁹⁶ Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Direction de la Sécurité sociale, Circulaire n° 37 SS du 15 avril 1958, CAC, art 19920443/31.

d'Azur. Cette campagne qui se déroule jusqu'en 1989¹⁹⁷ permet une augmentation notable du nombre de MCP déclarées et rend compte dans le même temps de multiples phénomènes, dont plusieurs particulièrement éclairants sur les freins au fonctionnement du système de réparation.

L'étude confirme que les médecins ignorent largement le système de réparation et qu'ainsi, pour reprendre les termes d'une note ultérieure consacrée à promouvoir le bilan de cette campagne expérimentale, « les pouvoirs publics n'ont pas su accompagner le dispositif légal dans la formation médicale¹⁹⁸ ». Faute de savoir distinguer le système des tableaux de celui des signalements de maladie à caractère professionnel, les médecins orientent à tort un grand nombre de dossiers de malades qui auraient pu être indemnisés vers les MCP – jusqu'à 38 % en région PACA¹⁹⁹. Ils sont également peu sensibilisés à l'intérêt d'un tel dispositif : la campagne expérimentale démontre qu'un simple rappel de ses objectifs en matière de prévention, de partage d'information et de veille sanitaire suffit à convaincre plusieurs médecins de se saisir de cette obligation de déclaration. Un projet de courrier destiné à convaincre les médecins d'« apporter leur concours à une expérience de signalement des maladies occasionnées par le travail » se conclut ainsi : « La satisfaction de participer à l'amélioration de la prévention et, par là, à la réduction de l'inégalité socio-professionnelle d'espérance de vie, vaut bien la peine de remplir le document de signalement²⁰⁰ ». Il convient également de porter attention aux termes utilisés. À la terminologie « déclaration » est ainsi préférée celle de « signalement », davantage en accord avec la culture médicale de l'alerte sanitaire. La perspective de constitution d'une base de données, accessible ensuite aux services des administrations et organismes concernés par la prévention, est censée remotiver les médecins qui ne bénéficient d'aucun retour d'information concernant les maladies professionnelles ou à caractère professionnel qu'ils auraient déclarées.

La faible participation des médecins observée jusqu'alors s'explique enfin par la complexité du dispositif, voire son inadaptation. C'est à eux qu'il revient de commander les carnets à souche auprès des Caisses départementales d'assurance maladie (CPAM) ; il est difficile de les remplir, sans compter qu'ils ne sont pas toujours disponibles. La liste des maladies à déclarer est difficile d'accès et, surtout, n'est pas tenue à jour. L'identification des produits chimiques est malaisée, elle est basée sur les numéros

¹⁹⁷ Une thèse de médecine revient sur le déroulement de cette campagne et ses principaux résultats : Laurette Aoustin-Pichard, *Les maladies à caractère professionnel. Analyse critique et expérimentation d'un nouveau mode de déclaration*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 1989.

¹⁹⁸ Patrick Leroy et Augustin Dalmais, note tapuscrite, (sans doute destinée à une communication), non datée mais vraisemblablement de 1993 [Archives Annie Touranchet].

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ Archives Annie Touranchet.

atomiques au lieu de l'être sur les numéros CAS²⁰¹. Au final, les déclarations existantes sont difficiles à exploiter du fait d'une forte hétérogénéité des renseignements fournis.

Les comptes rendus des nombreuses réunions de préparation témoignent de l'attention qu'il est indispensable de porter à la « psychologie » des médecins pour favoriser leur participation. La question du secret médical se révèle par exemple en être l'un des freins. En effet, le circuit de signalement prévoit la transmission des MCP par les médecins aux inspecteurs du travail. Or, « il était psychologiquement important et techniquement utile (pour faciliter les demandes d'éclaircissements) que les signalements faits par des médecins soient adressés à un autre médecin²⁰² » : dans le cadre de l'expérimentation, le médecin inspecteur régional du travail est alors placé au centre du dispositif et destinataire des déclarations²⁰³. De même, pour surmonter les réticences des médecins à signaler, il est convenu de respecter l'anonymat des salariés mais aussi celui des entreprises. D'une part, « imposer sa désignation, c'est pratiquement désigner le salarié dans le cas de petites entreprises », d'autre part, « il fallait également tenir compte des protestations des médecins du travail qui estiment que leur rôle de conseiller dans l'entreprise n'est plus crédible s'ils font des "dénonciations" vers l'extérieur²⁰⁴ ».

La campagne expérimentale en réajustant un dispositif dans lequel les médecins se reconnaissaient peu parvient à « libérer le processus de signalement²⁰⁵ ». Une plus forte participation des médecins est enregistrée. En 1988, on recense ainsi 728 déclarations de MCP en Pays-de-Loire contre seulement 65 en 1985 et, sur les deux territoires d'expérimentation, on passe de 240 signalements en 1987 à 965, « soit une augmentation de 402 %²⁰⁶ » : « Si toutes les régions de France rencontrent une telle

²⁰¹ Le numéro CAS d'une substance correspond à son numéro d'enregistrement unique auprès de la banque de données de *Chemical Abstracts Service* (CAS), une division de l'*American Chemical Society* (ACS). Cela permet d'uniformiser la connaissance sur des produits qui portent souvent des noms différents selon les pays, les usages. Les numéros CAS sont attribués dans un ordre croissant et n'ont pas de signification particulière ; plusieurs milliers de numéros sont ajoutés chaque jour.

²⁰² Annie Touranchet et Pierre Gauchet, direction régionale du travail et de l'emploi de Nantes, lettre aux inspecteurs du travail, 24 novembre 1986 [archives Annie Touranchet].

²⁰³ La loi de 1919 modifiée par celle de 1946 suite à la création de la Sécurité sociale exigeait que les déclarations de MCP soient adressées à l'inspection du travail. La loi du 6 décembre 1976 supprime cette mention pour la remplacer par « est établie et transmise selon les modalités fixées par voie réglementaire ». Or, comme le mentionne Véronique Daubas-Letourneux en 2008, « depuis cette date, aucun décret d'application n'est venu officialiser un autre circuit de signalement » : les améliorations testées et préconisées dans le cadre de la campagne expérimentale des MCP n'ont donc pas été suivies d'effets. Véronique Daubas-Letourneux, « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 213-235.

²⁰⁴ Annie Touranchet et Pierre Gauchet, direction régionale du travail et de l'emploi de Nantes, lettre aux inspecteurs du travail, 24 novembre 1986 [archives Annie Touranchet].

²⁰⁵ Ministère du Travail, note technique n° 1 « signalement des maladies à caractère professionnel, expérimentation 1986-87 », adressée à Madame le docteur Annie Touranchet, 5 février 1986 [archives Annie Touranchet].

²⁰⁶ Patrick Leroy et Augustin Dalmais, « L'obligation pour tout docteur en médecine de déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans la liste des maladies professionnelles mais susceptibles d'être rattachés à une origine professionnelle », note tapuscrite, p. 6 (sans doute destinée à une communication), non datée mais vraisemblablement de 1993 [archives Annie Touranchet].

progression, on a presque peur de comptabiliser le retard et les carences accumulées en 44 années²⁰⁷ » est-il possible d'ironiser. Ainsi, comme en rend compte Nicolas Hatzfeld :

« La formule entend prouver l'efficacité de ces signalements, requis par la loi, mais que la pratique délaisse. Elle montre aux pouvoirs publics comme aux acteurs de terrain une des faiblesses du système français de santé au travail tel qu'il fonctionne effectivement, en combattant par le simple volontarisme la sous-déclaration²⁰⁸. »

Ayant au départ vocation à s'étendre à l'ensemble du territoire, cette expérimentation n'est toutefois pas reconduite en l'état²⁰⁹. Deux motifs semblent être à l'origine de cette interruption. Tout d'abord, le terme de cette expérimentation coïncide avec le point de départ des discussions qui aboutissent en 1991 au rapport dit « Dorion²¹⁰ », acte de naissance du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles dont l'un des objectifs est de participer au repérage des pathologies non inscrites aux tableaux et à leur inscription éventuelle. « C'est en tous cas la version officielle fournie par les autorités compétentes²¹¹ », notent Patrick Leroy et Augustin Dalmais. Il existe en effet, selon eux, un autre argument : le montant financier de l'opération, pourtant guère « exorbitant²¹² ». Cette campagne expérimentale permet en tout cas à court terme de révéler, parmi les maladies déclarées, un « afflux de lésions périarticulaires²¹³ », prétexte à de nouvelles recherches qui aboutissent à l'évolution du tableau les concernant en 1991.

Dans la même période, un programme de recherche en sociologie vient confirmer les limites du système de réparation des maladies professionnelles en s'attachant à identifier les acteurs et les logiques sociales²¹⁴ à l'œuvre dans ce phénomène.

²⁰⁷ *Ibid.*, Patrick Leroy et Augustin Dalmais font ici référence à l'année de création de la Sécurité sociale. Ce retard et ces lacunes sont toutefois signalés dès le début des années 1920 comme le chapitre précédent en rend compte.

²⁰⁸ Nicolas Hatzfeld, *Les maladies du...*, dossier cité, 2009, p. 234.

²⁰⁹ La campagne d'incitations aux MCP s'est toutefois poursuivie en Pays de Loire, à l'initiative de Annie Touranchet et à l'appui du réseau constitué. Elle a donné lieu chaque année à une restitution devant les médecins et inspecteurs du travail réalisée par les Mirtmo et transmise au ministère du travail : « C'est grâce à ce travail que nous avons vu apparaître vers la fin des années 1990 les premiers cas de souffrance au travail et c'est grâce à ce travail et à notre opiniâtreté que les quinzaines MCP ont ensuite vu le jour, avec la logistique et les compétences de l'Invs », explique Annie Touranchet. Dans les Pays de Loire en effet, une nouvelle campagne démarre en 2003 dans le cadre d'un partenariat entre l'inspection du travail et l'Invs et donne lieu à l'organisation tous les semestres de « quinzaines MCP », soit quinze jours par année durant lesquels les médecins du travail sont vivement encouragés à déclarer les maladies à caractère professionnel. Voir Delphine Labarthe-Bouvet, *Recherche d'indicateurs en santé au travail. A propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel menée dans les pays de Loire en 2003*, thèse pour le doctorat d'Etat en médecine, Université de Nantes 2005 ; et aussi Véronique Daubas-Letourneux, « Produire des connaissances... », art. cité, 2008. Cette campagne s'est élargie depuis jusqu'à dix régions, mais ce nombre diminue ces dernières années. L'Invs publie les résultats de ces quinzaines sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Publications> [consulté le 3 octobre 2017].

²¹⁰ Georges Dorion et Daniel Lejeune, *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, 1991.

²¹¹ Patrick Leroy et Augustin Dalmais, note citée, p. 9 [archives Annie Touranchet].

²¹² *Ibid.* Pour une année et pour les deux régions considérées, le coût de la confection des 20 000 carnets à souche, des frais postaux et de routage s'est élevé à 450 000 francs, financé par le fonds de prévention des accidents du travail (CNAMTS) et le ministère des Affaires sociales et de l'emploi.

²¹³ Nicolas Hatzfeld, *Les maladies du...*, dossier cité, 2009, p. 202.

²¹⁴ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991.

2.2.3.2. L'analyse des coulisses du système de réparation

Chercheuse en santé publique, Annie Thébaud-Mony a rejoint le Comité maladies et risques professionnels (CMRP) en 1984, à son retour en France, après des années passées à l'étranger, notamment au sein de l'école de santé publique de l'Université de Columbia, à New-York²¹⁵. Créé en 1980 dans la continuité du Collectif intersyndical Jussieu, au moment où les mobilisations ouvrières contre l'amiante se mettent en sommeil²¹⁶, le CMRP se constitue dans l'objectif de prolonger la collaboration « entre ceux qui détenaient certains savoirs spécialisés, médecins, juristes, scientifiques, et ceux qui avaient un pressant besoin de les utiliser²¹⁷ ».

L'une de ces premières formes de collaborations dans lesquelles s'implique cette chercheuse consiste, comme on l'a vu précédemment, à soutenir d'anciens salariés d'une fonderie de l'industrie automobile située à Bondy dans leurs démarches d'accès au droit à réparation, à la demande d'un autre membre du collectif, Jean Hodebourg, permanent de la fédération des métaux CGT, en charge des questions de santé²¹⁸. Les résultats de cette intervention constituent la pré-enquête sur laquelle se construit un programme de recherche sur la reconnaissance des maladies professionnelles qu'elle engage à la tête d'une équipe de recherche de l'INSERM. À l'initiative du service des études et de la statistique du ministère du Travail, ce projet de recherche est présenté en février 1986 sous le titre « étude pluridisciplinaire du rôle joué par la déclaration de maladies professionnelles ou à caractère professionnel dans le système de réparation et de prévention des risques professionnels », pour avis en vue d'une aide financière éventuelle du ministère du Travail²¹⁹. Signe de l'intérêt porté à la réalisation de cette étude par les membres de la CSMP, son président, Étienne Fournier, lui donne un avis favorable et exprime le souhait que cette étude puisse bénéficier d'un « sigle officiel national²²⁰ ».

Partant du constat de l'existence d'un écart important entre les données de la réparation et le nombre de pathologies effectivement liées au travail, l'étude entend identifier les « mécanismes [qui] compromettent les processus de déclaration/reconnaissance, [...] compromettent également la connaissance scientifique et médicale des pathologies professionnelles et font obstacle à l'adoption des mesures de prévention nécessaires²²¹ ». Pour explorer cette hypothèse, l'approche monographique est

²¹⁵ Nathalie Frigul et Catherine Pozzo Di Borgo, « Un couple de chercheurs... », art. cité, 2009, p. 9-10.

²¹⁶ Emmanuel Henri rend bien compte des facteurs à l'origine de cette mise en sommeil de la visibilité des dangers de l'amiante, de cette séquence de mobilisation interrompue à la fin des années 1970 jusqu'à celle qui renaît au milieu des années 1990 pour constituer un « scandale improbable ». Voir Emmanuel Henry, *Amiante, un scandale...*, ouvr. cité, 2007.

²¹⁷ Archives du CMRP citées par Henri Pézerat, *Risques, sciences et...*, autobiographie citée, 2008, p. 43.

²¹⁸ Annie Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire...*, ouvr. cité, 2007, p. 55.

²¹⁹ Ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, DRT, bureau CT4, commission supérieure des maladies professionnelles du CSPRP, Annexe à la séance de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

²²⁰ *Ibid.*

²²¹ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 23.

privilegiée, « seule susceptible de rendre compte de la nature, des interactions et de la complexité des mécanismes économiques, sociaux, culturels, administratifs et médicaux qui interfèrent dans les processus d'identification / déclaration / reconnaissance / indemnisation des maladies professionnelles²²² ». Elle repose sur l'analyse de dossiers individuels de déclaration en maladie professionnelle et leur parcours jusqu'à leur reconnaissance ou leur rejet et celle d'entretiens menés tant avec les salariés ou anciens salariés concernés (118) qu'avec les autres acteurs de la réparation – médecins (60), agents de la Sécurité sociale (22), représentants des institutions de prévention (21), partenaires sociaux (17) et membres de la commission spécialisée des maladies professionnelles (14).

Elle se construit autour de trois maladies différentes, dont les cancers, faiblement représentés parmi les maladies professionnelles reconnues, mais qui ont « une incidence importante sur la santé et la vie de ceux qui en sont atteints (invalidité, souffrance, décès prématuré)²²³ ». Les données du milieu des années 1980 placent en effet la pathologie cancéreuse en première cause de décès chez les hommes ; elle est à l'origine de près d'un décès sur trois à l'âge de 50 ans et cette « augmentation continue de la mortalité masculine ces 20 dernières années concerne surtout les tumeurs des bronches, poumons et voies aérodigestives supérieures²²⁴ ». L'approche monographique se construit aussi sur quatre sites géographiques distincts, le Nord Pas-de-Calais, l'Île-de-France (en particulier la Seine-Saint-Denis), la Somme et l'Aude. Si l'ouvrage précise que le choix des sites s'est effectué selon plusieurs critères – la possibilité de collaborer avec des services médicaux ou des caisses de Sécurité sociale, celle de pouvoir comparer plusieurs régimes de Sécurité sociale et enfin l'importance de la pathologie dans l'entreprise ou le métier considéré – il ne dit pas que ce choix s'effectue aussi en réponse à des préoccupations syndicales, reflet de la nébuleuse évoquée précédemment : l'étude dans le Nord-Pas-de-Calais de la réparation des pneumoconioses du houilleur répond par exemple à une sollicitation du cédétiste Roger Rameau²²⁵, celle des cancers des mineurs et fondeurs d'or de Salsigne²²⁶ à une demande de cégétistes, « inquiets face aux cas de cancers précoces parmi les mineurs²²⁷ ».

²²² *Ibid.*, p. 108.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*, p. 41.

²²⁵ Annie Thébaud-Mony, *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte, « Cahiers libres », 2014, p. 206.

²²⁶ Hervé Pujol (dir.), *Tristes mines. Impacts environnementaux et sanitaires de l'industrie extractive*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2014.

²²⁷ Annie Thébaud-Mony, « Science asservie et invisibilité des cancers professionnels : études de cas dans le secteur minier en France », *Relations industrielles/Industrial Relations*, 2017, 72-1, p. 149-172.

Les résultats de ce programme de recherche sont publiés à la Documentation française en 1991 dans un ouvrage pionnier qui demeure une référence en la matière²²⁸. Sur quatre ans, six monographies ont pu être réalisées²²⁹ qui permettent de cerner, au-delà des particularités, des récurrences dans le fonctionnement du système de réparation. L'ouvrage pointe, au terme d'une « étude sur l'élaboration des statistiques nationales, régionales et départementales », la fragilité des données publiées, leur hétérogénéité, l'absence de standardisation de leur traitement par les caisses, départementales, régionales et nationale et aussi par les régimes de protection sociale ou par l'inspection du travail²³⁰. Il est ainsi possible de repérer d'importantes contradictions selon les sources²³¹ et la construction de manques²³², au final une marge d'imprécision sur le nombre de maladies indemnisées. Il décrit finement les « logiques médicales et administratives d'exclusion²³³ » du champ de la reconnaissance, fondées sur des pratiques et lectures subjectives du droit à réparation de la part des multiples acteurs concernés par l'instruction. Il rend compte des limites, dans une perspective de santé publique, d'un système de type assurantiel dans lequel « la définition des maladies imputables dépend non pas de l'ampleur des risques réels mais du jeu des acteurs sociaux dans la détermination de ce que le système "assure" (création des tableaux) et de ceux qui en bénéficient (qui et comment déclare-t-on ? qui et comment reconnaît-on ?) ²³⁴ ». Il invite à dissocier les modes de production de la connaissance des maladies du travail de leur indemnisation, les statistiques des maladies professionnelles n'étant qu'un outil de gestion financière et non de prévention.

Alors qu'Étienne Fournier, le président de la commission spécialisée des maladies professionnelles avait souhaité donner un « label national » à cette étude au moment de son lancement, le représentant du ministère du Travail, Jean-Luc Pasquier refuse que

²²⁸ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991. Le travail réalisé par Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental sur la fabrication du nombre de victimes de la silicose le cite par exemple à plusieurs reprises : Paul-André Rosental et Jean-Claude Devinck, « Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 95, n° 3, 2007, p. 75-91. Anne-Sophie Bruno se réfère à cet ouvrage comme point de départ des travaux qui, sur le thème santé et travail, ont pris en compte le contexte institutionnel : Anne-Sophie Bruno, « Quelques perspectives sur les travaux récents en "santé et travail". Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 79.

²²⁹ En région parisienne (et surtout en Seine-Saint-Denis), sur les dermatoses de type allergique dans les métiers de la coiffure, les adénocarcinomes de l'ethmoïde chez les travailleurs du bois, les mésothéliomes chez les travailleurs exposés à l'amianté ; dans l'Aude sur les cancers bronchopulmonaires chez les salariés et retraités des mines et produits chimiques de Salsigne ; dans le bassin Nord-Pas-de-Calais, sur la pneumoconiose de mineurs de charbon (et notamment les mineurs marocains) et dans la Somme sur la silicose des broyeurs de galets.

²³⁰ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 127.

²³¹ Par exemple, en 1986, les déclarations en maladie professionnelle reçues au service de la CRAMIF ne représentent que 60 % du nombre des déclarations recensées par la CNAM pour la région Ile-de-France, témoignant de dysfonctionnements dans le circuit de transmission des données entre caisses départementale, régionale et nationale. De même, « quand on regarde par exemple, les chiffres concernant le tableau 44, on constate qu'en 1987, la CNAM recense quatre cas de cancer bronchopulmonaire pour la France entière et les trois régimes de Sécurité sociale alors que la seule caisse minière de Lorraine en recense douze la même année ». Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 124 et p. 43.

²³² Par exemple, les cas reconnus mais non indemnisés ne sont pas pris en compte.

²³³ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 109.

²³⁴ *Ibid.*, p. 107.

ces résultats et les préconisations soient présentés en séance, en dépit des demandes conjointes de Jean Hodebourg pour la CGT et de Marc Soulas pour la FNATH²³⁵. Mais ils alimentent les discussions du groupe de travail chargé d'élaborer les modalités de création d'un « système mixte » de réparation et dont le rapport Dorion, cité précédemment rend compte.

2.2.3.3. Les maladies professionnelles : des statistiques contradictoires

En parallèle à ces deux formes d'expertise sur le fonctionnement du système de réparation des maladies professionnelles, un autre volet de cette connaissance se construit à l'initiative d'un acteur en marge de la sphère médicale ou universitaire. Ingénieur en radioprotection au CEA et militant CFTD, Jean-Claude Zerbib se plonge dans l'étude des statistiques publiées par l'Assurance maladie, pour questionner le « taux de rendement » du système et rendre compte, par les chiffres, des angles morts de la reconnaissance des liens entre travail et santé. Les données qu'il produit sont, pour une part, reprises dans l'ouvrage publié sous la direction d'Annie Thébaud-Mony²³⁶. Il vient de rejoindre, au titre de la CFTD, la Commission spécialisée des maladies professionnelles, où se discutent et s'élaborent les créations et modifications de tableaux.

C'est au sein du secteur nucléaire, dès le milieu des années 1970, qu'il rencontre la question des maladies professionnelles, au terme d'une trajectoire sur laquelle il est intéressant de revenir pour saisir dans quel contexte il va parvenir à se spécialiser dans l'étude des données produites par l'Assurance maladie. Si le nom de Jean-Claude Zerbib est cité dans plusieurs travaux, ces mentions sont toutefois toujours très sommaires²³⁷. L'accès au fonds d'archives qu'il a constitué en rapport avec l'exercice de son mandat au sein de la CSMP, un entretien et des échanges ensuite répétés durant près de trois ans permettent de reconstituer les points saillants de la construction de son expertise dans le champ de la réparation²³⁸.

²³⁵ Jean-Claude Zerbib, Compte rendu de la CSMP du 18 mars 1992, le 25 mars 1992, p. 6 [Archives JCZ].

²³⁶ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, 1991.

²³⁷ À titre d'illustration, une recherche sur books.google.fr renvoie vers deux livres qui, déplorant, pour l'un, ou constatant, pour l'autre, le manque d'implication des organisations syndicales sur les questions de santé au travail, évoquent la figure de Jean-Claude Zerbib accolée à celle de Jean Hodebourg. Le premier de ces ouvrages, évoquant le dossier de l'amiante, relate qu'hormis « de rares personnalités qui sont restées trop peu écoutées au niveau des fédérations et des confédérations, comme le cégétiste Jean Hodebourg et le cédétiste Jean-Claude Zerbib, la majorité des syndicalistes chargés de défendre la santé des travailleurs sur ce dossier étaient encore, au cours des années 1980 et 1990, d'une discrétion à toute épreuve, épousant les arguments rassurants des lobbyistes industriels ». Jean-Luc Touly et Roger Lenglet, *Syndicats, corruption, dérives, trahisons*, Paris First Document, 2013. Le second, évoquant le niveau d'expertise désormais nécessaire pour négocier dans le champ de la santé au travail, estime que « le vivier d'experts potentiels se limite à quelques médecins du travail engagés, à quelques militants sensibilisés et formés sur le tas aux questions de santé au travail comme Jean Hodebourg à la CGT et Jean-Claude Zerbib, un ingénieur du CEA fortement impliqué à la CFTD, ainsi qu'à des scientifiques acceptant de s'investir sur cette question aux côtés des organisations syndicales ». Emmanuel Henry, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Science Po, 2017, p. 205.

²³⁸ Une thèse en cours devrait également rendre compte d'autres facettes de son parcours, en lien avec les mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail des travailleurs du nucléaire, sous-traitants notamment : Marie Ghis-Malfilatre,

Titulaire en 1962 d'un diplôme d'ingénieur option mécanique de l'Institut national des sciences appliquées (INSA) à Villeurbanne, Jean-Claude Zerbib n'avait pas vocation à travailler dans le secteur nucléaire. Mais son premier employeur, une usine spécialisée dans la fabrication des turbines à La Courneuve, est sollicité dès le début des années 1950 par le Commissariat à l'énergie atomique (CEA) pour participer à la fabrication des premières piles atomiques françaises²³⁹. Elle développe donc un département nucléaire, auquel Jean-Claude Zerbib est associé. Au vu de cette première expérience, il est affecté, quand survient son service militaire, au département scientifique des armées, au Fort de Vaujours, avant d'être rapidement déplacé du nucléaire militaire vers le nucléaire civil²⁴⁰. Il intègre alors le site du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) à Saclay. Au terme du service militaire, il est d'abord embauché en avril 1964 au sein du laboratoire d'analyses nucléaires dont la mission est de mesurer la radioactivité de prélèvements effectués dans les installations nucléaires et dans l'environnement, puis rejoint en 1980, pour le diriger, le service de radioprotection, jusqu'à sa retraite, en 1998.

Le site de Saclay comprend alors, au milieu des années 1960, près de 9 000 salariés, étudiants et chercheurs²⁴¹. Jean-Claude Zerbib s'implique rapidement et intensément dans l'activité syndicale et choisit de s'investir plus particulièrement sur les questions de santé et de sécurité. Il est l'un des rédacteurs du livre que publie la CFTD de l'énergie atomique en 1975²⁴², véritable somme critique sur le développement accéléré du programme nucléaire en France qui poursuit l'objectif de mettre en débat public les choix énergétiques du pays, et rejoint dès sa création le Groupement des scientifiques pour l'information nucléaire (GSIEN), en 1975, dont Sezin Topçu résume ainsi les objectifs :

« Dans une ligne proche du socialisme autogestionnaire du PSU et de la CFTD, le groupement des scientifiques développe à partir d'une lecture des rapports officiels et des publications scientifiques

Travailler sous rayonnements ionisants. Enquête parmi les sous-traitants de l'industrie nucléaire, École des hautes études en sciences sociales.

²³⁹ « Si le CEA détient tout le savoir nucléaire français, il n'a pas de réelle capacité industrielle, c'est pourquoi avec G1 commence l'intervention de l'industrie française dans les réalisations atomiques du CEA, au-delà de la fourniture de pièces détachées. [...] G1 est confié à la Société Alsacienne de Constructions Mécaniques (SACM), à la Société des Forges et Ateliers du Creusot (SFAC) et à Rateau, le CEA étant maître d'œuvre. » Cyrille Foasso, *Histoire de la sûreté de l'énergie nucléaire civile en France (1945-2000)*, thèse pour le doctorat d'histoire, Université Lyon II, 2003, p. 59.

²⁴⁰ Selon lui, ce transfert du nucléaire militaire vers le nucléaire civil est lié, d'une part, à ses activités militantes contre la guerre d'Algérie, lorsqu'il était président de l'UNEF, à l'INSA de Villeurbanne, entre 1958 et 1962 et, d'autre part, au fait que sa famille soit partie s'installer en Israël en juin 1961, au moment où les relations entre la France et Israël étaient très tendues. Juifs d'Algérie, les parents de Jean-Claude Zerbib et son frère ont quitté le pays à la fin de la guerre, suite à l'assassinat par le FLN en juin 1961 du chanteur et musicien Cheikh Raymond, « le plus connu de tous les juifs d'Algérie ».

²⁴¹ Selon Jean-Claude Zerbib, le site de Saclay comprend alors 4 500 salariés du CEA (sur 30 000 au total), 2 000 étudiants et chercheurs et 2 000 salariés d'entreprises extérieures.

²⁴² Syndicat CFTD de l'énergie atomique, *L'Électronucléaire en France*, Paris, Seuil, « Points », 1975, réédité en 1980 sous le titre *Le Dossier électronucléaire*.

*internationales une information critique sur le programme électronucléaire, déconstruit l'information et en montre les lacunes*²⁴³. »

Jean-Claude Zerbib est très vite confronté dans le secteur nucléaire à la disqualification de toute parole critique de la part des responsables du CEA, une vision binaire qui réduit le monde social en deux camps : les « anti » et les « pro » nucléaire. Dans ce contexte, qu'un ingénieur du CEA soutienne l'existence de risques liés à l'activité nucléaire et souligne la responsabilité du travail dans la survenue de maladies jusqu'à défendre des dossiers de reconnaissance en maladie professionnelle peut faire figure, pour l'employeur, d'une certaine forme de trahison²⁴⁴.

Au mitan des années 1970, il s'empare de ses premiers dossiers en « autodidacte » : « Je n'y connaissais rien, j'ai appris pratiquement tout seul à emprunter les chemins compliqués de la reconnaissance en maladie professionnelle, en étant analphabète en la matière. » Il élargit sa connaissance des risques auxquels sont soumis les travailleurs du nucléaire à d'autres phénomènes que la radioactivité. Il accompagne ainsi dans leur accès au droit des salariés atteints de mésothéliome suite à des expositions à l'amiante, dans la maintenance électrique ou les laboratoires.

Inscrit dans une dynamique de réseau avec les membres les plus investis, au sein de la CFDT dans l'identification des risques et la reconnaissance des maladies professionnelles, il participe aux réunions du groupe GP-Tox et, parce que son syndicat est affilié à la Fédération de la métallurgie, rencontre les mineurs de charbon, « leaders sur la question des AT-MP », notamment François Dosso et Roger Lambert, mineurs de Lorraine, « parmi les militants les plus impressionnants qu'il m'ait été donné de rencontrer ». Il apprend dans ces circonstances que le poste réservé à la CFDT au sein de la commission spécialisée des maladies professionnelles est vacant depuis plus de deux ans. Il soumet alors sa candidature à sa confédération et commence à la représenter au sein de cette instance à la fin de l'année 1983.

C'est à cette occasion qu'il démarre son travail d'« évaluation du système français de réparation²⁴⁵ ». Cela consiste d'abord à dépouiller le *Journal officiel*, en quête de tous les décrets parus portant création ou modification de tableaux de maladie professionnelle depuis 1940, puis tous les rapports statistiques très austères publiés par la CNAMTS – un vrai « travail de fourmi ».

²⁴³ Sezin Topçu, « Les physiciens dans le mouvement antinucléaire : entre science, expertise et politique », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 102 | 2007, p. 89-108.

²⁴⁴ La figure du traître est l'une des multiples figures convoquées pour disqualifier la parole critique. Elle côtoie la figure du « fou » ou du « rétrograde », voire encore de l'« archaïque ». Sezin Topçu rend compte ainsi de l'existence d'une démarche de « forte psychopathologisation de l'opposant au nucléaire » et d'une série d'études menées par l'OMS dans les années 1950 sur les problèmes « mentaux » causés par la « peur » du nucléaire. Sezin Topçu, « Atome, gloire et... », chap. cité, 2013, p. 203.

²⁴⁵ Il diffuse d'abord très informellement ses résultats avant de parvenir à les faire publier dans le magazine de la CFDT en 1990 : Jean-Claude Zerbib, « Maladies professionnelles : pour l'évolution du système français », *CFDT aujourd'hui*, avril 1990, n° 95, p. 63-75.

Il lui apparaît qu'en dépit d'une augmentation régulière – quoique saccadée, rythmée par « des périodes fécondes et des périodes creuses²⁴⁶ » – du nombre de tableaux, le nombre de maladies reconnues demeure quant à lui remarquablement stable, autour de 4 000 cas depuis 1955. Comparant le nombre de cas de maladies déclarées au nombre de cas de maladies reconnues, il entend interroger le « rendement » du système et révèle ainsi des données encore plus précises que celles circulant jusqu'alors au sein de la « nébuleuse » critique du système de réparation : ce n'est ainsi pas une personne sur deux déclarant sa maladie, mais deux personnes sur cinq qui obtiennent réparation²⁴⁷. Dans une « note sur l'efficacité de la réparation des maladies professionnelles », il rend compte d'un « taux de rendement » s'échelonnant de 35 % à 46,45 % selon les années, entre 1974 et 1983²⁴⁸. Par ailleurs, il montre combien la stabilité du nombre de reconnaissances annuelles masque des évolutions importantes dans la part prise par tel ou tel tableau.

Chemin faisant, il découvre les faux semblants que recèlent les données publiées. Livré par tableau et non par pathologie, le nombre de maladies reconnues met par exemple sur un même plan des affections très différentes, sans commune mesure dans leurs impacts : « J'avais été contraint de mettre une "barre d'erreur" aux bilans annuels, car la CNAM donnait quelques résultats imbéciles comme pour le tableau 6 pour lequel les "sarcomes osseux" étaient additionnés aux "cataractes²⁴⁹". » Par ailleurs, il existe différentes catégories de supports dans la publication des statistiques de la branche At-Mp : les statistiques annuelles dites « technologiques » qui ne correspondent qu'aux maladies professionnelles reconnues pour lesquelles des dépenses ont été engagées, c'est-à-dire des indemnités journalières ou des rentes de réparation, et les statistiques trimestrielles livrant le nombre de maladies reconnues. L'écart entre les deux peut varier du simple au triple : ainsi lorsqu'en 1980, le ministère du Travail évoque 7 453 cas de maladies professionnelles reconnues²⁵⁰, les statistiques technologiques publiées par la CNAMTS, elles, n'en mentionnent que 4 703²⁵¹.

Si, comme le rappelle Alain Desrosières, « les outils statistiques permettent de découvrir ou de créer des êtres sur lesquels prendre appui pour décrire le monde et agir sur lui²⁵² », les statistiques ainsi élaborées et publiées déforment particulièrement les êtres qu'elles créent ou empêchent leur découverte et donc la possibilité d'agir sur l'existant.

²⁴⁶ « Les dix dernières années font partie des périodes fécondes dans la mesure où l'on a créé le tiers et modifié la moitié des tableaux qui ont respectivement été créés ou modifiés depuis 1919. » Jean-Claude Zerbib, « Maladies professionnelles... », art. cité, 1990, p. 71.

²⁴⁷ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la séance de la CSMF du 12 décembre 1986, p. 3 [Archives JCZ].

²⁴⁸ Jean-Claude Zerbib, « Note sur l'efficacité de la réparation des maladies professionnelles », 26 janvier 1987 [Archives JCZ].

²⁴⁹ Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015.

²⁵⁰ Ministère du Travail, « Incidence des conditions... », rapport cité, 1980, p. 8.

²⁵¹ Par ailleurs, autre mode de déformation, jusqu'en 2007, l'assurance maladie ne comptabilisait que le nombre de victimes et non pas le nombre de maladies professionnelles reconnues, soit 7 à 8 % de moins que la réalité, certaines personnes pouvant être indemnisées de plusieurs pathologies professionnelles. Jean-Claude Zerbib, 2017 [à paraître].

²⁵² Alain Desrosières, *La politique des grands...*, ouvr. cité, 1993, p. 9.

Le cas des données concernant le nombre de cas de cancers reconnus et indemnisés l'illustre particulièrement : il demeure impossible d'en obtenir autre chose qu'une forte approximation, une « fourchette ».

« En analysant les données de la CNAM on peut répondre qu'entre 1977 et 1986, le nombre de cancers reconnus au titre des maladies professionnelles a varié entre 54 et 118. Ces affections ont occasionné, durant le temps d'instruction du dossier, entre 23 et 48 décès par an²⁵³. »

Le travail réalisé par Jean-Claude Zerbib met au jour l'état de statistiques qui trouvaient jusqu'alors leur place dans des brochures à tirage confidentiel et à diffusion très réduite et s'inscrit dans une volonté d'améliorer le système de réparation des maladies professionnelles :

« Aucune entreprise n'accepterait aujourd'hui de produire quelque chose sans tenir compte des résultats en aval [...] et pourtant, c'est ce qui est réalisé avec les maladies professionnelles. Le décalage est total entre le ministère du Travail qui "tient la plume" du "législateur réparateur" et le ministère de la Santé qui tient "les cordons de la bourse" des "caisses réparatrices". Il n'existe pas de "retour d'expérience", élément essentiel de toute organisation moderne du travail. [...] la première modernisation à apporter au système de réparation des maladies professionnelles consiste en premier lieu à améliorer le rendement du système actuel²⁵⁴. »

Tout en réalisant cette forme d'« audit » des données de la réparation, Jean-Claude Zerbib se mobilise syndicalement pour l'extension du champ de la réparation, comme les pages suivantes en rendront compte.

**

L'espace des « rencontres improbables » né autour de Mai 1968 ne s'interrompt donc pas à la fin des années 1970. La notion de nébuleuse permet d'envisager ces rencontres dans une perspective davantage dynamique et d'envisager des initiatives *a priori* très distinctes comme se répondant les unes aux autres, sous des formes et dans des secteurs différents. La contestation des données chiffrées issues du système de réparation en est l'une des illustrations.

2.3. Un renouveau d'attention pour le cancer du travail

Alors que le système de réparation reconnaît moins d'une centaine de cas de cancers en lien avec le travail et en l'absence de données épidémiologiques françaises, la circulation de données internationales donne une nouvelle visibilité à la question des cancers d'origine professionnelle et suscite l'intervention des pouvoirs publics au début des années 1980.

²⁵³ Jean-Claude Zerbib, « Maladies professionnelles... », art. cité, 1990, p. 73.

²⁵⁴ Jean-Claude Zerbib, « Note sur l'efficacité de la réparation des maladies professionnelles », 26 janvier 1987 [Archives JCZ].

2.3.1. Le cancer, révélateur des limites du système de réparation

En France, les études épidémiologiques ne permettent alors pas de renseigner ce que la statistique publique n'éclaire pas : le domaine des pathologies professionnelles est quasiment déserté par cette discipline, les indicateurs manquent, les données ne sont pas toujours bien construites ou ne sont pas accessibles, voire n'existent pas²⁵⁵. « Force est de constater la quasi-absence des travaux de recherche consacrés à l'étude des problèmes de santé au travail ²⁵⁶ », regrette au tout début des années 1980 l'épidémiologiste Marcel Goldberg :

« On peut estimer à peut-être 10 ou 20 le nombre de chercheurs professionnels consacrant la totalité de leur activité à ce domaine (sans tenir compte des médecins du travail, dont l'immense majorité n'a aucune activité de ce type, et dont quelques-uns seulement essaient, en plus de leur travail quotidien de s'y intéresser, avec le plus souvent des moyens dérisoires) ; il faut rapprocher ce chiffre des quelque 1 500 chercheurs statutaires du seul Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)²⁵⁷. »

Absentes en France, les études épidémiologiques sont toutefois développées à l'échelle internationale, notamment aux États-Unis, et apportent des éclairages sur l'exposition de travailleurs aux agents chimiques, physiques et biologiques. La pathologie cancéreuse, dont l'incidence est en augmentation constante, joue un rôle de premier ordre comme révélateur des liens entre travail et santé et surtout du rôle d'écran que peuvent jouer les statistiques des maladies professionnelles reconnues.

2.3.1.1. Une circulation internationale des données qui contrebalancent la méconnaissance française

La responsabilité de l'amiante dans la survenue des cancers broncho-pulmonaires est confirmée dès 1955 dans le cadre d'une enquête épidémiologique menée auprès des travailleurs de l'amiante textile en Grande-Bretagne²⁵⁸. Une autre, entamée à la fin des années 1950 et publiée en 1964 auprès des travailleurs américains de l'isolation révèle chez ces travailleurs exposés à l'amiante un taux global de mortalité de 25 % supérieur à la population générale ; parmi les causes de décès, l'asbestose mais aussi le mésothéliome, le cancer du poumon, celui de l'estomac, du colon et du rectum²⁵⁹.

²⁵⁵ Les études rétrospectives s'appuient notamment sur les certificats de causes de décès, insuffisamment renseignés et ignorant l'activité professionnelle. La liste des maladies à déclaration obligatoire, au nombre de 31 aujourd'hui, concerne avant tout les maladies infectieuses (29). Le mésothéliome n'a été inclus dans cette liste qu'en 2011. Quant aux cancers, il n'existe pas de système d'enregistrement des cas qui renseigne l'activité professionnelle. Voir Jean-Marie Haguenoer et al., *Les cancers professionnels*, Paris, Lavoisier, « Technique et documentation », 1982, p. 117.

²⁵⁶ Marcel Goldberg, « Travail, santé et prévention », *Après-demain*, n° 241-242, février-mars 1982, p. 24.

²⁵⁷ *Ibid.*

²⁵⁸ Richard Doll, « Mortality from lung cancer in asbestos workers », *British Journal of Industrial medicine*, n° 12, 1955, p. 81-86.

²⁵⁹ Irving J. Selikoff and al., « The occurrence of asbestosis among insulation workers in the United States », *Annals of New York Academy of Sciences*, 31 décembre 1965, vol. 132, p. 139-155. Cette cohorte de travailleurs de l'isolation sera étudiée par Irving J. Selikoff jusqu'à son décès en 1992 : 17 800 travailleurs étaient alors concernés.

Le rôle de l'amiante dans l'incidence de la pathologie cancéreuse n'est pas seul en cause. Au terme d'une enquête réalisée auprès de 5 000 entreprises américaines, et portant seulement sur six substances cancérigènes²⁶⁰, l'administration américaine – l'OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) – publie en 1978 un rapport concluant qu'au moins 20 % et jusqu'à 40 % des nouveaux cas de cancer seraient à mettre en lien avec des expositions professionnelles²⁶¹. L'intense controverse que ces résultats suscitent aussitôt leur donne une importante visibilité. Richard Doll et Richard Peto notamment en contestent la méthodologie et présentent quant à eux, au début des années 1980, des calculs de probabilité autrement inférieurs selon lesquels seuls 4 % des cancers seraient reliés à la profession, avec une marge d'imprécision de 2 à 8 %²⁶².

Ces débats ne sont pas sans retentissement, en France notamment²⁶³. Ainsi, le livre du Collectif intersyndical Jussieu contre l'amiante évoque les travaux de Irving Selikoff. Henri Pézerat relate cette séquence dans son autobiographie :

« En octobre 1975 se tient à Rouen un symposium international sur le thème "amiante et santé !". [...] Y assistait le professeur Selikoff de New York, qui au retour accepte de faire une première conférence, impromptue, à Jussieu. Au vu des données sur les concentrations d'amiante dans l'air des locaux de Jussieu, il déclare qu'à son avis la situation est proche de celle rencontrée au voisinage de certaines entreprises transformatrices d'amiante, ou au domicile de travailleurs de l'amiante, toutes circonstances où l'on observe effectivement des maladies dues à ce minéral. La semaine suivante, sur notre invitation c'est [Bill] Nicholson, l'un des collaborateurs de Selikoff à New York, qui vient expliquer les modalités du retrait de l'amiante dans l'université de Yale (USA)²⁶⁴. »

Les résultats publiés par Selikoff et ses collègues participent ainsi à donner en France du crédit à l'alerte donnée par le Collectif intersyndical Jussieu sur les dangers de l'amiante et aux mobilisations des ouvriers de Condé-sur-Noireau et des ouvrières d'Amisol. En juin 1976, le *Quotidien du médecin* titre même « Amiante : le rôle cancérigène est admis par tous²⁶⁵ ».

Cette dynamique de circulation des savoirs à l'échelle internationale se révèle aussi dans la mise en cause du caractère cancérigène du chlorure de vinyle monomère (CVM), un intermédiaire de synthèse largement utilisé dans la fabrication du PVC. L'alerte est

²⁶⁰ Il s'agit de l'amiante, des mates de nickel, du chrome, de l'arsenic, du benzène, des hydrocarbures aromatiques.

²⁶¹ National Cancer Institut - National Institut for Occupational Safety and Health - National Institut of Environmental Health Sciences, *Estimates of the fraction of cancer in United States related to occupational factors*, 15 septembre 1978. Cité par André Oudiz et Catherine Le Galès, *Prévention des cancers professionnels. Problèmes et perspectives*, Paris, INSERM, « Grandes enquêtes en santé publiques », 1989, p. 29.

²⁶² Richard Doll and Richard Peto, « The Causes of Cancer... », art. cité, 1981. Voir, sur la critique de l'étude de Doll et Peto, Samuel Epstein, « Gagner la guerre contre le cancer... Mais est-elle vraiment engagée ? », *L'écologiste*, vol. 1, n° 1, automne 2000, p. 26. Et Émilie Counil, « Causes du cancer... », art. cité, 2017.

²⁶³ Christopher Sellers and Joseph Melling, « Objective Collectives ?... », chap. cité, 2012.

²⁶⁴ Henri Pézerat, *Risques, sciences et...*, autobiographie citée, 2008, p. 8.

²⁶⁵ Cité par l'ANDEVA, dans le préambule de la plainte contre X qu'elle dépose le 25 juin 1996 [Archives JCZ], accessible sur <https://andeva.fr/?ANDEVA> [consulté le 27 avril 2014].

donnée notamment par la branche chimie de la Confédération internationale des syndicats libres (CISL) qui organise une conférence à ce sujet en 1973. Des militants de la CFDT de l'usine Rhône-Poulenc de Saint-Auban le découvrent à cette occasion²⁶⁶. Le groupe « GP-Tox » constitué au sein de la fédération de la chimie CFDT (FUC) s'en préoccupe. À Tavaux, dans le Jura, des militants CGT de l'entreprise Solvay sont à l'initiative en 1974 d'une campagne de médiatisation nationale des effets cancérigènes du CVM tandis que leurs collègues du Rhône consultent les retraités afin de recenser d'éventuelles pathologies. Le secrétaire de la Fédération CGT de la chimie, Roger Pascré, interpelle même le Premier ministre²⁶⁷. Soutenue par des chercheurs militants, cette mobilisation aboutit à l'inscription de l'angiosarcome, un cancer du foie très rare, au tableau 52 des maladies professionnelles²⁶⁸.

2.3.1.2. Le poids des monographies du CIRC

Plus globalement, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) joue un rôle très important dans la diffusion de la connaissance à l'échelle internationale. Créée en 1965²⁶⁹, cette agence spécialisée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) installée à Lyon, est d'abord dirigée par John Higginson, un médecin et biologiste irlandais spécialisé dans l'étude du rôle des facteurs de l'environnement dans l'apparition du cancer, au sein du *South African Institute for Medical Research* de Johannesburg. L'étude des rapports entre l'amiante et le cancer figure au programme de l'agence dès 1966, tenant compte de recherches qui auraient été effectuées « à Chypre, en Finlande, au Royaume-Uni, en URSS ». Initié par Lorenzo Tomatis, responsable du service des cancérigènes chimiques puis directeur du CIRC, un programme d'évaluation des risques cancérigènes se met en place un an plus tard et donne lieu à la publication de monographies, qui font figure pour les spécialistes de véritables « boîtes à bijoux de la connaissance de l'humanité sur la carcinogénèse chimique²⁷⁰ ».

²⁶⁶ Anne Guérin-Henni, *Les pollueurs...*, ouvr. cité, 1980, p. 199.

²⁶⁷ Roger Pascré adresse une lettre au Président de la République, Jacques Chirac, le 24 mars 1975. Renaud Bécot, thèse citée, 2015, p. 300.

²⁶⁸ Décret 76-34 du 5 janvier 1976 (JO du 15 janvier 1976). Le CVM est classé cancérigène avéré par le CIRC (groupe 1) depuis 1987. Se reporter à Sonia Granoux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010, p. 231-232, et à Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 299-300. Sur l'histoire internationale de mise en visibilité des risques du CVM, Annie Thébaud-Mony, *La science asservie...*, ouvr. cité, 2014, p. 139-142.

²⁶⁹ Le CIRC a été créé à « l'initiative d'un groupe d'intellectuels français qui sont parvenus à convaincre le général de Gaulle, alors Président de la République française, de faire un geste pour soulager l'humanité du fardeau de plus en plus lourd et douloureux du cancer. Le général de Gaulle a alors pris sur lui de convaincre les puissants de ce monde de prélever une fraction des budgets de la défense au profit d'une initiative destinée à atténuer les souffrances de l'humanité ». Ce groupe d'intellectuels était animé par Emmanuel d'Astier de la Vigerie et constitué « de MM. Louis Armand, Pierre Auger, François Bloch-Lainé, le révérend père Ambroise-Marie Carré, MM. Jean Hyppolite, Antoine Lacassagne, Charles Le Corbusier, Pierre Massé, François Mauriac, Francis Perrin, François Perroux, Jean Rostand » Roger Sohier et M. A.G.B. Sutherland, *La genèse du Centre international de recherche sur le cancer*, Rapport technique du CIRC n° 6, Lyon, 1990, p. V et p. 2. Toutes les citations qui suivent sont issues de cette publication sauf mention contraire.

²⁷⁰ Selon Takashi Sugimura, directeur du Centre National du Cancer au Japon. Cité dans H Vainio and K G Thigpen, « A distinguished career in the service of cancer prevention », *Environmental Health Perspectives*, 1994 Feb; vol. 102, n° 2, p. 164-166.

Une classification voit le jour à partir du début des années 1970 qui distingue en quatre groupes principaux les substances ou groupes de substances testées, selon la connaissance acquise – le degré de preuve – de leur caractère cancérigène – suffisante, limitée, insuffisante ou absence de cancérigénité – sur la base d'études épidémiologiques, d'expérimentations animales et d'études mécanistiques en biologie et en toxicochimie.

Groupe 1		L'agent (ou le mélange) est cancérigène pour l'homme (cancérigènes avérés ou certains)
Groupe 2	2A	L'agent (ou le mélange) est probablement cancérigène pour l'homme
	2B	L'agent (ou le mélange) est peut-être cancérigène pour l'homme
Groupe 3		L'agent (ou le mélange) est inclassable quant à sa cancérigénité pour l'homme
Groupe 4		L'agent (ou le mélange) est probablement non cancérigène pour l'homme

Les premières de ces monographies sortent en 1972 dont une sur l'amiante, rapidement actualisée quatre ans plus tard par un groupe de travail comprenant notamment Irving Selikoff²⁷¹ : alors que, dans celle de 1972, il était inscrit que les fibres d'amiante jouaient un rôle minime, voire incertain, dans la survenue du cancer du poumon, leur responsabilité est en revanche clairement désignée dans celle de 1976 avec comme mention supplémentaire qu'il n'est « pas possible d'évaluer s'il y avait un niveau d'exposition à l'amiante en dessous duquel il n'y aurait pas de risque accru de cancer²⁷² ». En France, cette monographie pallie l'absence de données nationales et donne des arguments à ceux qui alertent sur les effets pathogènes de ce matériau, même avec de faibles expositions, comme le Collectif intersyndical Jussieu par exemple ou certains médecins.

Le rythme de publication de ces monographies est relativement rapide puisqu'en 1985, déjà 38 volumes sont publiés rassemblant les données d'évaluation de près de 700 substances ou procédés industriels²⁷³ : 28 % d'entre eux possèdent alors de façon certaine des propriétés cancérigènes expérimentales parmi lesquels seuls un petit nombre ont fait l'objet d'études épidémiologiques publiées (60 sur 199).

Au-delà de la réalisation et publication des monographies, Lorenzo Tomatis s'implique aussi particulièrement, et à titre personnel, dans la lutte contre les cancérigènes professionnels jusqu'à entrer en contact avec les syndicats de salariés pour les alerter sur ces questions ou proposer des collaborations. Renaud Bécot relate ainsi sa

²⁷¹ Iarc, *Monograph on asbestos*, Lyon 1977

²⁷² Lorenzo Tomatis, « The IARC Monographs Program : Changing Attitude toward Public Health », *International Journal Occupational Environment Health*, Apr-Jun 2002, vol. 8, n° 2, p. 145.

²⁷³ André Oudiz et Catherine Le Galès, *Prévention des cancers...*, ouvr. cité 1989, p. 23.

participation, en juin 1977, à une réunion du groupe GP-Tox de la fédération de la chimie CFDT, à titre informel, au cours de laquelle il manifeste son plus vif intérêt pour une collaboration : il exprime le souhait de pouvoir « obtenir, par l'intermédiaire des sections syndicales, la liste et les quantités des produits fabriqués dans l'établissement ainsi que le nombre de personnes exposées à chaque produit » en échange de quoi les membres du groupe proposent que le CIRC « effectue un recensement de tous les malades du cancer de la région lyonnaise qui est très industrialisée, de manière à savoir s'il y a un rapport entre cette maladie et l'exposition professionnelle²⁷⁴ » et s'engage à diffuser les publications du CIRC auprès des sections syndicales.

Promoteur d'un principe de précaution avant l'heure, il en appelle, avec son collègue Ruggero Montesano, à privilégier la prévention primaire, celle qui « consiste à éviter l'exposition à des cancérrogènes avérés ou à des mélanges cancérrogènes, ainsi qu'aux substances pour lesquelles nous avons des indices expérimentaux d'une cancérogénicité²⁷⁵ » :

« Dans la plupart des cas, attendre d'avoir des indices d'une cancérogénicité chez l'homme équivaut à accepter de continuer l'expérimentation humaine jusqu'à ce que la preuve écrasante d'un risque cancérogène manifeste impose l'adoption de mesures²⁷⁶. »

Quelques 1 500 substances sont justement déjà répertoriées en 1975 comme cancérrogènes au regard d'expérimentations animales dans un catalogue publié par le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)²⁷⁷.

2.3.1.3. Les insuffisances du système de réparation : la preuve par le cancer

Même en l'absence de données françaises, la responsabilité du travail dans le développement des cancers est donc bien documentée. Et en se basant sur les estimations de Richard Doll et Richard Peto, les plus consensuelles, selon lesquelles 4 % des nouveaux cas de cancer serait d'origine professionnelle²⁷⁸, il devient possible de considérer qu'en France, au début des années 1980, au moins 8 000 cas de cancers relèveraient de cette catégorie. Or, seuls 78 ont été reconnus comme tels et indemnisés par l'Assurance maladie en 1980 et 85 en 1982²⁷⁹. Les chiffres du mésothéliome, un cancer de l'amiante pour lequel l'étiologie ne souffre aucune divergence, sont particulièrement éclairants : sur un total de 709 cas recensés en 1985, seuls 25 ont été

²⁷⁴ Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 291.

²⁷⁵ Ruggero Montesano et Lorenzo Tomatis, « Les cancérrogènes chimiques », *Lyon médical*, 1977, 238, 14, p. 107-117.

²⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷ H. E. Christensen, *Suspected carcinogens. A subfile of the Niosh toxic substances list*, Rockville, HEW Publication, juin 1975.

²⁷⁸ Richard Doll and Richard Peto, « The Causes of Cancer... », art. cité, 1981.

²⁷⁹ Une donnée citée par Patrick Leroy, sur la base d'une estimation approximative de 208 000 nouveaux cas de cancer en 1980. Patrick Leroy, « Les problèmes médico-légaux des cancers professionnels », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 17, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1984, p. 126.

reconnus en maladie professionnelle²⁸⁰. Une première étude d'évaluation de la mortalité liée à l'exposition professionnelle à l'amiante en France estime entre 694 et 1 430 décès directement imputables à ce matériau parmi les 18 500 travailleurs ayant au moins travaillé dix ans à son contact depuis 1950²⁸¹.

La pathologie cancéreuse, maladie grave et souvent mortelle, peut alors représenter l'un des symboles les plus criants de l'inadaptation du système de reconnaissance en maladie professionnelle à rendre compte des effets du travail sur la santé. Les statistiques des AT-MP ne sont pas seulement accusées de sous-estimer la réalité pathogène existant dans le monde du travail, mais plus encore de contribuer à la « masquer²⁸² », à « faire écran à toute autre approche de l'ampleur de la pathologie professionnelle en France²⁸³ » puisqu'« on ne connaît que ce que l'on indemnise²⁸⁴ ».

En parallèle, la publication de données sur l'exposition des travailleurs aux poussières²⁸⁵, la réactualisation des données sur la mortalité différentielle par profession montrant que la probabilité de décès avant 60 ans pour un salarié âgé de 35 ans est presque trois fois plus élevé pour un manœuvre que pour un cadre²⁸⁶, et que la mortalité par cancer épouse ces frontières socialement différenciées, rendent plus plausible encore l'hypothèse de la responsabilité du travail dans l'augmentation de l'incidence de cette pathologie. Comme l'écrivent Serge Volkoff et Anne-Françoise Molinié, « les disparités que l'on observe dans les causes de décès, ou l'âge auquel la mort survient, manifestent, concentrées sur un moment incontournable, les traces différentes laissées par toute une existence, et notamment par une vie de travail²⁸⁷. »

Alors qu'une importante littérature témoigne du scandale des accidents du travail²⁸⁸ et que les pouvoirs publics développent d'importantes campagnes de prévention contre les accidents de la route²⁸⁹, il apparaît possible aux yeux d'un certain nombre d'acteurs de

²⁸⁰ Emmanuel Henri, *Un scandale improbable...*, thèse citée, 2000, p. 106.

²⁸¹ Catherine Le Galès, « Un modèle d'évaluation de la mortalité professionnelle liée à l'amiante (le cas de l'industrie de l'amiante en France entre 1950 et 1980) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 32, 2, 1984, p. 122-133.

²⁸² Dominique Huez, « Les maladies professionnelles : réparation ou prévention », dans Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 1985, p. 47.

²⁸³ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 23.

²⁸⁴ Gilles Le Ricousse, *L'établissement des valeurs limites d'exposition aux substances toxiques dans les atmosphères de travail. Un tournant dans la prévention des maladies professionnelles en France ?*, INRS, 1985, p. 8.

²⁸⁵ Les résultats de la première enquête sur les conditions de travail initiée au sein du Service d'études et de statistiques du ministère du Travail révèlent que 50 % des ouvriers (et 40 % des ouvrières), déclarent respirer des poussières et 25 % des émanations toxiques (14 % pour les femmes) et des fumées. Sont citées les poussières d'amiante, de silice mais aussi les poussières métalliques, notamment à base de nickel et de chrome. Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff, « Contraintes de travail et nuisances », dans Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 1985, p. 40.

²⁸⁶ Guy Desplanques, « L'inégalité sociale devant la mort », *Économie et statistique*, n° 162, janvier 1984.

²⁸⁷ Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff, « Travail et santé : les statistiques », dans Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 1985, p. 28.

²⁸⁸ Michel Juffé, *À corps perdu. L'accident du travail existe-t-il ?*, Paris, Le Seuil, 1980. Gilbert Mury, *Le sang ouvrier...*, ouvr. cité, 1974. Jean Wisniewski, *Les accidents du travail : qui paye quoi ?*, Paris, éditions d'organisation, 1983.

²⁸⁹ L'État s'engage contre l'insécurité routière en créant en 1972 le comité interministériel de la sécurité routière, à l'origine de plusieurs mesures comme des limitations de vitesse, l'obligation du port de la ceinture de sécurité à l'avant, en 1976 Bison

mettre en lumière, au jeu des comparaisons, l'importance des cancers d'origine professionnelle. Dans une recherche entamée en 1983 et financée elle aussi par le ministère des Affaires sociales et de l'emploi, André Oudiz et Catherine Le Galès, peuvent ainsi écrire que « la mortalité par cancers d'origine professionnelle en France représente un "coût social" au moins égal à celui des accidents mortels du travail²⁹⁰ » ; Lucien Privet, médecin qui rédige en 1988 une brochure sur les cancers professionnels pour l'Union régionale CFDT Lorraine, rappelle qu'on estime à 10 000 par an le nombre de décès liés à ces cancers du travail, un chiffre « du même ordre de grandeur que celui des morts par accidents de la route et presque 10 fois plus que les morts par accidents du travail²⁹¹ » et, six ans plus tard, Jean Hodebourg, de la CGT, écrit que cette mortalité « est largement supérieure à celle résultant des accidents de la route qui est descendue sous la barre des 10 000 en 1992 ou à celle du sida en France²⁹² » – de l'ordre de 6 000 nouveaux cas par an au milieu des années 1980²⁹³.

Si, comme le rappelle Denis Duclos, l'identification des risques cancérigènes – et, *a fortiori*, leur prévention – est un thème dont il est difficile de s'emparer pour les équipes syndicales, le risque cancérigène au travail se retrouve toutefois au cœur de plusieurs mobilisations syndicales à partir du milieu des années 1970. On a pu évoquer précédemment les mobilisations contre l'amiante, le CVM, les fumées de soudage. Le *guide du militant CGT de la métallurgie* consacre son édition de 1984 à « Lutter pour mettre la santé en sécurité au travail » dans lequel il rappelle que « le cancer est la première cause de mortalité chez les métallurgistes²⁹⁴ ». Il existe également de nombreuses alertes et mobilisations contre les risques radioactifs, au sein même du secteur nucléaire et au-delà, dans la métallurgie par exemple.

En 1982, un volume de plus de 600 pages est publié, conçu comme un outil de sensibilisation et de formation des médecins du travail, entièrement dédié aux cancers professionnels²⁹⁵. La même année, le thème des cancers professionnels est d'ailleurs retenu pour les XVII^e Journées d'étude de médecine du travail qui se déroulent à Lille.

Fût et en 1982 la Direction de la sécurité et de la circulation routière. La loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 dite « loi Badinter », organise l'indemnisation des victimes d'accidents de la route, qui ont droit désormais à une réparation intégrale automatique.

²⁹⁰ André Oudiz et Catherine Le Galès, *Prévention des cancers...*, ouvr. cité 1989, p. 1.

²⁹¹ Lucien Privet, *Les cancers professionnels*, dossier santé-travail n° 1, Union régionale CFDT Lorraine, édition 1988. Le journal régional *L'Est Républicain*, se faisant l'écho d'une brochure publiée par la CFDT Lorraine sur les cancers professionnels liés aux poussières de bois, reprend à son compte cette assertion : « Chaque année, les cancers professionnels, c'est-à-dire inhérents à certains métiers, tuent 10 000 personnes en France. Autant que les accidents de la route ! » : Gérard Charut, « La poussière de bois tue chaque année des ouvriers », *L'Est Républicain*, édition Lorraine, du 16 septembre 1988.

²⁹² Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 60. Cette comparaison est encore faite dans un ouvrage de 2017 : Pascal Marichalar, *Qui a tué*, ouvr. cité, 2017, p. 41.

²⁹³ Réseau national de santé publique, *L'infection du VIH en France, tendances et caractéristiques actuelles*, Journée mondiale de lutte contre le Sida, 1^{er} décembre 1996.

²⁹⁴ CGT, *Le guide du militant de la métallurgie*, mars 1984, n° 179 [Archives Jean Hodebourg, ISH-CGT Métallurgie]. Je remercie Emeric Tellier, historien-archiviste de la FTM-CGT, de m'avoir permis d'explorer ce fonds d'archives alors qu'il n'était pas encore inventorié. Jean-Pierre Elbaz, permanent de la FD des Métallos, avait guidé mes premiers pas à la recherche de ce fonds d'archive, avant de décéder le 4 novembre 2013.

²⁹⁵ Jean-Marie Haguenoer et al., *Les cancers professionnels...*, ouvr. cité, 1982.

Parmi d'autres, le syndicaliste Jean Hodebourg y présente une intervention intitulée « Des industries à hauts risques dans la métallurgie : des cancers non reconnus²⁹⁶ ». Ayant eu accès par l'intermédiaire du médecin du travail de Renault aux données portant sur les décès des salariés de l'entreprise survenus avant l'âge de leur retraite, il relève notamment que 40 % des 129 décès dénombrés en 1979 résulte du cancer²⁹⁷. Cette préoccupation trouve relais au sein de l'Assemblée nationale, où la ministre des Affaires sociales et de la solidarité nationale est interpellée par plusieurs questions écrites. C'est par exemple Joseph Legrand, ancien mineur, membre du conseil national de la CGT et député communiste du Pas-de-Calais, qui attire son attention « sur la nécessité de renforcer les moyens d'étude des maladies professionnelles et leurs inscriptions aux tableaux » et cite en premier lieu le cancer et particulièrement les « cancers aéro-digestifs²⁹⁸ ». Seize tableaux, dont un qui concerne les affections cancéreuses causées par certains dérivés du chrome, attendent alors, fin 1983, leur publication au *Journal officiel* après qu'ils aient été adoptés par la commission spécialisée des maladies professionnelles.

Signe de cette préoccupation grandissante, le livre de 1985 sur *Les risques au travail* consacre une large place aux cancers professionnels, tant à ses mécanismes, aux agents incriminés, aux localisations identifiées qu'aux démarches de réparation et de prévention. Un article est consacré spécifiquement aux cancers du poumon. Edmond Chailleux, pneumologue au CHU de Nantes, fait le point sur les « facteurs professionnels établis » : aux côtés des rayonnements ionisants, de l'amiante, des chromates, et des poussières de fer pour lesquels il existe alors déjà des tableaux, « avec des restrictions illégitimes », il cite aussi le nickel, l'arsenic, le béryllium, les hydrocarbures aromatiques polycycliques, les chlorométhyléthers et, parmi les « facteurs suspects », les huiles de coupe minérales et le cadmium, tout en alertant sur les effets de synergie²⁹⁹.

2.3.2. Une priorité affichée des pouvoirs publics

Au début des années 1980, la lutte contre le cancer devient une priorité affichée des pouvoirs publics. Le ministre de la Santé, Jack Ralite, est ainsi à l'initiative d'une Concertation nationale contre le cancer³⁰⁰ et remet en place auprès de son ministère une

²⁹⁶ Jean Hodebourg, lettre adressée au secteur social de la CGT et à Lucien Chavrot, 1^{er} juin 1982 [Archives Jean Hodebourg, ISH-CGT Métallurgie].

²⁹⁷ Jean Hodebourg, secteur prévention de la Fd métallurgie, lettre adressée aux syndicats CGT des ouvriers de la Rnur (Boulogne-Billancourt), 9 novembre 1982 [Archives Jean Hodebourg, ISH-CGT Métallurgie].

²⁹⁸ Joseph Legrand, question n° 39821 du 31 octobre 1983, cité par Patrick Leroy, « Les problèmes médico-légaux... », art. cité, 1984, p. 111.

²⁹⁹ Edmond Chailleux, « Les cancers du poumon », dans Bernard Cassou et al. (dir.), *Les risques du...*, ouvr. cité, 1985, p. 165.

³⁰⁰ Patrick Pinell en fait mention dans *Naissance d'un fléau...*, ouvr. cité, 1992, p. 13. C'est à ma connaissance le seul ouvrage parmi les travaux en sciences sociales consacrés au cancer qui l'évoque. Une histoire officielle fait en effet débiter l'intervention des pouvoirs publics contre le cancer au début des années 2000, avec le plan Gillot-Kouchner, et surtout avec le premier « Plan Cancer » initié sous la présidence de Jacques Chirac en 2003 ; les États généraux des malades du cancer

Commission nationale des cancers. Le rôle du travail dans la survenue des cancers est alors réaffirmé. Il donne lieu à une circulaire du ministère du Travail qui impulse la création et la modification de nouveaux tableaux destinés à prendre en charge la pathologie cancéreuse au titre des maladies professionnelles.

2.3.2.1. *La Concertation nationale contre le cancer et la responsabilité du travail*

Organisée par le cancérologue Jean-Claude Salomon, alors chargé de mission au cabinet du ministre, la Concertation nationale contre le cancer débute en juin 1982 pour s'achever en janvier 1983. Elle s'inscrit dans une dynamique plus large qui consiste à recueillir les doléances et les propositions en matière de santé à l'échelle locale, départementale et régionale dans un contexte où se met en place la décentralisation des compétences sanitaires de l'État. Il existe ainsi une volonté affichée de reconnaître les spécificités territoriales, qu'elles soient culturelles, sociales, géographiques ou économiques. La politique de santé publique développée par le Conseil général de Seine-Saint-Denis, abordée dans le premier chapitre, se comprend dans ce contexte. Des Observatoires régionaux de santé (ORS) sont créés, « particulièrement chargés du recueil et du traitement des informations dans le domaine de la santé et [pour réaliser] des enquêtes épidémiologiques, éclairant la politique de réduction des inégalités sociales et géographiques³⁰¹ ».

La Concertation nationale contre le cancer se veut exemplaire d'une démarche marquée par « la mobilisation de toutes les énergies disponibles, sans exclure personne, le souci de décentralisation, de concertation et d'une large information du public » : « Nous avons délibérément fait appel à la diversité des approches, au pluralisme des sensibilités », explique ainsi le ministre de la Santé pour défendre sa démarche devant les sénateurs, lors de l'examen du projet de loi de finances pour l'année 1983. Dans chaque région, des « délégués » sont chargés d'animer la réflexion et la prise de parole, venant d'horizons extrêmement divers, militants politiques, syndicaux ou encore industriels ou acteurs de la santé³⁰², autour de quatre axes : le diagnostic, la réduction des inégalités, les moyens de lutte, l'environnement social et mental. Cette dynamique

organisés par la Ligue nationale contre le cancer en 1998 représenteraient tout à la fois la première mobilisation publique sur cette question et l'aiguillon à l'origine de cette intervention de l'État.

³⁰¹ Se reporter au compte rendu intégral de la 44^e séance de débats parlementaires au Sénat, séance du jeudi 9 décembre 1982 (JO du 10 décembre 1982, p. 6537, 6562 et 6583).

³⁰² « Dans la région Rhône-Alpes, c'est un industriel, M. Mérieux ; dans le Nord-Pas-de-Calais, une laborantine militante C.G.T., Mme Diard ; dans les pays de Loire, un directeur d'hôpital animateur du syndicat F.O., M. Costargent ; dans le Languedoc-Roussillon, un médecin généraliste libéral, le docteur Granier ; en Lorraine, un médecin du travail d'Usinor, le docteur Delivré ; en Bretagne, un ingénieur de la santé publique C.F.D.T., M. Kerbaol ; dans le Centre, le député-maire de Tours, M. Royer, en Alsace, un chercheur en neurochimie, le professeur Mandel ; en Basse-Normandie, le directeur du C.L.C.C. de Caen, le professeur Abbaticchi ; dans le Poitou-Charentes, un radiothérapeute de clinique privée, le docteur Heymans ; en Provence - Côte d'Azur, le député-maire d'Aubagne, M. Garcin ; dans le Midi-Pyrénées, une conseillère générale, Mme le docteur Mignon, etc. » Jack Ralite, compte rendu intégral de la 44^e séance de débats parlementaires au Sénat, séance du jeudi 9 décembre 1982 (JO du 10 décembre 1982, p. 6537).

participative dans le domaine de la santé bouscule un champ médical peu habitué à discuter son champ d'action avec d'autres composantes sociales³⁰³.

En octobre de la même année – soixante ans après la première initiative de ce type – une Commission nationale des cancers est mise en place auprès du ministre de tutelle de la santé « chargée de donner un avis au ministre sur la stratégie de lutte contre le cancer et de lui proposer des programmes et actions allant dans ce sens³⁰⁴ ». Présidée par le professeur Yves Cachin de l'Institut Gustave-Roussy, elle est composée de trente-neuf membres désignés par le ministre, sans compter dix membres de droit parmi lesquels figure la Direction générale du Travail au ministère du Travail³⁰⁵. La responsabilité du travail dans l'augmentation de l'incidence du cancer est précisément affichée. Déjà, comme s'en félicite Pierre Yves Poindron, dans *L'Unité*, journal du Parti socialiste, le « ministre du Travail s'est engagé, lors de la journée qui a conclu la concertation, à améliorer la connaissance des risques professionnels et à rechercher les indicateurs d'exposition par des tests et des contrôles sur les salariés à risque³⁰⁶ » :

« La fumée et les vapeurs d'alcool ne doivent pas cacher d'autres paramètres, trop longtemps restés dans les oubliettes de la recherche épidémiologique : les risques professionnels³⁰⁷. »

Plus encore, la commission des cancers elle-même s'attelle rapidement à rédiger, sous la responsabilité d'un sous-groupe dédié, un rapport sur les cancers professionnels³⁰⁸. À l'appui des données américaines et des « estimations les plus raisonnables [qui] attribuent actuellement 4 à 8 % environ des cancers à une exposition professionnelle », le rapport regrette que le corps médical dans son ensemble ne soit pas suffisamment sensibilisé à cette question. Il rappelle que le risque augmente, en lien avec la diffusion des produits chimiques organiques dont la production « a doublé tous les 7 ou 8 ans depuis les années 1950 », mais que la connaissance de ces risques se heurte « à de nombreux problèmes et d'importantes difficultés qui peuvent irriter les non-initiés et heurter ceux qui sont exposés à de tels risques, à savoir essentiellement les ouvriers ». Au-delà du délai de latence, l'existence d'expositions multiples et simultanées difficilement quantifiables retient l'attention des rédacteurs du rapport, une situation renforcée dans les entreprises de sous-traitance « dans lesquelles une main-d'œuvre peu stable effectue les travaux les plus dangereux avec les risques d'exposition les plus grands » et par le retour au pays des travailleurs immigrés au moment de leur retraite.

³⁰³ Compte rendu intégral de la 44^e séance de débats parlementaires au Sénat, séance du jeudi 9 décembre 1982 (JO du 10 décembre 1982, p. 6562).

³⁰⁴ Arrêté du 25 août 1983 relatif à la création d'une Commission nationale des cancers (JO du 7 septembre 1983).

³⁰⁵ Arrêté du 26 septembre 1983 nomination de membres de la Commission nationale des cancers (JO du 29 septembre 1983).

³⁰⁶ Pierre-Yves Poindron, « Cancer, lever les tabous », *L'Unité*, n° 499, vendredi 4 février 1983, p. 23.

³⁰⁷ *Ibid.*

³⁰⁸ Commission nationale des cancers, *Rapport sur les cancers professionnels*, texte proposé par le groupe de travail n° 2 sous la responsabilité du Dr H Sancho-Garnier et du Dr P. Schaffer, adopté en réunion plénière le 14 mai 1985 [Archives JCZ].

Parmi d'autres préconisations, le rapport évoque l'intérêt de parvenir à réaliser une cartographie des risques professionnels, en croisant les données disponibles dans différents organismes³⁰⁹ et en en construisant de nouvelles. Il insiste sur l'urgence de développer des études sur les cancers d'origine professionnelle et, pour ce faire, sur la nécessité d'améliorer les données sur la morbidité et la mortalité en mentionnant avec précision l'activité professionnelle, de renforcer les moyens de l'épidémiologie – par la formation, l'octroi de bourses, de budgets pour rémunérer des enquêteurs, des codeurs, mais aussi en favorisant les études menées « en milieu de travail », le plus souvent empêchées par les employeurs.

Enfin, il préconise une vaste campagne d'information visant à sensibiliser le corps médical et tous les partenaires dont, en premier lieu, les salariés concernés par le risque cancérigène : il s'agirait, avec un financement des ministères concernés mais aussi de la branche AT-MP financée par les employeurs, de traduire et diffuser les monographies du CIRC³¹⁰ ou l'encyclopédie du BIT, « dépasser les “canaux” académiques habituels » et d'encourager l'information sur les lieux de travail. Il relève surtout que « les instances compétentes devraient tendre à supprimer l'exposition aux produits cancérigènes figurant sur la liste des substances du CIRC » et à améliorer les conditions d'application des textes existants « imparfaitement respectés (étiquetage des substances, déclaration de la pathologie professionnelle, etc.) ».

2.3.2.2. *La circulaire ministérielle de 1985 : la reconnaissance d'une urgence d'agir*

Datée du même jour que ce rapport de la Commission nationale des cancers, une circulaire « relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle³¹¹ » du ministre du Travail entend témoigner de la volonté de l'État de faire de cette question une priorité :

« Quelle que soit la difficulté d'appréhender la réalité scientifique de la cancérogénèse professionnelle, la prévention en ce domaine est une nécessité sociale, d'autant plus impérative que ces maladies se rencontrent plus fréquemment dans certaines activités professionnelles. »

Signé par la directrice des relations du Travail, Martine Aubry, ce texte réglementaire relève l'importance des cancers professionnels et souligne que « le nombre de décès

³⁰⁹ Le rapport préconise de partir de la liste informatisée des entreprises de plus de dix salariés détenue par la direction départementale du travail, des informations contenues dans les rapports annuels de médecine du travail remis à l'inspection médicale du travail, des informations d'exposition détenues par les CRAM, l'INRS, les services médicaux d'Assurance maladie, etc., auxquelles pourrait s'ajouter « une déclaration de suspicion du risque d'exposition qui préciserait le nom de l'entreprise et les postes visés », basée sur les déclarations de MCP sans mention du nom de la personne concernée. Il préconise la conservation à long terme de telles données.

³¹⁰ Jean Hodebourg note en 1994 que les connaissances sur les cancérigènes en milieu de travail ne sont pas accessibles à tout le monde, que les monographies du CIRC notamment sont en anglais, toujours pas traduites « malgré les demandes répétées de la CGT ». Jean Hodebourg, *Le travail, c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 56.

³¹¹ Circulaire du 14 mai 1985 relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle, parue au JO du 8 juin 1985, p. 6269-6270. Elle a été complétée par les circulaires des 12 mai 1986, 20 novembre 1986 et 14 mars 1988.

imputables à ces pathologies peut atteindre quelques milliers par an ». Il préconise de s'intéresser autant aux produits, agents et procédés à la cancérogénicité avérée pour l'homme qu'à ceux pour lesquels l'expérimentation animale a donné des résultats concluants et publie en annexe « la première liste française donnant vingt-six substances cancérogènes³¹² ». Enfin, accompagné d'une liste de valeurs limites de moyennes d'exposition pour neuf de ces substances³¹³, il promeut le développement des valeurs limites d'exposition (VLE) comme « moyen privilégié d'évaluation des risques encourus et d'orientation des actions de prévention » tout en alertant sur les limites du procédé³¹⁴, « l'objectif en matière de prévention ne [pouvant] être que la réduction de l'exposition aux cancérogènes à un niveau aussi bas que possible³¹⁵ ».

Si la publication de cette circulaire semble faire écho aux initiatives de sensibilisation et de mise en visibilité des cancers d'origine professionnelle portées notamment par la nébuleuse évoquée précédemment, elle répond sans doute aussi aux impulsions d'instances supranationales. Ainsi, dès 1978, une résolution du Conseil de l'Europe prévoit l'harmonisation des dispositions et mesures relatives à la protection des travailleurs contre certains agents chimiques, physiques et biologiques³¹⁶. Et en 1980, une directive européenne « concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques pendant le travail³¹⁷ » entend limiter l'usage de plusieurs produits, le nombre de travailleurs exposés, les valeurs à ne pas dépasser, tout en imposant des mesures de protection collectives et individuelles, d'hygiène, de signalisation, de surveillance médicale, ainsi qu'une information « appropriée » des travailleurs³¹⁸.

La circulaire de 1985 peut être considérée comme une séquence de préparation à la transposition dans le droit français du contenu de cette directive qui doit intervenir en 1992³¹⁹. Son contenu est ainsi le fruit du travail d'un comité scientifique sur les

³¹² Jean-Claude Zerbib, lettre à 12 militants de la CFDT, 27 septembre 1985 [Archives JCZ].

³¹³ Il n'existait jusqu'en 1985 que quatre valeurs limite concernant, par ordre chronologique d'apparition, les radiations, le benzène, le chlorure de vinyle monomère et enfin l'amiante. La circulaire définit des valeurs limite, non contraignantes cette fois, pour une dizaine d'autres substances.

³¹⁴ Emmanuel Henry a étudié la genèse de l'élaboration des valeurs limites en France et l'évolution de leurs usages, notamment le glissement du rôle d'outil indicatif de prévention vers un rôle normatif qui laisse penser que le respect des valeurs limites suffit en lui-même à prévenir du cancer. Emmanuel Henry, *Ignorance scientifique et...*, ouvr. cité, 2017, p. 131 et suivantes.

³¹⁵ Circulaire du 14 mai 1985 relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle (JO du 8 juin 1985, p. 6269-6270).

³¹⁶ Résolution du Conseil de l'Europe du 29 juin 1978.

³¹⁷ Directive 80/1107/CEE du Conseil du 27 novembre 1980 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques pendant le travail, accessible sur <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A31980L1107> [consulté le 5 août 2017].

³¹⁸ La Confédération européenne syndicale (CES) adopte dès 1981 un programme d'action qui préconise de recenser tous les risques cancérogènes (par branches professionnelles, types d'emplois, effectifs exposés...), de mener des études épidémiologiques et d'améliorer le droit à réparation. Jean-Claude Zerbib, « Risques du travail : des chiffres en-dessous de la réalité », *Liaison CE*, n° 82, octobre 1989, p. 16.

³¹⁹ Si le ministère du Travail s'attelle à la transposition des directives européennes concernant les valeurs limite à mettre en place pour les cancérogènes, il ignore au même moment la ratification de la convention n° 139 de l'OIT concernant la prévention et la contrôle des risques professionnels causés par les substances et agents cancérogènes. Adoptée en juin 1974,

substances cancérigènes mis en place par le ministère du Travail à l'été 1981³²⁰. André Oudiz, en lien régulier avec la Conférence américaine des hygiénistes industriels gouvernementaux (ACGIH – *American Conference of Governmental Industrial Hygienists*) en est l'une des pièces maîtresses et le rapporteur des travaux. Membre du Centre d'études sur l'évaluation de la protection dans le domaine nucléaire (CEPN)³²¹, il est familier de cette notion de valeur limite, déjà appliquée en France depuis 1967 dans le secteur nucléaire³²². Il est par ailleurs pionnier, pour reprendre les termes de Yves Lenoir, dans la promotion de l'utilité « extraradioactive ³²³ » du principe d'« optimisation ³²⁴ » promu par la Commission internationale de protection radiologique (CIPR)³²⁵ puisqu'il a déjà publié en 1984 un article visant à déterminer des valeurs limites d'exposition à l'amiante en lien avec des critères économiques³²⁶.

Si, dans le droit français, une circulaire se situe à l'échelon le plus bas de la hiérarchie des textes, celle de 1985 sur la prévention des cancérigènes en milieu de travail, publiée au *Journal officiel de la République française*, a toutefois une portée symbolique importante. Elle a d'immédiates conséquences sur le programme de création et de révision des tableaux de maladies professionnelles.

2.3.2.3. *Le cancer au programme des créations et modifications des tableaux*

La thématique des cancers professionnels s'impose en effet avec force au programme de la Commission spécialisée des maladies professionnelles (CSMP) pour l'année 1985.

elle ne sera ratifiée par la France qu'en 1995 : décret n° 95-1241 du 20 novembre 1995 portant publication de la convention n° 139 de l'OIT adoptée à Genève le 24 juin 1974.

³²⁰ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la réunion du 17 décembre 1985 du Comité scientifique « Substances cancérigènes » du ministère du travail, Saclay, le 17 janvier 1986 [Archives JCZ].

³²¹ Le CEPN est une association loi 1901 dont les seuls membres sont EDF, le CEA et l'IRSN (www.cepn.asso.fr). Ses activités font l'objet de nombreuses publications critiques, concernant notamment la gestion des impacts sanitaires de l'accident nucléaire de Tchernobyl. Ainsi, selon Wladimir Tcherkoff, les chercheurs de ce centre d'études s'opposeraient aux démarches locales visant à identifier et dénombrer les pathologies liées à l'exposition aux radiations, privilégiant la mise en place de protocole visant à « adapter » les populations à la vie en territoires contaminés. Wladimir Tcherkoff, *Le crime de Tchernobyl. Le Goulag nucléaire*, Arles, Actes Sud, 2006.

³²² Décret du 15 mars 1967 sur les rayonnements ionisants.

³²³ Yves Lenoir, *La comédie atomique. L'histoire occultée des dangers des radiations*, Paris, La Découverte, 2016.

³²⁴ Le principe d'optimisation est adopté par la Commission internationale de protection radiologique (CIPR) en 1973 : il s'agit de « définir simplement, par le calcul, un niveau "optimal" d'exposition aux radiations en fonction des coûts respectifs de radioprotection et de traitement des dégâts sanitaires » (Yves Lenoir, ouvr. cité, 2016). Cela s'appuie sur une doctrine résumée dans la formule dite ALARA – comme *as low as reasonably achievable, taking into account economic and societal factor* – « aussi faible que raisonnablement réalisable, en prenant en compte les facteurs économiques et sociaux ». Voir C. Gauron et C. Lefaure, « Le réseau ALARA européen. Support et vecteur de l'optimisation de la radioprotection en Europe », *Documents pour le médecin du travail*, n° 111, 3^e trimestre 2007, p. 301.

³²⁵ La Commission internationale de protection radiologique est une association créée en 1928, destinée à fournir des recommandations sur les règles de protection et les niveaux d'exposition aux rayonnements.

³²⁶ Catherine Le Galès et André Oudiz, « Contribution méthodologique à la détermination de valeurs limites d'exposition professionnelles à l'amiante. Relation exposition-risque et critères économiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 32, n° 2, 1984, p. 113-121.

La Commission spécialisée des maladies professionnelles

Supprimée en 1945 au moment de la création de la Sécurité sociale, la Commission des maladies professionnelles re-voit le jour officiellement en 1984 sous l'appellation Commission spécialisée des maladies professionnelles. Dans l'entre-deux, les créations ou les modifications à apporter aux tableaux de maladies professionnelles ont été discutées au sein de la Commission d'hygiène industrielle qui, elle, a survécu à l'intégration du système de réparation dans la Sécurité sociale³²⁷.

Marc-Olivier Déplaudé a reconstitué ce qui préside à la renaissance de cette commission³²⁸. La loi de décembre 1976 « relative au développement de la prévention des accidents du travail » est à l'origine de la création d'une nouvelle instance consultative, le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP), chargé de donner au ministre du Travail son avis sur l'ensemble des projets réglementaires relatifs aux risques professionnels³²⁹. Présidé par le ministre du Travail, il comprend des représentants des départements ministériels et des organismes nationaux, des organisations syndicales de salariés et d'employeurs³³⁰ et des personnes désignées « en raison de leur compétence », surtout des médecins. Ce Conseil doit tenir une réunion plénière au moins une fois par an et peut créer, entre chacune d'entre elles, des sous-commissions et des groupes de travail.

Mais son assemblée, à laquelle participent de nombreux suppléants et experts invités, devient rapidement « véritablement pléthorique³³¹ » à tel point qu'une réforme est jugée nécessaire : le décret du 28 septembre 1984 crée une commission permanente qui doit se réunir au moins deux fois par an et cinq commissions spécialisées chargées d'effectuer « toutes études ou enquêtes entrant dans le périmètre de leurs attributions, soit de leur propre initiative, soit à la demande du conseil supérieur ou de sa commission permanente³³² ». La CSMP est l'une d'entre elles³³³ et comprend une trentaine de personnes, dont quatre membres des organisations de salariés et autant pour les organisations patronales. Dans les faits, le chef du bureau CT4 du ministère du Travail en charge de l'animation de cette commission, Jean-Luc Pasquier, tolère que les représentants des salariés et du patronat soient accompagnés de leurs suppléants ou d'experts³³⁴.

Lors de la séance de février 1985, M. Jezequel, sous-directeur des conditions de travail, transmet aux membres de cette commission les principales orientations retenues par le CSPRP pour l'année qui débute. Rappelant que « d'une manière générale, la mortalité en France frappe de façon différentielle les catégories socio-professionnelles ; les plus

³²⁷ L'ordonnance n° 45-2250 concernant l'organisation de la Sécurité sociale fut promulguée le 4 octobre 1945. La loi du 31 octobre 1946 n° 46-2426 inscrit la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles au sein de la Sécurité sociale. La gestion des risques AT-MP est confiée aux caisses de Sécurité sociale le 1^{er} janvier 1947 (article 87).

³²⁸ Marc-Olivier Déplaudé, *La médecine à l'épreuve du "dialogue social". La difficile reconnaissance des lombalgies comme maladies professionnelles*, mémoire pour le DEA Sociologie de l'action publique, Université Paris 1, septembre 2002, p. 14 et suivantes. Je remercie Marc-Olivier Déplaudé pour m'avoir transmis ce mémoire et pour sa disponibilité.

³²⁹ Décret n° 77-915 du 11 août 1977 (JO du 12 août 1977).

³³⁰ Le CSPRP comprend à sa création quatre représentants de la CGT, deux de la CFDT, deux de la CGT-Fo, un de la CFTC et un de la CGC et, côté patronal, six représentants du CNPF, 1 de la CGPME, un de l'UPA et deux pour les entreprises publiques. Ces membres sont nommés par arrêté du ministre en charge du travail.

³³¹ Marc-Olivier Déplaudé, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, 2002.

³³² Décret n° 84-874 du 28 septembre 1984 relatif au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et portant modification du code du travail (JO du 2 octobre 1984).

³³³ Ce décret crée cinq commissions, une sur l'information, la formation et l'organisation de la prévention des risques professionnels, une autre sur la prévention des risques chimiques, biologiques et ceux résultant des ambiances physiques auxquels peuvent être exposés les salariés, une autre sur la prévention des risques physiques, mécaniques et électriques auxquels peuvent être exposés les salariés, et enfin une sur la médecine du travail. Une sixième s'ajoute en 1990, relative à la prévention des risques spécifiques au secteur du Btp. La Commission spécialisée des maladies professionnelles (CSMP) a été remplacée par la Commission des pathologies professionnelles, au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) qui a succédé au CSPRP en 2008.

³³⁴ Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015.

atteintes étant évidemment les plus exposées aux risques professionnels », et que « le nombre de cancers effectivement d'origine professionnelle est très certainement supérieur au nombre de cancers déclarés et reconnus au titre des maladies professionnelles », le programme « pose comme principe fondamental³³⁵ » pour 1985 l'étude des pathologies cancéreuses, aux côtés des allergies, des affections en lien avec les postures de travail et des « psychopathologies ». Le représentant du ministère, reliant politique de prévention et réparation, rappelle notamment deux incohérences qu'il convient de dissiper. D'une part, il existe depuis 1977 une liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale³³⁶ qui ne concorde pas avec les maladies inscrites au tableau puisque « quelques-unes, sans raison apparente, ne le sont pas ». D'autre part, les déclarations de maladies à caractère professionnel (MCP) ont fait l'objet d'un recensement qui « a conduit à s'interroger sur la non-inscription de certaines maladies dont l'étude est proposée pour l'an prochain³³⁷ ».

Au 19 juin 1985, il existe quatre-vingt tableaux de maladies professionnelles. Onze d'entre eux incluent des pathologies cancéreuses, dont quatre concernent le système broncho-pulmonaire. Le programme élaboré pour 1985 invite la commission à s'investir dans l'étude de dix-huit nouveaux tableaux dont trois explicitement en lien avec des affections cancéreuses (en rapport avec l'alcool isopropylique, l'acrylonitrile et les produits nitrosés) et dans la modification de huit autres, dont la moitié devront inscrire une ou plusieurs pathologies cancéreuses, majoritairement broncho-pulmonaires (le tableau 16 en lien avec les produits dérivés de la houille, le 33 en lien avec le béryllium, le 61 en lien avec le cadmium et le 52 en lien avec le CVM)³³⁸. Le président de la commission propose également « que toutes les substances à propos desquelles la CEE étudie actuellement le pouvoir cancérogène éventuel soient à terme examinées ou réexaminées par la commission³³⁹ ».

La place donnée, dans le débat public et dans les politiques ministérielles, à la question des cancers professionnels, est à l'origine d'un infléchissement manifeste dans la définition de la pathologie cancéreuse puisqu'elle redonne place aux facteurs professionnels dans son étiologie. Elle suscite une réaction immédiate des représentants du patronat. Jacques Claire, président du Conseil d'administration de l'INRS, au titre des

³³⁵ Relevé des principales observations de la séance du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 2 et p. 4 [Archives JCZ].

³³⁶ Arrêté du ministère du travail du 11 juillet 1977.

³³⁷ Relevé des principales observations de la réunion du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 2 et p. 5 [Archives JCZ].

³³⁸ Le président de la commission s'oppose en revanche à un ré-examen du tableau 6 consacré aux maladies radio-induites – revendication portée par Jean-Claude Zerbib dans l'objectif d'inclure au tableau les cancers du sein et de la thyroïde – parce que « leur prévalence chez les techniciens du nucléaire n'était pas apparue significative ». Relevé des principales observations de la réunion du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 8 [Archives JCZ].

³³⁹ Relevé des principales observations de la réunion du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 8 [Archives JCZ].

employeurs s'inquiète ainsi de cette redéfinition du cancer : « Encore convient-il que l'étude et la prévention des pathologies professionnelles ne cèdent pas à une certaine psychose, tout aussi injustifiée que la négation des risques encore mal connus. La cancérophobie inconsidérément développée serait dommageable à la prévention³⁴⁰. »

Cette annonce et la parution au *Journal officiel* de la circulaire du 14 mai 1985 relative à la prévention des cancers professionnels sont toutes deux à l'origine d'une passe d'armes au sein de la CSMP qui inaugure un long cycle de conflits concernant l'insertion des pathologies cancéreuses dans les tableaux de maladies professionnelles.

Au nom des « membres employeurs » et dans un texte transmis aux membres de la commission, l'Union des industries minières et métallurgie (UIMM) appelle à ce que « les travaux de la commission spécialisée en matière de réparation des cancers professionnels se poursuivent avec le souci de rigueur scientifique et d'objectivité qui caractérisaient l'élaboration des précédents tableaux³⁴¹ ». Elle dénonce cette tentative de confondre les tableaux avec les listes de produits pour lesquels il n'existe qu'une « présomption plus ou moins forte d'atteinte de l'organisme » et, à contrepied de la volonté affichée par le ministre du Travail, énonce une frontière irréductible entre le champ de la prévention et celui de la réparation :

« La prévention des risques professionnels passe par une législation et une réglementation distinctes, son champ d'application est nécessairement plus large. [...] Les membres employeurs de la commission spécialisée ne peuvent donc s'associer à la proposition d'inscription de certains agents cancérogènes sur les tableaux de maladie professionnelle dans le seul but d'incitation à la prévention alors que la preuve de leur action chez l'homme n'a pas été formellement établie. » [*Ibid.*]

Elle entend ainsi exclure du champ de la réparation toutes les pathologies cancéreuses pour lesquelles « la démonstration que cette affection se rencontre avec une fréquence anormale par rapport au reste de la population dans certains milieux de travail, utilisant dans les mêmes conditions certains produits, substances ou procédés », n'aura pas été faite, sous entendu celles pour lesquelles il n'existe pas un consensus épidémiologique. Dans ce même ordre d'idée et pour « distinguer la cancérogénèse professionnelle de la cancérogénèse pathologique due à des causes extra-professionnelles », elle préconise que l'inscription de nouvelles pathologies cancéreuses se réalise « au cas par cas », en privilégiant l'élaboration de « listes restrictives d'activité » et, n'hésitant pas à remettre en cause le principe de présomption d'origine au fondement du système de réparation, elle propose que la prise en charge des cancers soit subordonnée « à la preuve médicale de [leur] relation de causalité avec l'agent nocif incriminé ».

³⁴⁰ *Le Courrier du Parlement*, mars 1984, n° 701, p. 14. cité par Patrick Leroy, « Les problèmes médico-légaux... », art. cité, 1984, p. 127.

³⁴¹ UIMM, « Réflexions sur la réparation des cancers dans le cadre de la législation des maladies professionnelles », 1985, annexe à la réunion de la CSMP du 6 décembre 1985 [Archives JCZ].

La contribution du médecin-chef des Charbonnages de France, le docteur Amoudru³⁴², lui fait singulièrement écho. Tout en se félicitant de la « doctrine de prévention » du ministère du Travail qu'il estime « excellente », ce médecin, par ailleurs vice-président de la CSMP au titre de « personne qualifiée³⁴³ » en exclut les tableaux de maladie professionnelle, destinés à la réparation et ne devant en aucun cas être considérés comme des « initiateurs de prévention » ; s'ils peuvent parfois jouer un rôle pédagogique auprès des médecins, « ceci n'est qu'un aspect annexe³⁴⁴ ». Il récuse également le recours aux données issues de l'expérimentation animale, incapable selon lui de reproduire la pathologie humaine dans des conditions similaires aux conditions de travail. Évoquant la « tradition française » de la présomption d'origine, il rappelle qu'elle doit toutefois être démontrée et « cette preuve se fonde presque uniquement sur l'épidémiologie des faits constatés : non seulement agent causal, mais modalités d'emploi et, d'autre part, non seulement lésion, mais localisation élective ; enfin, délai de latence. » Ainsi, s'il est admis d'inscrire aux tableaux de maladie professionnelle des radiolésions ou des angiosarcomes du foie parce qu'ils « peuvent être considérés comme pratiquement spécifiques d'une substance ou d'un agent donné », il convient de procéder autrement avec les « cancers banaux dont seule la fréquence paraît augmenter sous l'influence d'une exposition professionnelle ». S'appuyant sur un exposé récent de son confrère Maurice Tubiana, cancérologue, le docteur Amoudru conclut son argumentaire en notant que, « contrairement à l'opinion reçue, il n'y avait pas de parallélisme entre le développement quasi-exponentiel de l'industrie chimique depuis la fin du siècle dernier et le développement des cancers humains. Cette considération n'a pas pour but de limiter nos efforts mais plutôt de ramener la problématique à sa juste dimension ».

L'ouverture du système de réparation au cancer broncho-pulmonaire, un cancer « banal » s'il en est, pour reprendre les termes du médecin-chef des Charbonnages de France, est l'un des principaux nœuds de crispation.

3. Milieu des années 1980 : le cancer broncho-pulmonaire, point de crispation

La première inscription du cancer broncho-pulmonaire dans les tableaux, en 1950, avait représenté, comme on l'a vu dans les pages précédentes, une séquence longtemps isolée et ne concernant qu'un faible nombre de salariés. Un quart de siècle plus tard, en

³⁴² « Cancers professionnels – prévention », contribution de M. Le docteur Amoudru, 27 août 1985, annexe à la réunion de la CSMP du 6 décembre 1985 [Archives JCZ].

³⁴³ Les personnes qualifiées sont des membres de la CSMP qui sont présentes dans cette instance au titre de leur expertise et qui ne sont pas rattachées aux délégations syndicales ou patronales. Le docteur Amoudru ne représente donc pas officiellement les Charbonnages de France mais siège au titre de ses compétences.

³⁴⁴ « Cancers professionnels – prévention », contribution de M. Le docteur Amoudru, 27 août 1985, annexe à la réunion de la CSMP du 6 décembre 1985 [Archives JCZ].

1976³⁴⁵, le cancer broncho-pulmonaire apparaît de nouveau dans les tableaux en lien avec l'inhalation des poussières d'amiante (tableau 30), mais entouré toutefois d'importantes restrictions : il ne peut être reconnu qu'à condition qu'il soit accompagné d'une asbestose – le tableau le présente comme « complication » de cette pathologie – et à condition qu'il ait été diagnostiqué dans les cinq ans qui ont suivi les dernières expositions au risque, un délai ridicule au regard des données sur le temps de latence propre à ce cancer. La reconnaissance en 1981³⁴⁶ du rôle des poussières de fer dans l'étiologie des cancers broncho-pulmonaires (tableau 44) se réalise sur ce même modèle : uniquement comme « complication » de la sidérose³⁴⁷ et dans un délai de latence de cinq ans. Dans ces deux cas, la reconnaissance de ces cancers est cadrée par le droit spécifique des pneumoconioses, qui soumet les dossiers à l'avis d'un collège de trois médecins³⁴⁸.

Mais au début des années 1980 surviennent plusieurs évolutions³⁴⁹. D'une part, quatre tableaux sont créés qui reconnaissent le cancer broncho-pulmonaire indépendamment de toute autre pathologie, en lien avec les chromates³⁵⁰, avec l'arsenic³⁵¹, avec les mates de nickel³⁵² et, enfin, avec le bis(chlorométhyle)éther (BCME)³⁵³. Quant au cancer broncho-pulmonaire lié à l'inhalation de poussières d'amiante, sa reconnaissance n'est désormais plus subordonnée à l'existence préalable d'une asbestose³⁵⁴. D'autre part, le délai de prise en charge des cancers broncho-pulmonaires qui s'impose comme délai de forclusion³⁵⁵ et exclut de fait « certains travailleurs auxquels il peut être reproché “de n'avoir pas fait de cancer plus tôt”³⁵⁶ » est désormais fixé à trente ans au minimum³⁵⁷ : le tableau 6 en lien avec les rayonnements ionisants est lui aussi modifié dans ce sens³⁵⁸.

Pour chacun de ces tableaux, il existe certes des critères qui restreignent leur portée, notamment dans la définition du champ d'activité retenue. Ainsi, dans le cas des

³⁴⁵ Décret 76-34 du 5 janvier 1976 (JO du 15 janvier 1976).

³⁴⁶ Décret n° 81-507 du 4 mai 1981 (JO du 14 mai 1981).

³⁴⁷ En 1992, le cancer broncho-pulmonaire en lien avec les poussières de fer n'est plus considéré comme *complication* de la sidérose. Il trouve place dans un tableau dédié, le 44 bis, mais il doit toutefois, pour être indemnisé, être *associé* à une sidérose.

³⁴⁸ Dispositions introduites par le décret 57-1176 du 17 octobre 1957 fixant les modalités d'application du livre IV du code de la Sécurité sociale à la silicose, aux affections professionnelles provoquées par les poussières d'amiante.

³⁴⁹ Se reporter en annexe pour lire le tableau de ces évolutions.

³⁵⁰ Tableau 10 ter créé par le décret n° 84-492 du 22 juin 1984 (JO du 26 juin 1984).

³⁵¹ Tableau 20 bis créé par le décret n° 85-630 du 19 juin 1985 (JO du 23 juin 1985).

³⁵² Le tableau 37 ter est adopté par la CSMP dès 1984, le décret promulgué trois ans plus tard, le 22 juillet 1987 (JO du 28 juillet 1987).

³⁵³ Le tableau 81 est créé par le décret du 22 juillet 1987 (JO du 28 juillet 1987).

³⁵⁴ Décret 85-630 du 19 juin 1985 (JO du 23 juin 1985).

³⁵⁵ Selon un arrêt du 7 mars 1968 de la chambre sociale de la cour de cassation, Dalloz-Sirey 1968, p. 68, cité par Patrick Leroy, « Les problèmes médico-légaux des cancers professionnels », *Histoire des accidents du travail*, 2^e semestre 1984, n° 17, p. 116.

³⁵⁶ Patrick Leroy, « Les problèmes médico-légaux... », art. cité, 1984, p. 119.

³⁵⁷ L'ouvrage de Haguenoer cite dès 1982 des cas de cancers survenus 50 ans après l'exposition : Haguenoer et *al.*, *Les cancers professionnels...*, ouvr. cité, 1982, p. XI.

³⁵⁸ Dans le tableau 6, le délai de prise en charge pour le cancer broncho-pulmonaire passe de 10 à 30 ans, le sarcome osseux de 15 à 50 ans, et les leucémies (autrefois leucoses) de 10 à 30 ans.

expositions à l'arsenic, seuls les travaux liés à sa transformation sont retenus et non pas ceux liés à son extraction, dans celui du BCME ne sont concernés que les travaux de fabrication de la molécule, dans celui du nickel, des travaux liés à « une technique de raffinage actuellement abandonnée en France³⁵⁹ ». Quant au cancer broncho-pulmonaire lié à l'inhalation de poussières d'amiante, il ne peut être reconnu qu'à condition que sa relation avec l'amiantose soit « médicalement caractérisée³⁶⁰ ». Mais ces tableaux ainsi créés, s'ils ne favorisent pas la réparation d'un grand nombre de cancers broncho-pulmonaires³⁶¹, n'en contribuent pas moins à reconnaître la responsabilité du travail dans la survenue de cette pathologie, qui ne peut plus ainsi être exclusivement reliée au tabac.

On mesure mieux dans ce contexte la tentative d'imposition, de la part du patronat, d'une doctrine, à rebours tout à la fois des préconisations du CIRC, du rapport de la Commission nationale sur le cancer et de la circulaire de 1985. En suivant la trajectoire du tableau 16 rencontré dans le chapitre précédent, à partir des archives de la Commission spécialisée des maladies professionnelles, d'archives syndicales et d'archives patronales, il est possible de reconstituer sous quelle forme se met en place la reconnaissance des cancers broncho-pulmonaire.

3.1. Le retour du cancer des produits dérivés de la houille

La discussion qui s'engage en 1984 sur l'inscription du cancer broncho-pulmonaire lié aux dérivés de la houille et aux produits de combustion ouvre une séquence particulièrement conflictuelle au sein de la Commission. Pas moins de dix années, une vingtaine de séances, trois décrets et un recours devant le Conseil d'État sont nécessaires avant que le débat ne soit clos, pour quelques années. Circonstance sans doute aggravante, le principal composant mis en cause dans la survenue de la maladie est le même que celui issu de la combustion de la cigarette : le benzo(a)pyrène, redoutable cancérigène de la famille des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), présent dans de nombreux secteurs de travail – les cokeries mais aussi l'industrie textile, mécanique ou encore celle du verre, les travaux routiers et d'étanchéité.

S'intéresser à la construction du tableau 16 bis répond à plusieurs perspectives. D'une part, il correspond à des expositions qui concernent la plupart des enquêtés du GISCOP93. Comme on l'a vu, alors qu'ils sont majoritairement exposés à plusieurs cancérigènes, ces patients sont le plus souvent orientés vers le tableau amiantose, dans une visée

³⁵⁹ Cahiers de notes documentaires n° 129, 4^e trimestre 1987, INRS, p. 648.

³⁶⁰ Décret 85-630 du 19 juin 1985 (JO du 23 juin 1985).

³⁶¹ Dans son ouvrage de 1991, Annie Thébaud-Mony note ainsi que « plus de 90 % des cas reconnus ont concerné des cancers rares et quatre tableaux de maladie professionnelle » (les leucémies dues au benzène et aux rayonnements ionisants, les mésothéliomes dus à l'amiantose et les cancers de l'ethmoïde et des sinus dus aux poussières de bois). En revanche, alors que les cancers des poumons sont beaucoup plus fréquents et figurent sur cinq tableaux différents, ils n'ont représenté que onze cas en 1984, huit en 1985, cinq en 1986 et sept en 1987. Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 43.

stratégique, tout à la fois pour faciliter la reconnaissance et ouvrir sur une possibilité de réparation intégrale. Mais la plupart d'entre eux auraient également pu l'être sur le tableau 16 bis³⁶². Dans ce sens, ce tableau reflète l'exposition d'une majorité de patients, et, encore aujourd'hui, d'une majorité des salariés exposés³⁶³. D'autre part, se pencher sur cette révision, c'est s'intéresser à une séquence historique dans la vie de cette instance, antérieure au « scandale » de l'amiante et au conflit ouvert en 1990 sur le tableau des troubles musculosquelettiques étudié par Marc-Olivier Déplaud. Les débats ouverts en 1984 visant à modifier le tableau 16 – qui aboutissent à la création d'un tableau 16 bis – permettent d'observer le fonctionnement de cette commission au début de sa (nouvelle) mise en place, dans un contexte d'unité syndicale, en lien avec la dynamique de la nébuleuse évoquée précédemment. Enfin, s'intéresser à cette révision, c'est aussi poursuivre la trajectoire de ce tableau, entamée en 1938, et analyser les modalités de ses évolutions, à partir d'une nouvelle séquence d'archives de la commission spécialisée des maladies professionnelles.

3.1.1. Archives syndicales et « privées », ressources inappréciables pour l'histoire

Pour éclairer cette nouvelle séquence, un fonds d'archives a été entièrement dépouillé, celui de Jean-Claude Zerbib, représentant la CFDT à la CSMP depuis sa création jusqu'en 1998, et deux autres rapidement explorés, celui de Jean Hodebourg représentant la CGT à la CSMP et celui d'Henri Pézerat³⁶⁴, assistant la CGT de son expertise, dans ou hors du cadre du Collectif maladies et risques professionnels. Par la section CFDT des mineurs lorrains, il a également été possible d'accéder aux archives des Houillères du bassin de Lorraine (HBL) concernant la révision du tableau 16, conservées aux Centre des archives industrielles et techniques de la Moselle (CAITM)³⁶⁵.

Ces différentes sources, dont l'hétérogénéité permet de varier les angles d'analyse, ne peuvent toutefois prétendre à embrasser l'histoire de cette révision dans son entier, vu la place accordée aux archives du représentant de la CFDT au regard de celles des autres

³⁶² Émilie Counil et *al.*, « De la reconstitution des. », chap. cité, 2015, p. 242.

³⁶³ La première enquête SUMER relevait en 1987 que, « parmi les 27 produits ou types de travaux inscrits dans l'arrêté du 11 juillet 1977 et les plus fréquemment signalés, l'huile minérale arrive en premier, suivie par le benzène et le plomb ». Plus de 3 % de l'ensemble des salariés y étaient exposés, surtout en fonderie (24%), réparation et commerce automobile (14%), matériel de transport terrestre (12%) et construction mécanique (10%). Ministère du travail, *Bilan des conditions de travail 1987*, p. 110.

³⁶⁴ Parmi les dizaines de cartons d'archives du fonds Henri-Pézerat, il en reste de nombreux à explorer qui rendent compte de son activité, notamment au sein de la CSMP où il siégea au sein de la délégation de la CGT, aux côtés de Jean Hodebourg. Je remercie Annie Thébaud-Mony pour la confiance qu'elle m'a accordée en me permettant l'accès à ces archives et en me guidant dans leur inventaire.

³⁶⁵ A la disparition de Charbonnages de France fin 2007, le Conseil général de Moselle a acquis pour un euro symbolique le bâtiment de Saint-Avold. Dédié à l'histoire de la mine, le CAITM, géré par les Archives départementales de Moselle, possède les fonds des HBL mais aussi de certaines de ses filiales comme celles de la cokerie de Carling. Voir Pascal Even, « La sauvegarde de la mémoire de Charbonnages de France. Une priorité de la Direction des archives de France », *Documents pour l'histoire des techniques*, 2^e semestre 2008, en ligne sur <http://dht.revues.org/808> [consulté le 4 novembre 2017].

membres de la CSMP. De nature hybride parce que tout à la fois lié à son activité syndicale et à son isolement au sein de sa Confédération, le fonds d'archives de Jean-Claude Zerbib n'est pas conservé au service des archives de la CFDT mais au siège des mineurs lorrains CFDT, à Freyming-Merlebach, en Moselle³⁶⁶. Il comprend de nombreux comptes rendus officiels des séances de cette CSMP, dénommés « Relevés des observations » : soumis à l'approbation des membres de la CSMP d'une séance sur l'autre, ils ont pour eux valeur de procès-verbaux. Leur statut juridique demeure flou : en 2010 par exemple, le représentant du ministère du Travail ne savait pas encore s'ils pouvaient être considérés comme des documents de l'administration et, à ce titre, accessibles sur demande ou non [voir encadré ci-dessous]. Ils ne sont en tous cas pas diffusés dans l'espace public, et les débats internes à la CSMP demeurent ainsi placés sous le sceau d'une certaine discrétion. Une demande d'accès à ces comptes rendus adressée au président de la CSMP est restée sans réponse. Le fonds d'archives de Jean-Claude Zerbib permet de contourner cette difficulté d'accès. Considérant que les membres de cette instance paritaire sont tous désignés nommément par décret et que ces décrets sont accessibles, il n'a pas été procédé à l'anonymisation de leur identité.

Ce fonds d'archives comprend également des échanges de courriers et de documents avec d'autres membres de la CSMP, notamment avec Henri Pézerat et Jean Hodebourg. Il comprend surtout les comptes rendus des séances de la CSMP que Jean-Claude Zerbib a lui-même rédigés pour rendre compte de son mandat et susciter des dynamiques internes à la CFDT sur tel ou tel point à l'ordre du jour. Il s'agit, selon lui, de « prises de notes à la volée, reprises le soir même pour les mettre au propre³⁶⁷ » ; dactylographiés, ces comptes rendus étaient ensuite reproduits en une centaine d'exemplaires pour être diffusés par courrier postal. Si l'objectif de départ est celui d'une diffusion interne à la CFDT, ces comptes rendus sont rapidement adressés à l'ensemble de la représentation syndicale au sein de la CSMP et susceptibles d'être amendés par les uns ou les autres.

Il comprend enfin des courriers et documents, le plus souvent destinés à accompagner ces comptes rendus et cette fois à destination exclusive de ses camarades de la CFDT, dans lesquels peuvent se lire ses impressions personnelles et ses tentatives de construction d'une dynamique interne à son organisation syndicale sur la question des maladies professionnelles. Pour la période analysée ci-après, les archives mobilisées couvrent la période 1985-1992, soit vingt-six séances de la CSMP au cours desquelles le tableau 16 puis 16 bis – et 36 et 36 bis – dans leurs différentes variantes, ont été discutés.

³⁶⁶ À son départ en retraite et alors qu'il quitte la France pour s'installer à l'étranger, Jean-Claude Zerbib estime plus sûr de laisser ses cartons auprès des militants les plus impliqués sur cette question des maladies professionnelles au sein de son organisation et les confie au syndicat des mineurs CFDT de Lorraine à Freyming-Merlebach, auprès de la personne qui lui a succédé au sein de la CSMP pour représenter la CFDT, François Dosso. J'ai pu explorer ce fonds d'archives en me rendant à plusieurs reprises dans les greniers de ce syndicat dont je remercie vivement les membres – et particulièrement François Dosso – pour leur accueil et les conditions de travail qu'ils m'ont offertes, sans compter la visite du musée de la mine, les repas et les nombreux échanges.

³⁶⁷ Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015.

La CSMP : une arène de négociation très discrète

En 2010, un débat s'engage, à l'initiative d'un représentant de l'administration du travail, sur l'opportunité qu'il y aurait à transmettre aux membres des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRMMP), chargés d'instruire les dossiers qui ne correspondent pas exactement aux tableaux, les rapports scientifiques élaborés dans le cadre des travaux de la commission³⁶⁸. L'échange ci-dessous donne les arguments sur lesquels s'appuie la volonté de ne pas publiciser les rapports et comptes rendus issus de la CSMP, et témoignent du flou juridique dans lesquels sont placés ces documents.

M. [CFDT1] estime qu'il s'agit de documents scientifiques au service des personnes intéressées par la problématique des maladies professionnelles. Il est donc logique de les communiquer aux médecins conseils et aux CRRMP.

M. [administration du Travail] propose de vérifier les règles de communication des rapports scientifiques auprès de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA). Selon lui, l'administration est tenue de communiquer l'ensemble des pièces ayant fondé la décision de l'administration dont les rapports scientifiques, administratifs ou financiers, à partir du moment où la décision est devenue définitive.

[...] M. [Président de la CSMP] souligne par ailleurs qu'en pratique, il est facile d'obtenir la communication d'un document auprès des membres de la commission. [...] Il pense qu'il convient soit de diffuser largement les rapports scientifiques soit de ne pas les diffuser du tout. En effet, les acteurs pour lesquels la diffusion n'a pas été prévue solliciteront inmanquablement une communication. Il rappelle que la commission est chargée de trouver un consensus social sur les maladies indemnisées à partir des éléments du rapport scientifique. Toutefois, elle est parfois amenée à faire des choix arbitraires notamment si les données scientifiques sont insuffisantes. Les choix opérés par la commission pour la construction des tableaux pourraient donc facilement être contestés devant les tribunaux.

M. [MEDEF] pense que la communication des rapports scientifiques pose des difficultés importantes. À partir d'un rapport scientifique très ouvert, les membres de la commission bâtissent un tableau de maladies professionnelles dans une recherche de consensus. La diffusion des seuls rapports scientifiques sera source de contestations et de contentieux compte tenu de l'écart entre les rapports scientifiques et les tableaux. Aussi, il serait nécessaire, le cas échéant, d'assortir la communication de chaque rapport scientifique d'un document présentant les éléments d'arbitrage qui ont conduit à inclure ou non certains éléments du rapport dans le tableau. Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit que, si les CRRMP motivent leur avis par des références aux rapports scientifiques, cette pièce devra être communiquée à l'ensemble des parties en cas de contentieux. [...]

M. [CFDT 2] ajoute que la communication des comptes rendus de la commission pourrait également être envisagée. M. [CGPME] s'oppose à la publication des comptes rendus de la commission. Celle-ci conduirait en effet à stigmatiser les partenaires sociaux et remettrait en cause leur indépendance. M. [Président de la CSMP] considère que les comptes rendus constituent des documents de travail qui n'ont pas vocation à être publiés. [...] M. [CGT] [...] n'est pas opposé à la publication des comptes rendus de séance. Il pense par ailleurs que la publication des rapports scientifiques répond à une exigence de transparence. M. [CFDT 2] souscrit aux propos de M. [CGT]. Il considère en effet que les positions affirmées en commission des pathologies professionnelles font partie du débat public et doivent être communiquées une fois que la décision finale a été prise.

3.1.2. Une révision sous l'influence des monographies du CIRC

On se souvient des débats ouverts en 1926, à l'initiative de l'administration du Travail, autour du « cancer du goudron » et de l'adoption du tableau 16 qui ne survient qu'en 1938, au terme d'une sévère réduction du champ des substances prises en compte : seul le brai de houille est alors retenu, dans l'attente de nouvelles études que devait mener le

³⁶⁸ Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Commission des pathologies professionnelles, séance du jeudi 9 décembre 2010 [Archives privées].

docteur Agasse-Lafont en lien avec Gustave Roussy. *Exit* la famille des dérivés de la houille et du pétrole, pourtant retenue dans son entier par la Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles de 1934 qui mentionnait ensemble goudron, brai, bitume, huiles minérales, paraffine voire « tous les composés, produits ou résidus de ces substances³⁶⁹ ». Ce n'est qu'en 1972 que ce tableau connaît sa première modification qui étend la présomption d'origine au goudron et aux huiles « anthracéniques », issues de la houille et très peu raffinées³⁷⁰ : une épidémie de cancers cutanés a fait son apparition à partir des années 1960 chez des salariés ayant été exposés à ces « huiles de guerre », largement utilisées en France durant la période de pénurie pétrolière, entre 1940 et 1947.

Deux motifs principaux président, en 1984, à l'ouverture de nouvelles discussions visant à réviser ce tableau : d'une part, l'apparition récente chez des ouvriers mécaniciens de cancers cutanés dus, cette fois, non plus aux huiles minérales d'origine houillère, mais à celles d'origine pétrolière et, d'autre part, « la convergence de nombreuses enquêtes épidémiologiques qui mettent en évidence un excès de cancers broncho-pulmonaires et de cancers de la vessie dans divers secteurs industriels ayant pour point commun une exposition assez massive aux HAP contenus dans les dérivés de pyrogénéation de la houille³⁷¹ ». Plusieurs monographies évoquent même d'autres localisations cancéreuses, exclues d'emblée de la discussion, comme les voies aéro-digestives supérieures (VADS), les reins, le système digestif ou pancréatique. Ce n'est donc pas un, mais deux tableaux qu'il s'agirait de modifier, le 16 et le 36 créé en 1957³⁷² – correspondant aux « dermatoses professionnelles consécutives à l'emploi de lubrifiants et de fluides de refroidissement ». Au final, la révision du tableau 16 concerne donc quatre tableaux, puisqu'elle contribue aussi à la création de deux nouveaux, le 16 bis et le 36 bis.

L'initiative de cette révision en revient à l'administration, suite aux publications du CIRC et de l'OMS en 1984 et 1985, concernant le caractère cancérigène de ces produits³⁷³. Selon le médecin-chef des Charbonnages de France³⁷⁴, dans une note confidentielle qu'il adresse aux directeurs des Houillères, c'est même « depuis l'étude Llyod en 1971 sur la

³⁶⁹ Convention internationale sur la réparation des maladies professionnelles (n° 42), adoptée à Genève en juin 1934, ratifiée par la France en 1948. Les suies de combustion, soupçonnées par Percivall Pott dès la fin du XVIIIe siècle, ne sont inscrites dans l'intitulé du tableau qu'en 1988 : Décret n° 88-575 du 6 mai 1988 (JO du 7 mai 1988).

³⁷⁰ Décret n° 72-1010 du 2 novembre 1972 (JO du 9 novembre 1972).

³⁷¹ Annexe 4 « point sur les travaux de la sous-commission chargée de la modification du tableau 16 », au relevé des principales observations de la réunion du 6 décembre 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle [Archives JCZ].

³⁷² Décret n° 57-1430 du 26 décembre 1957 (JO du 9 janvier 1958).

³⁷³ IARC, Monographie n° 34, Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Polynuclear Aromatic Compounds, Part. 3, Industrial exposures in Aluminium Production, Coal Gasification, Coke Productions and Iron and Steel Founding, Lyon, juin 1984.

³⁷⁴ Lorsque l'État nationalise les compagnies minières en 1946, il crée en lieu et place de la multitude de compagnies minières privées, les Charbonnages de France, un « établissement public central » en charge du contrôle de neuf Houillères de Bassins, réduites à trois dans les années 1980 : le Nord-Pas-de-Calais (HBNPC), la Lorraine (HBL), le Centre et le Midi (HBCM) établissements publics régionaux dotés d'une large autonomie pour leur gestion interne, pour lesquelles il fixe les objectifs et coordonne leurs activités.

mortalité par cancer bronchique chez les hommes travaillant sur les fours à coke [que] le risque de cancérogénèse dans les cokeries françaises préoccupe les pouvoirs publics³⁷⁵ ». En juin 1985 s'amorce la première étape de la procédure mise en place pour créer ou réviser les tableaux, que Jean-Claude Zerbib présente ainsi dans un courrier explicatif à ses interlocuteurs de la CFDT :

« Lorsqu'un sujet est inscrit à l'ordre du jour, le secrétaire technique Jean-Luc Pasquier se met à la recherche d'un rapporteur capable d'animer un sous-groupe de travail et de présenter un dossier accompagné d'un projet de modification, d'adjonction ou de création d'un tableau de MP. Le rapporteur, généralement un professeur de médecine peut très bien écrire tout seul un dossier et le présenter en réunion plénière. Il peut aussi faire ce travail avec quelques membres de la commission. Lorsque le travail est terminé, la commission se prononce sur le dossier et sur le projet de tableau, qui est le point le plus crucial. C'est à ce moment qu'il faut être vigilant pour ne pas se faire enfermer par une liste limitée d'affections ou par une liste limitative de travaux par exemple³⁷⁶. »

Désigné rapporteur sur ce dossier, Jean-Claude Limasset, ingénieur à l'INRS, est chargé en juin 1985 de mettre en place et d'animer un groupe de travail auquel il lui est demandé d'adjoindre les représentants des industries concernées. Participent notamment aux « travaux de la sous-commission chargée de la modification du tableau 16³⁷⁷ », des médecins représentant Rhône Poulenc, Aluminium Pechiney, Esso, les Charbonnages de France-chimie, auxquels s'adjoit un autre médecin pour les Houillères du bassin de Lorraine³⁷⁸.

3.1.3. Une dynamique syndicale ou l'effet « nébuleuse »

Le travail au sein de cette instance paritaire se déroule dans un contexte structurel d'inégalités des forces et des moyens entre « partenaires sociaux » que sont les représentants patronaux et syndicaux : dans ce sens, « la commission spécialisée des maladies professionnelles se caractérise bien par une opposition très marquée entre "deux blocs d'intérêt" aux ressources inégales [...] dans une arène où l'expertise est une ressource fondamentale³⁷⁹ ».

Au registre de ses ressources, la composante patronale peut d'abord compter sur son extrême stabilité au fil du temps : la représentante du CNPF siégeait déjà à la CHI, avant 1976, le représentant de la CGPME est toujours présent en 2017 dans les instances

³⁷⁵ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, confidentiel, nuisances en cokerie, adressée au directeur général des Hbpnc et au directeur général des HBL, Paris, le 12 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

³⁷⁶ Jean-Claude Zerbib à Jacques Dezeure, 20 janvier 1986 [Archives JCZ].

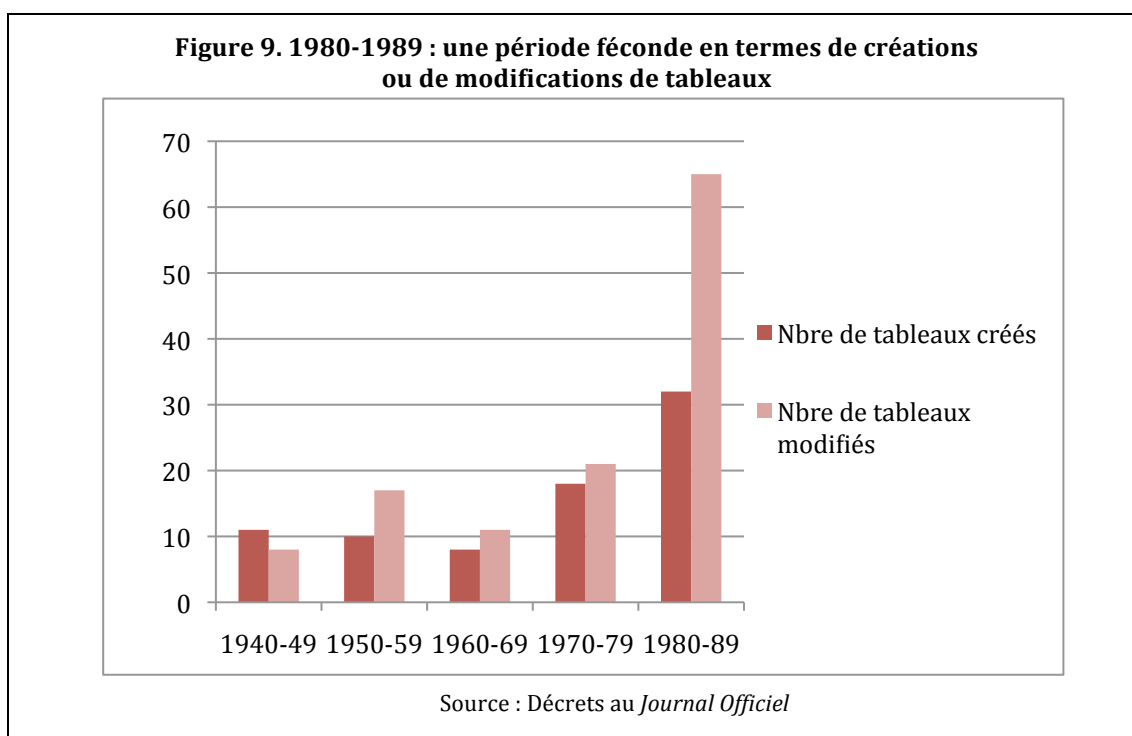
³⁷⁷ Annexe 4 « point sur les travaux de la sous-commission chargée de la modification du tableau 16 », au relevé des principales observations de la réunion du 6 décembre 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPPR, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle [Archives JCZ].

³⁷⁸ Docteur Amoudru, médecin-chef des Charbonnages de France, lettre à M. Limasset, INRS, Paris, le 11 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

³⁷⁹ Marc-Olivier Déplaudé, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, 2002, p. 35.

concernées. Il est d'ailleurs possible d'emprunter des éléments de sa description aux travaux de Marc-Olivier Déplaud, quand bien même ils portent sur une période ultérieure³⁸⁰. Constituée de trois personnes³⁸¹, cette équipe se caractérise tout à la fois par l'importance des ressources qu'elle peut mobiliser, par la communauté de ses positions et par une véritable division et complémentarité des rôles, entre le champ juridique, médical et politique. Le CNPF est ainsi représenté par deux « techniciens », une juriste, Mme Fauchois, directrice du service de Sécurité sociale de l'UIMM, composante patronale qui possède « les ressources matérielles et intellectuelles les plus grandes » et un médecin-conseil d'entreprise et toxicologue, le docteur Aubrun. Le représentant de la CGPME, le docteur Thillaud se définit quant à lui comme un « syndicaliste de la cause patronale ».

Dans ce cadre qui lui est structurellement défavorable, la représentation salariée étudiée durant cette décennie parvient à mener l'offensive, notamment sur la question des cancers professionnels. Appuyée sur une partie de la nébuleuse évoquée précédemment, la dynamique unitaire qu'elle met en place au sein de la CSMP est à la naissance de l'une des périodes les plus fécondes en nombre de créations ou d'extensions de tableaux.



³⁸⁰ *Ibid.*, p. 25 et suivantes. Les citations qui suivent en sont issues, sauf mention contraire.

³⁸¹ Il existe également un représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA) mais son nom n'apparaît dans aucun des comptes rendus de séance que j'ai pu lire.

3.1.3.1. *Des protagonistes relativement isolés au sein de leur confédération*

La CGT y est représentée par Jean Hodebourg, membre du CSPRP depuis 1980³⁸², et la place réservée à la CFDT est confiée sur sa requête à Jean-Claude Zerbib. Tous deux évoquent dans leurs témoignages le fait de n'être guère soutenus par leur confédération respective³⁸³.

Membre du bureau confédéral de la CGT et responsable de 1969 à 1979 du secteur santé, Sécurité sociale, retraités – « un secteur très gros, avec tout ce qui avait trait aux relations de travail et à la Sécurité sociale » –, Jacqueline Buhl-Lambert relate qu'elle a plus appris sur ces questions lors de l'élaboration du rapport Buhl-Lambert qu'au cours de ses dix années de responsabilité au sein de sa confédération. La question des conditions de travail relève alors plus souvent du secteur économique et l'axe revendicatif de la CGT concernant la Sécurité sociale ignore totalement la branche AT-MP³⁸⁴ : ce qui compte alors, c'est la bataille pour la gestion des caisses, contre le déremboursement des soins et traitements, la hausse du ticket modérateur, le forfait hospitalier.

« On a fait des débats sur la défense et le financement de la Sécurité sociale, sur les retraites, on soutenait que c'était du salaire différé contre le discours des "charges sociales", on s'est aussi bagarré sur les élections au sein des caisses, mais rien sur la prise en charge de la réparation ou de la prévention. L'*a priori* du CNPF était même rentré dans la tête de certains administrateurs, certaines maladies professionnelles ne doivent pas être reconnues parce que ça coûte trop cher... » [Entretien avec Jacqueline Buhl-Lambert, mars 2015]

À la différence de la délégation patronale, ces représentants des salariés ne peuvent donc guère compter sur leur organisation syndicale et ne bénéficient pas d'un temps plein sur ces questions, ni d'une expérience dans ces instances. Plus encore, loin de constituer d'emblée un front uni, ils sont marqués par les divergences de leurs organisations respectives. En ces premiers mois d'exercice, Jean-Claude Zerbib relate ainsi à destination de sa liste de diffusion interne à la CFDT que la CGT aurait été, lors d'une séance de la CSMP, « agressive bien au-delà du nécessaire. Il semble bien que mars 1986 va se préparer à tous les niveaux³⁸⁵ ». Évoquant les élections législatives à

³⁸² M. Jean Hodebourg (CGT) est nommé membre du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels à compter du 23 avril 1980, en remplacement de M. Claude Souvignet, arrêté du 16 mai 1980, JO du 31 mai 1980, numéro complémentaire page 4812.

³⁸³ Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015. Près de quinze ans plus tard, la situation semble identique, si l'on en croit le témoignage d'un représentant CFDT à la commission spécialisée des maladies professionnelles recueilli en 2001 par Marc-Olivier Déplaud, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, p. 31.

³⁸⁴ Jean Hodebourg relève par exemple qu'un membre du bureau confédéral de la CGT a déclaré que « les accidents du travail coûtent à la Sécurité sociale » et s'inquiète pour la formation des administrateurs des caisses : « Si, comme souvent c'est le cas actuellement, ils ignorent le système de tarification des maladies reconnues comme liés au travail, ils ne lutteront pas, pas à pas, pour faire reconnaître de nouvelles maladies à caractère professionnel. [...] Je ne parviens pas à comprendre pourquoi des choses aussi simples passent continuellement à la trappe. » Fédération des travailleurs de la métallurgie, secteur prévention, lettre de Jean Hodebourg à Alain Obadia, le 7 octobre 1983 [Fonds d'archives Jean Hodebourg, ISH-CGT].

³⁸⁵ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 octobre 1985, p. 1 [Archives JCZ].

venir, il dénonce « cette attitude [qui] risque de bloquer toute modification réglementaire dans les 5 mois à venir³⁸⁶ ».

3.1.3.2. *La force de la mise en réseaux*

Toutefois, un travail collectif se met peu à peu en place. Il se concrétise notamment par des échanges d'information et de documentation ayant lieu principalement entre les représentants de la CGT et de la CFDT et l'existence de compte rendus qui, rédigés par Jean-Claude Zerbib et relus et amendés par les autres représentants syndicaux des salariés, jouent un rôle fédérateur et construisent une trace commune à leurs interventions.

« La première fois que j'ai participé à la commission MP, Jean Hodebourg se moquait de la CFDT. Je lui ai dit que ce n'était pas très intéressant comme démarche, que c'était mieux de construire ensemble, on est devenus les meilleurs amis du monde. On a entretenu en tous cas des bonnes relations de confiance. FO, c'était Cabasson, médecin-conseil d'une caisse en Seine et Marne. La CGC et la CFTC, ça allait. C'était bien, on était une super équipe ! Quand on faisait une lettre, on signait tous les syndicats. » [Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015]

De même, il est possible de retrouver trace de plusieurs manifestes ou déclarations signés de façon unitaire, et d'observer comment chacun à sa mesure, tente de mobiliser ses propres réseaux dans un objectif commun.

Ainsi, au sein de la CFDT, Jean-Claude Zerbib initie en 1985 la construction d'une commission « maladies professionnelles », « chargée de coordonner les données syndicales, techniques et scientifiques sur les maladies professionnelles afin d'orienter les créations ou modifications de tableaux, de bâtir le dossier CFDT pour les tableaux choisis, de rédiger les moyens d'information sur les tableaux en général et certains d'entre eux en particulier³⁸⁷. » Deux principaux thèmes de travail sont d'emblée retenus, les cancers professionnels et les risques psycho-sociaux. À côté de responsables de fédérations ou d'unions régionales, un groupe se forme avec la participation d'acteurs institutionnels – Jean-Luc Pasquier, chef du bureau CT4, Jean-Claude Limasset à l'INRS, Philippe Grenouillet ingénieur CNRS – ou mandatés dans d'autres instances de prévention, comme André Thiollent administrateur à la CNAM, Jean Metzger et Gérard Loret, administrateurs à l'INRS, et Raymond Juin, représentant la CFDT au CSPRP, tous trois membres du groupe GP-Tox. Si l'animation du groupe repose sur Jean-Claude Zerbib, sa responsabilité relève de Michel Le Tron³⁸⁸, permanent confédéral CFDT qui dirige alors le secteur travail entreprise. Ce projet de commission ne parvient pas, semble-t-il, à

³⁸⁶ Jean-Claude Zerbib à [liste de correspondants internes à la CFDT], 23 octobre 1985 [Archives JCZ].

³⁸⁷ Jean-Claude Zerbib à [liste de participants], création éventuelle d'une commission « maladie professionnelle » CFDT, 27 février 1986 [Archives JCZ].

³⁸⁸ Michel Le Tron au groupe de travail « maladies professionnelles », compte rendu des réunions du 30/04/1986 et 25/06/1986, 1^{er} juillet 1986 [Archives JCZ].

perdurer au-delà de premières réunions ; les archives en tous cas n'en donnent plus trace au-delà de juillet 1986. Néanmoins ce premier groupe de travail informel constitue les bases d'une liste de diffusion qui va ensuite s'élargir « à qui le souhaite³⁸⁹ ».

Quant à Jean Hodebourg, il parvient lui aussi à s'appuyer sur un réseau, toutefois plus en marge des institutions. Par sa fréquentation du CNAM à la fin des années 1970, il est resté en contact avec de nombreux chercheurs. Il relate ainsi dans un entretien : « En général, j'y ai beaucoup appris par des données, des études, et établi des contacts qui m'ont servi par la suite à développer notre formation à la CGT, dans les journées d'étude, dans les CHSCT³⁹⁰. » Il se construit une connaissance empirique sur les risques grâce aux échos du terrain, qui lui parviennent d'équipes syndicales ou de médecins du travail syndiqués, comme Dominique Huez. Sa rencontre, à la même époque, avec le chercheur et toxicologue Henri Pézerat – « On a commencé à faire des journées d'étude qui remontent à 1978, sur les fumées de soudage, les cancers » – est déterminante dans les formes que prend ensuite sa participation à la CSMP. C'est en binôme avec celui qui se définit comme « chercheur militant scientifique³⁹¹ », au titre d'expert mandaté par la CGT, que Jean Hodebourg siège en effet durant plusieurs années au sein de la commission. S'adjoignant le soutien de ce chercheur, il bénéficie dans le même temps de l'apport des dynamiques collectives qui se construisent au sein du Collectif maladies et risques professionnels d'abord, puis de l'ALERT à partir de 1986. Le mathématicien Alain Lascoux, co-fondateur du Collectif Jussieu contre l'amiante, et le professeur de médecine du travail Philippe Davezies³⁹², tous deux membres du CMRP, siègent aussi par intermittence à la commission, au titre de la représentation CGT, tout comme le médecin Dominique Huez. Créée en 1986 à l'initiative de Henri Pézerat et d'André Cicollella, l'ALERT, qui place la question des cancers professionnels au cœur de son programme d'activité³⁹³, rassemble quant à elle les différents réseaux professionnels et d'affinité qui ont participé à la rédaction du livre sur *Les risques du travail*. Jean Hodebourg parvient ainsi à mettre en discussion au sein de la CSMP un manifeste élaboré par le Comité maladies et risques professionnels³⁹⁴, fruit d'une réflexion sur la

³⁸⁹ Entretien avec Jean-Claude Zerbib, mars 2015.

³⁹⁰ Michel Pottier et Christian Lascaux, « Entretien avec Jean Hodebourg », 2002, *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, accessible sur <http://ergonomie-self.org/ergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/> [consulté le 3 décembre 2016].

³⁹¹ « Participer à la lutte contre les risques implique l'intervention d'un nouveau type de militants que Nicolas Dodier a appelé des militants scientifiques. Ce concept me semble plus riche et plus approprié que celui de lanceur d'alerte. Il ne suffit pas en effet de crier "au loup" pour être entendu par les médias et les mouvements sociaux. Encore faut-il être crédible et capable de faire face à l'armée d'experts chargés par les institutions et les industriels de prêcher l'innocuité des produits ou l'incertitude sur leurs effets. » Henri Pézerat, *Risques, sciences et...*, autobiographie citée, 2008, p. 132-133.

³⁹² Relevé des principales observations de la réunion du 27 octobre 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSMP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 9 [Archives JCZ].

³⁹³ Source : <http://andeva.free.fr/andeva/ALERT.htm> [consulté le 27 février 2015].

³⁹⁴ *La réparation des cancers professionnels*, Collectif maladies et risques professionnels et Fédération de la métallurgie CGT, 15 octobre 1985, texte manuscrit [Archives JCZ]. En fait, ce texte avait vocation à être aussi signé par d'autres organisations syndicales. Henri Pézerat l'adresse en amont à Jean-Claude Zerbib, accompagné par ces mots : « Je souhaite qu'il y ait

question des cancers professionnels amorcée au sein du Collectif intersyndical Jussieu, au milieu des années 1970.

Présente au sein de la CSMP en tant que personne qualifiée, la Fédération nationale des mutilés du travail (FNMT) représente par ailleurs un allié de poids : en matière de réparation des maladies professionnelles, le responsable juridique de l'association, Marc Soulas, a développé une véritable expertise juridique. Dans ce contexte, sans plus de moyens que ceux qu'ils sont capables de se créer, les représentants syndicaux au sein de la commission portent les demandes d'extension de tableaux, selon un mode de répartition qui semble dépendre des demandes internes à leur réseau et des forces et argumentaires qu'ils sont en mesure de mobiliser. Par exemple, la délégation CGT est ainsi fortement mobilisée pour obtenir la reconnaissance du cancer du mineur de fer ou celui du mineur d'arsenic³⁹⁵, quand la délégation CFDT s'investit particulièrement pour la reconnaissance du « cancer du cokier ».

3.1.3.3. Le « cancer des cokiers », une campagne portée par la base

À l'extérieur de la CSMP, la revendication de la reconnaissance du « cancer des cokiers » en maladie professionnelle est l'objet d'une vaste campagne, impulsée dès le début des années 1980 par l'Union régionale interprofessionnelle (URI-CFDT) de Lorraine, avant de s'étendre aux aciéries de Fos-sur-Mer et de Dunkerque, par l'intermédiaire de la Fédération générale de la métallurgie et des mines (FGMM) de la CFDT. Elle trouve sa genèse dans des contacts et des formes d'action noués au lendemain de la catastrophe minière survenue en 1976 à Freyming-Merlebach, en Moselle³⁹⁶. Des membres de l'antenne lorraine du CLISACT viennent à cette occasion distribuer des tracts aux mineurs à la sortie des puits de mine mais, se souvient l'un de ces mineurs, « ça ne pouvait pas marcher, ils étaient trop extérieurs à nous³⁹⁷ ». Lucien Privet se souvient :

« Le CLISACT était venu mais, sans passer par le canal syndical, il n'y avait pas moyen de toucher les mineurs. André Cicollella a alors créé une section CFDT à l'INRS où il travaillait et il est vite devenu responsable sécurité et conditions de travail à l'URI Lorraine³⁹⁸. »

Ainsi commence le lancement en Lorraine de grandes enquêtes sur la santé des travailleurs – dites « enquête participation³⁹⁹ » ou « enquête sensibilisation », dans le double objectif d'identifier qualitativement et quantitativement les conséquences

convergence sur ce projet, pour l'instant le texte ci-joint est celui du CRMP... il sera probablement accepté par la FD métaux CGT. » Lettre de Henri Pézerat à Jean-Claude Zerbib, non daté, vraisemblablement octobre 1985 [Archives JCZ].

³⁹⁵ Annie Thébaud-Mony, « Science asservie et... », art. cité, 2017.

³⁹⁶ Le 30 septembre 1976, au puits Vouters, à Freyming-Merlebach, un incendie se déclare au fond, à plus de 1 000 mètres de profondeur, suivi d'une explosion, qui causent la mort de seize mineurs, dont les corps n'ont jamais pu être remontés.

³⁹⁷ Échanges avec D., juillet 2013.

³⁹⁸ Entretien avec Lucien Privet, septembre 2017.

³⁹⁹ Lucien Privet, *Les conditions de travail et de santé dans les mines de charbon du bassin de Lorraine. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 287 ouvriers du fond*, thèse pour le doctorat de médecine, Université de Nancy I, 1986.

sanitaires du travail et de sensibiliser les travailleurs concernés à cette question. Ces initiatives sont donc d'abord menées au titre du CLISACT avant de l'être au titre de l'Union régionale interprofessionnelle CFTD, à partir du début des années 1980. La première d'entre elles concerne les mineurs des Houillères du bassin de Lorraine. Menée entre 1977 et 1979, au cours de campagnes de porte-à-porte et de réunions collectives, elle parvient à reconstituer précisément l'activité réelle de travail des 393 mineurs interrogés, met en lumière l'importance de leurs problèmes respiratoires tout en identifiant les temps, les formes et les lieux de l'empoussièremment pour envisager leur prévention. Elle rend visible non seulement l'importance de la silicose, mais aussi celle de la pneumoconiose du mineur de charbon et surtout celle de la bronchite chronique obstructive professionnelle, généralement sous-évaluée, et dont « l'évolution est inéluctable vers un trouble ventilatoire obstructif et une insuffisance respiratoire⁴⁰⁰ ». Ces résultats, analysés dans la thèse de médecine de Lucien Privet, servent de point d'appui pour revendiquer ensuite au sein de la CSMP l'inscription de cette pathologie au tableau de maladie professionnelle⁴⁰¹.

C'est ensuite à l'initiative de l'URI-CFTD de Lorraine que démarre une autre enquête-sensibilisation auprès de travailleurs du textile soumis aux poussières de coton, de chanvre ou de lin et sujets à la byssinose⁴⁰² – ou « Brown Lung » aux États-Unis –, une pathologie respiratoire déjà repérée par Bernardo Ramazzini, dont les premiers symptômes sont inscrits aux tableaux de maladies professionnelles en 1989⁴⁰³. Au bénéfice d'une subvention accordée par le Comité régional de promotion de la santé, instance créée par Jack Ralite alors qu'il est ministre de la Santé, l'URI CFTD peut recruter au début des années 1980 Lucien Privet qui joue notamment le rôle de « médiateur entre l'univers syndical et le monde médical⁴⁰⁴ ». Il enrichit l'activité du pôle sécurité et conditions de travail en élaborant dès 1983 des sessions de formation aux techniques de l'enquête épidémiologique en direction des militants pour qu'ils puissent entamer par eux-mêmes de telles enquêtes et « soutenir un échange avec les médecins du travail⁴⁰⁵ », plus ouverts à l'échange avec un confrère qu'avec un travailleur.

C'est dans ce contexte que la mobilisation contre le « cancer des cokiers » prend sa place. Repérant en 1982 les résultats d'une étude épidémiologique menée en Grande-Bretagne

⁴⁰⁰ *Ibid.*

⁴⁰¹ La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) du mineur de charbon est inscrite aux tableaux des maladies professionnelles depuis 1992 (tableau 91), celle du mineur de fer depuis 1996 (tableau 94).

⁴⁰² La byssinose survient en général plus de 10 à 15 ans après les expositions aux fibres végétales et n'est pas facilement décelable. La campagne d'information se mène également dans le bassin textile du Nord Pas de Calais. Le journal régional de France 3 en rend compte, l'occasion d'apercevoir les conditions de travail dans le secteur du textile, une archive accessible sur <http://sites.ina.fr/la-manufacture/focus/chapitre/2> [consulté le 30 octobre 2017].

⁴⁰³ La byssinose est reconnue en maladie professionnelle dès 1941 en Grande-Bretagne et dès 1976 aux États-Unis. En France, seul le syndrome respiratoire obstructif aigu, première manifestation de la byssinose, est inscrit au tableau 90, en lien avec les poussières végétales, depuis 1989.

⁴⁰⁴ Francis Whyte, « Cancer du cokier. Des militants lorrains mènent l'enquête », *Syndicalisme*, du 20 au 26 août 1987, p. 6.

⁴⁰⁵ *Ibid.*

auprès de 80 000 sidérurgistes, dont 8 000 cokiers, qui confirme leur importante surmortalité par cancer broncho-pulmonaire, André Cicollela et Lucien Privet organisent une rencontre des militants CHSCT des quatre cokeries de la région Lorraine avant de l'élargir, en 1986 aux représentants CFDT de l'ensemble des huit cokeries françaises. En parallèle, les militants de la cokerie de Sermerange en Moselle, formés aux techniques d'enquête épidémiologique, entament une première étude, animée par Gilles Skomski.

Les travaux sur le cancer des cokiers et la révision en cours du tableau 16 bis alimentent les travaux de la commission « maladies respiratoires » de la FGMM⁴⁰⁶ où s'échangent des informations provenant de différents sites. Ainsi, un délégué CHSCT fonte à l'entreprise Solmer à Fos-sur-Mer écrit au ministre de la Santé Edmond Hervé pour lui signaler que six salariés d'un atelier de cokerie sur un effectif de douze sont atteints « d'une maladie grave » ainsi qu'un salarié fondeur des hauts fourneaux. Il met en cause l'exposition au benzo(a)pyrène dont les taux « dépassent largement la valeur limite de concentration dans l'air ». Il demande l'application de mesures de prévention et la reconnaissance « de la maladie de cancer due à l'exposition au benzo(a)pyrène, celle-ci [étant] déjà reconnue comme maladie professionnelle dans d'autres pays⁴⁰⁷ ».

S'ils sont relativement isolés au sein de leur confédération, les représentants syndicaux des salariés peuvent toutefois compter sur des formes d'expertise déployées dans et hors de leur organisation. Ils sont ainsi moins démunis au sein de la CSMP, dans le face-à-face avec les représentants d'employeurs.

3.2. Une bataille de dix ans : les formes patronales de freinage

Sans doute l'administration n'a-t-elle pas prévu, en proposant la révision du tableau 16, que le dossier prendrait des années avant d'aboutir. Le docteur Amoudru, vice-président de la commission et médecin-chef aux Charbonnages de France, écrit lui-même, dans une adresse aux directeurs des houillères les pressant de se positionner : « Sous une forme ou une autre, il est fort probable qu'il sortira dans l'année 1986⁴⁰⁸. » Le tableau chronologique en annexe rend compte des différentes séances au cours desquelles les discussions sur ce tableau ont lieu et les motifs de report d'une séance à l'autre. Il est possible de mesurer au fil du temps la contraction opérée sur le projet initial présenté par Jean-Claude Limasset, de l'INRS. Il s'agit en 1985 d'inscrire la

⁴⁰⁶ Jacques Dezeure, à membres de la commission maladies respiratoires, 7 février 1986 [Archives JCZ].

⁴⁰⁷ Fédération de la métallurgie CFDT, syndicat de la métallurgie de Fos et de l'étang de Berre, Bernard Koerperich, délégué CHSCT Fonte et délégué du personnel au service préparation des charges à l'entreprise Solmer à Fos sur mer, à M. Edmond Hervé, ministre de la Santé, 11 septembre 1985, pièce jointe à l'envoi de Jacques Dezeure, à membres de la commission maladies respiratoires, 7 février 1986 [Archives JCZ].

⁴⁰⁸ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, confidentiel, nuisances en cokerie, adressée au directeur général des HBPNC et au directeur général des HBL, Paris, le 12 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

pathologie broncho-pulmonaire dans le tableau 16, avec un délai de prise en charge de 40 ans et sans mention de durée d'exposition. La liste des travaux concernée inclut, dans le secteur de la cokerie, « les travaux exposant aux produits précités dans les fours à coke ». En 1991, et après plusieurs revirements et conflits, il est acté que la maladie doit être « médicalement caractérisé », le délai de prise en charge est réduit à 30 ans, une durée d'exposition (de 10 ans) est exigée pour la première fois dans un tableau concernant les cancers et la liste des travaux concernant la cokerie est réduite aux « travaux du personnel de cokerie directement affecté à la marche et à l'entretien des fours ».

Il est d'abord question de créer un tableau bis, spécifique aux pathologies cancéreuses, puisque les produits dérivés de la houille se révèlent en cause pour trois localisations, la peau, le système broncho-pulmonaire et la vessie. Et puisqu'il s'agit de cancer, la délégation patronale exige et obtient que la liste des travaux soit limitative et non plus indicative comme c'était le cas jusqu'à présent dans une majorité de tableaux. Elle invoque pour ce faire des textes réglementaires divisant les maladies professionnelles en trois familles, après que la juriste de l'UIMM « a recherché les raisons historiques⁴⁰⁹ » et évoqué une « circulaire de 1958 » dont la référence n'est jamais donnée. En réalité, le Code de la Sécurité sociale distingue les affections présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action d'agents nocifs, les infections microbiennes et enfin les affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières et prévoit que la liste des travaux soit indicative pour la première catégorie et limitative pour les deux autres. La pathologie cancéreuse remet en cause cette distinction, trouvant son origine en lien avec un agent ou, lorsqu'il n'est pas identifié, une ambiance de travail. Les rayonnements ionisants et l'amiante avaient jusqu'alors été classés en agent davantage qu'en ambiance et la liste était donc indicative. Une nouvelle doctrine s'impose dans la commission, promue par le docteur Amoudru qui « rappelle que la liste des travaux est définie de façon limitative lorsque l'affection est multicausale et que seules les circonstances industrielles de son apparition sont connues avec certitude ; en revanche, la liste est indicative lorsque l'agent en cause est parfaitement défini et qu'il y a lieu de penser qu'il induira la maladie partout où il sera présent⁴¹⁰. »

L'épithélioma primitif de la peau, inscrit au tableau 16 depuis 1938, bascule donc d'un tableau vers l'autre et d'une liste indicative des travaux à une liste limitative, en dépit d'une vive résistance des représentants syndicaux. Il disparaît même un temps du champ de la réparation, puisque absent du nouveau tableau 16 adopté par la commission en 1986, il ne figure toutefois pas encore dans le tableau 16 bis, objet de négociations extrêmement conflictuelles. C'est ainsi qu'en 1988, l'administration est

⁴⁰⁹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu [manuscrit] de la réunion du 28 février 1986 de la CSMP [Archives JCZ].

⁴¹⁰ Relevé des principales observations de la réunion du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 3 [Archives JCZ].

contrainte, à titre conservatoire, de créer par décret un tableau 16 bis limité à cette seule localisation « pour combler le vide juridique⁴¹¹ ». Les discussions qui suivent s'engagent alors autour d'un projet de tableau 16 ter, marquant encore davantage la volonté patronale de faire de la localisation broncho-pulmonaire une exception.

Lorsqu'enfin les différentes composantes de la commission s'accordent sur un projet de tableau incluant cette localisation en 1989, à condition d'une exposition d'au moins dix ans comme l'exige la délégation patronale, c'est le décret lui-même qui tarde à être promulgué, tant et si bien que Jean-Claude Limasset peut encore présenter deux ans plus tard de nouvelles études épidémiologiques correspondant aux travaux d'épandage de goudron, en vue d'élargir la liste des travaux déjà négociée.

Pour finir, le décret consacrant l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans le tableau 16 bis fait l'objet, à peine promulgué, en septembre 1991⁴¹², d'un recours devant le Conseil d'État à l'initiative de l'association ALERT⁴¹³, pour « excès de pouvoir », et d'un autre de la FNATH, comme les pages suivantes en rendront compte. Et ce n'est qu'en 1995 qu'un nouveau décret fixe la désignation de la maladie en « cancer broncho-pulmonaire primitif⁴¹⁴ », suite à l'arrêt rendu par le Conseil d'État condamnant la mention précédente⁴¹⁵.

Au cours de ces dix années de « négociation », il est possible d'observer les principales formes patronales d'obstruction ou de freinage, toutes indissociables : douter des études produites et en demander de nouvelles (1), créer du conflit et gêner le rythme des travaux pour gagner du temps (2), et enfin restreindre l'impact financier de la réparation en imposant des critères extrêmement étroits (3). Comme le pressent Jean-Claude Zerbib à l'adresse de sa liste de diffusion, dès le moment où la négociation s'ouvre : « Le représentant des PME pense que le parcours du combattant constitué par certains tableaux n'est pas suffisant et se propose d'ajouter quelques obstacles pour être sûr que personne n'arrive au bout⁴¹⁶. »

3.2.1. Imposer la « preuve » par l'épidémiologie

La résistance patronale consiste d'abord, sous prétexte de rigueur, à contester la revue bibliographique à l'appui de laquelle est demandée la révision des tableaux 16 et 36. Dès la présentation en séance du premier rapport élaboré par Jean-Claude Limasset, dans le

⁴¹¹ Relevé des principales observations de la réunion du 27 mars 1987, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 2 [Archives JCZ].

⁴¹² Décret n° 91-877 du 3 septembre 1991.

⁴¹³ Recours devant le Conseil d'État du 31 octobre 1991. Ce recours est signé de Jacques Brugère, cancérologue, président de l'ALERT, et Annie Thébaud-Mony, sociologue, vice-présidente.

⁴¹⁴ Décret n° 95-1196 du 06/11/1995. JO du 10/11/1995

⁴¹⁵ Arrêt du Conseil d'État en date du 10 juin 1994.

⁴¹⁶ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 14 juin 1985, p. 1 [Archives JCZ].

cadre d'un groupe de travail constitué notamment des représentants des principales entreprises concernées, le docteur Amoudru monte au créneau. Le relevé d'observations établi par le bureau CT4 relate ainsi qu'il « signale qu'il n'est pas d'accord sur les divers travaux sur lesquels s'est appuyé M. Limasset⁴¹⁷ ». Dans son propre compte rendu, Jean-Claude Zerbib note que, « d'ordinaire très coopératif, Amoudru a été, pour la première fois, très hargneux⁴¹⁸. »

L'entreprise publique est en effet particulièrement concernée par ce projet d'extension du champ de la réparation qui vise « les batteries de fours coke, les usines à gaz, les installations de distillation des goudrons et de conditionnement des goudrons, huiles et brais, les fabriques d'agglomérés de houille⁴¹⁹ ... ». L'industrie de transformation du charbon et notamment les cokeries, où se réalise la combustion de la houille, figurent au rang des secteurs les plus exposés aux HAP. Au motif que cette industrie n'a pas participé au groupe de travail, le président de la commission demande un premier report, invitant Jean-Claude Limasset à se rapprocher également de l'industrie pétrolière.

Tout au long des années suivantes, l'argument de la nécessité d'attendre de nouvelles études revient en permanence dans les interventions des représentants patronaux. L'un souhaite attendre « les études en préparation du CTN de la métallurgie⁴²⁰ » et un autre, sur un registre davantage moralisateur, explique que « certains chercheurs sont mécontents du fait que l'on ne tienne pas compte de leurs travaux en cours, aussi ne faut-il pas précipiter les choses⁴²¹ ». Jusqu'en 1991, alors qu'un premier projet de tableau a été adopté par la commission, une troisième, profitant que le décret n'ait pas encore été publié, demande un nouveau report au prétexte d'une étude en cours pour laquelle il faut attendre les résultats. Jean-Claude Zerbib intervient alors pour dénoncer une attitude « scandaleuse et révoltante pour les victimes » et dire combien il est « scandalisé par cette pratique qui consiste à toujours renvoyer à plus tard dans l'attente d'une nouvelle étude, car il y en a toujours de mises en œuvre⁴²² ».

Par son exigence d'études, la délégation patronale entend parvenir à imposer un registre exclusif de preuve, au détriment des travaux en recherche expérimentale et en toxicologie. Elle s'oppose ainsi à « l'inscription de travaux pour lesquels aucune étude

⁴¹⁷ Relevé des principales observations de la réunion du 6 décembre 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 12 [Archives JCZ].

⁴¹⁸ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 6 décembre 1985, p. 6 [Archives JCZ].

⁴¹⁹ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, Nuisances en cokerie et usines d'agglomération, adressée au directeur général des HBPC, des HBL, des HBGM, Paris, le 12 juin 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁴²⁰ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

⁴²¹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 octobre 1985, p. 5 [Archives JCZ].

⁴²² Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 mars 1991 [Archives JCZ].

épidémiologique n'est connue⁴²³ » jusqu'à rejeter le programme confié à la CSMP pour l'année 1986 puis renouvelé en 1987, consistant à étudier la création de tableaux liés à cinq produits cancérigènes. Cette position intransigeante et à rebours des argumentaires développés notamment par le CIRC, suscite une réaction agacée de la part du président de la commission, pourtant souvent complaisant à l'égard des revendications patronales :

« Nous avons la certitude de la cancérigénicité animale. L'homme est, que je sache, un animal. Si nous refusons la réparation sur le seul constat de l'absence de données épidémiologiques, on ne pourra pas faire grand chose⁴²⁴. »

Sans prendre la forme aussi caricaturale que celle des propos du docteur Thillaud selon lesquels « l'homme n'est pas un gros rat. La peau du rat ou de la souris ne reflète pas la situation de l'homme⁴²⁵ », la question des difficultés à transposer les résultats de l'animal vers l'homme est constamment posée, relayée parfois par des personnes extérieures à la représentation patronale, comme le professeur Sylvain Dally, toxicologue et rapporteur d'un projet de tableau portant sur le chloroforme, pour lequel « il ne faut indemniser que lorsque le cancer est prouvé pour l'homme⁴²⁶ ».

Dans les débats portant sur l'inscription du cancer broncho-pulmonaire, la délégation patronale tend ainsi à transformer l'approche probabiliste au fondement de l'épidémiologie en principe de certitude. Elle participe à l'établissement d'une hiérarchie dans l'administration de la preuve, faisant dire à Jean Hodebourg de la CGT : « On ne peut qu'analyser la position du CNPF comme souscrivant à l'expérimentation humaine⁴²⁷ », intervention que le docteur Thillaud refuse de voir mentionnée au relevé d'observation. Or, la cancérigénèse échappe à toute recherche d'une causalité unique : les connaissances acquises à l'époque évoquent déjà une répartition des rôles difficile à identifier entre agents initiateurs et agents promoteurs, leur action sur la structure des cellules tout au long de la vie et, surtout, la force de la synergie. Le système de réparation quant à lui s'est justement construit, dans le cas des maladies professionnelles, sur la base de la présomption d'origine, reconnaissant par là même l'impossibilité de faire preuve en matière médicale et acceptant donc une marge d'incertitude, tant pour les dermatites que pour les cancers. Le chef du bureau CT4 n'hésite ainsi pas à rappeler à ses interlocuteurs patronaux en demande de rigueur, « qu'il faut concilier la rigueur scientifique et la justice sociale » :

⁴²³ Relevé des principales observations de la réunion du 27 octobre 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSMP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 9 [Archives JCZ].

⁴²⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 12 décembre 1986, p. 6 [Archives JCZ].

⁴²⁵ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 7 janvier 1988, p. 2 [Archives JCZ].

⁴²⁶ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 14 juin 1985, p. 2 [Archives JCZ].

⁴²⁷ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 12 décembre 1986, p. 6 [Archives JCZ].

« La rédaction d'un tableau de MP ne constitue pas un exercice scientifique. Il faut prendre en compte les notions de justice sociale et à cet égard ne pas retarder la réparation par un souci excessif de rigueur scientifique⁴²⁸. »

Lors d'une séance ultérieure, c'est au tour de Jean-Claude Zerbib de rappeler que « c'est un problème social et politique qui est posé et non un problème médical⁴²⁹ ».

Arcboutée sur l'exigence d'études épidémiologiques, la délégation patronale adapte toutefois son argumentaire en fonction de la bibliographie, à chaque fois plus conséquente, présentée par le rapporteur. Lorsqu'il s'agit d'études étrangères, elle dit par exemple l'inadaptation de leurs résultats au contexte français. Elle tente ainsi d'établir une distinction entre les conditions de production dans les cokeries américaines, « très dangereuses⁴³⁰ », et celles en cours au sein de la Communauté économique du charbon et de l'acier (CECA), invitant à attendre les résultats d'un programme de recherche lancé par ses soins. Selon Jean-Claude Limasset au contraire, les excès de cancers bronchopulmonaires et de cancers de la vessie sont signalés « dans toutes les cokeries du monde » :

« On a pu vérifier que, dans les cokeries récentes, deux à trois ans après leur démarrage, les fuites étaient importantes aux portes. Il y a des kilomètres de joints qui posent beaucoup de problèmes et que l'on ne maîtrise pas. Donc, toutes les cokeries du monde sont polluantes⁴³¹. »

La délégation patronale rétorque que ce n'est pas le cas en Allemagne et signale qu'en Grande-Bretagne, signe de l'absence de preuve sur la responsabilité des cokeries, les cancers broncho-pulmonaires n'y sont pas réparés. L'exposition des ouvriers en cokerie serait, en tout cas pour la France, de l'histoire ancienne puisque, selon le docteur Amoudru, « avec les nouvelles cokeries il n'y aura plus de risque⁴³² ». Le docteur Mas, du Centre de recherche des Charbonnages de France (CERCHAR), invite à prêter attention aux différences de fonctionnement des cokeries : le chargement des fours notamment se ferait par le sommet aux États-Unis et par le côté dans les cokeries françaises, d'où de moindres expositions pour les ouvriers français que pour leurs confrères américains. L'argument est aussitôt réfuté par Jean-Claude Limasset qui évoque pour sa part « des concentrations caricaturales [en HAP] de plusieurs dizaines de milliers de mg/m³⁴³³ » auprès des fours dans les cokeries françaises.

⁴²⁸ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 octobre 1985, p. 5 [Archives JCZ].

⁴²⁹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

⁴³⁰ Relevé des principales observations de la réunion du 28 février 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 8 [Archives JCZ].

⁴³¹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁴³² Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 17 mars 1989, p. 5 [Archives JCZ].

⁴³³ Compte rendu de la réunion préparatoire sur le tableau 16 bis (ou ter) concernant les cancers broncho-pulmonaires provoqués par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion de charbon du 23 mai 1989, p. 1 [Archives JCZ].

Relativisant les résultats des études menées sur des cohortes étrangères, la représentation patronale au sein de la CsMP exige de pouvoir s'appuyer sur des études françaises. Le médecin représentant l'industrie de l'aluminium estime ainsi « que l'on va trop vite et qu'il faut une enquête en France⁴³⁴ ». Or, les enquêtes d'épidémiologie en France sont rares, pas toujours concluantes, voire n'existent pas. Sur le cancer de la vessie, par exemple, selon Jean-Claude Limasset, « les données françaises ne donnent rien⁴³⁵ ». Cette volonté patronale d'imposer une seule forme de preuve est à l'origine de différentes réactions du côté syndical à partir desquelles il est possible de reconstituer les éléments d'une critique argumentée des atouts et limites de cette discipline en matière de preuve des impacts du travail sur la santé, particulièrement en matière de cancer.

D'une part, les représentants syndicaux dénoncent l'incohérence du patronat. Jean Hodebourg note ainsi que « si l'épidémiologie n'apporte pas de réponse à certaines questions, c'est que l'information sur ces expositions n'a pas été communiquée aux chercheurs » et formule le vœu « que les entreprises soient ouvertes pour les équipes d'épidémiologistes⁴³⁶ ». Jean-Claude Zerbib rappelle la faiblesse des effectifs en épidémiologie, qui se limitent à deux équipes à l'INSERM et une à l'INRS. Dans ces conditions, « il est évident que les travaux épidémiologiques nouveaux que peuvent mener ces équipes ne vont pas porter sur les cancers français produits par l'amiante, le benzène ou les HPA. On ne va pas continuer à exiger des études françaises sur des sujets déjà explorés dans le détail dans la communauté scientifique⁴³⁷. »

Puisqu'il est acté, pour reprendre les termes de Jean Hodebourg, « qu'on tourne en rond puisqu'on bloque l'épidémiologie en France⁴³⁸ », les représentants syndicaux sont ainsi, au sein de la Commission, les seuls à revendiquer une amélioration des moyens offerts à l'épidémiologie en France⁴³⁹. D'autre part, les représentants syndicaux relèvent tout ce

⁴³⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CsMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁴³⁵ Relevé des principales observations de la réunion du 28 février 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 9 [Archives JCZ].

⁴³⁶ Relevé des principales observations de la réunion du 6 décembre 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 7 [Archives JCZ]. Ironie de la situation, le Médecin chef des Houillères du Nord et du Pas de calais constate lui-même « Face à toutes ces données généralement convergentes, il nous parut intéressant de faire en 1975 une enquête similaire chez les ouvriers de la cokerie de Drocourt afin d'effectuer un parallèle si modeste fût-il. A la difficulté rencontrée pour obtenir la liste des ouvriers ayant travaillé en cokerie pendant les 20 dernières années, s'ajouta la pauvreté des renseignements contenus dans nos seuls dossiers médicaux et la difficulté d'étendre cette enquête auprès des médecins traitants et des organismes de SSM, en particulier pour ceux décédés plus ou moins longtemps après le départ en retraite. » Procès-verbal de la réunion de la Commission hygiène et sécurité du 14 février 1980, Houillères du bassin du Nord et du Pas-de-Calais, direction de l'exploitation de la houille [Archives JCZ].

⁴³⁷ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CsMP du 27 mars 1991 [Archives JCZ].

⁴³⁸ Relevé des principales observations de la réunion du 28 février 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 10 [Archives JCZ].

⁴³⁹ À l'exception toutefois du cancérologue Jacques Brugère, par ailleurs membre de l'ALERT, qui initie le vote, par la CsMP, d'« un vœu auprès des instances compétentes pour que l'épidémiologie se développe en France ». Relevé des principales observations de la réunion du 8 février 1985, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 16 [Archives JCZ].

que l'épidémiologie est incapable de prendre en compte, qui limite donc la portée des études et nourrit la fabrication d'angles morts. Concernant les travaux d'enrobage par exemple, Jean-Claude Limasset lui-même précise que « les travailleurs affectés à ces travaux sont souvent étrangers et le personnel est très mouvant, ce qui empêche le suivi épidémiologique⁴⁴⁰ ». Alors que le patronat refuse l'inscription au tableau des travaux de vidange et de réparation des moteurs au prétexte qu'il n'existe aucune étude épidémiologique, un médecin intervenant pour la CGT rétorque que, dans la sidérurgie, « on sait qu'il y a un risque, que l'huile est cancérigène, mais on sait aussi que les enquêtes épidémiologiques ne pourront rien donner car les entreprises sont petites et dispersées⁴⁴¹ ». Henri Pézerat rappelle quant à lui que les sous traitants ne sont pas pris en compte dans les études épidémiologiques⁴⁴², quand Jean Hodebourg invite à se méfier des fausses évidences et à compléter l'élaboration des statistiques par des études qualitatives :

« La plus forte mortalité à Boulogne Billancourt était observée chez les “gardiens de vestiaire” ; en regardant de plus près on découvre que ce sont des ouvriers qui, compte tenu de leurs maladies étaient retirés des ateliers. On trouve aussi une mortalité chez des sans emploi qui ont fait l'objet de licenciement pour maladie, situation qui n'est pas mise en évidence par les statistiques⁴⁴³. »

La représentation des salariés met également en garde contre les risques d'instrumentalisation des chiffres, ou plutôt de l'absence de chiffres. De la même façon, alors que la délégation patronale s'appuie sur l'absence de résultats concluants dans une étude française, elle fait œuvre de pédagogie :

« Une étude épidémiologique non concluante ne peut être rangée définitivement dans les études négatives. Lorsqu'on a un temps de latence moyen de 30 ans, c'est-à-dire que 50 % des affections sont mises en évidence au bout de 30 ans, il est clair au bout des 10 premières années seulement de ne rien découvrir. Par ailleurs, on ne peut pas non plus rejeter les affections découvertes pour des travaux faits dans des conditions très mauvaises⁴⁴⁴. »

Enfin, les représentants syndicaux, face aux limites des données épidémiologiques, invitent à prendre au sérieux les données qu'ils parviennent à recueillir sur le terrain, à l'échelle d'une entreprise ou d'un secteur, remettant en cause le dogme des résultats « statistiquement significatifs » revendiqué par le représentant de la CGPME. Lorsqu'il s'agit d'examiner la possibilité de créer un tableau dédié au cancer broncho-pulmonaire lié aux expositions au cadmium, un médecin du travail prévient que la tâche sera rude parce qu'« en France, nous ne disposons ni d'expérimentation, ni d'étude épidémiologique ».

⁴⁴⁰ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 mars 1991 [Archives JCZ].

⁴⁴¹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 octobre 1986, p. 9 [Archives JCZ].

⁴⁴² Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁴⁴³ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 6 décembre 1985, p. 3 [Archives JCZ].

⁴⁴⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

Jean Hodebourg enchaîne immédiatement :

« Je connais cette usine [SAFT de Bordeaux] et on peut aisément déterminer le nombre de personnes exposées. On peut même baser une étude en partant des 7 cas de cancers du poumon chez les travailleurs, des 5 cas de cancer observés chez les ouvrières, et des mesures au niveau des ateliers⁴⁴⁵. »

Rapporteur pour la révision du tableau 16 bis, Jean-Claude Limasset veille particulièrement à soigner ses rapports successifs pour limiter les remises en cause de la part de la délégation patronale. En préambule à l'une des versions, il précise ainsi que le contenu de la liste des travaux suggérée pour le tableau est fondée sur l'existence de « données scientifiques d'ordre épidémiologique faisant l'objet d'un consensus international (CIRC-OMS) » et répond à plusieurs critères comme celui de rendre compte d'un risque « important et significatif », « si possible confirmé par plusieurs enquêtes différentes portant sur des populations de même exposition professionnelle⁴⁴⁶. » Il fait en outre mention d'un dossier de déclaration en maladie professionnelle concernant deux salariés d'une entreprise sidérurgique à Fos-sur-Mer et signale que :

« L'inspection du travail local [sic] qui dispose avec la caisse régionale d'assurance maladie de mesures de concentration en benzo[a]pyrène effectuées depuis 10 ans sur cette installation, tant par l'INRS que par le LECES (laboratoire d'étude et de contrôle de l'environnement sidérurgique) et qui a connaissance d'autres cas de cancers (du poumon et de la vessie) s'étonne dans un courrier récent que "les seuls à ne pas être convaincus de ce qui est pour tous les préventeurs une évidence [le risque cancérigène en cokerie] soient les instances chargées de la mise à jour des tableaux de maladies professionnelles"⁴⁴⁷. »

À reprendre les arguments de la délégation patronale reposant notamment sur des exigences de « rigueur scientifique », de données « statistiquement significatives », il est possible d'établir un parallèle avec la stratégie de l'industrie cigarettière, mise au jour dans de nombreux travaux à la faveur, sur décision de la justice américaine, de la mise à disposition des chercheurs et du public de toutes les archives de ces industriels⁴⁴⁸. David Michaels analyse ainsi la démarche de ces industriels visant à demander toujours plus d'études et de preuves et reléguant les résultats pouvant contrarier leur activité au vague statut d'hypothèse et non de « faits établis⁴⁴⁹ ». La création en 1953 par les cigarettiers du Comité de la recherche de l'industrie du tabac (*Tobacco Industry Research Committee*) s'inscrit dans cette stratégie consistant à créer du doute⁴⁵⁰ et de

⁴⁴⁵ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 6 décembre 1985, p. 5 [Archives JCZ].

⁴⁴⁶ Annexe V, février 1989, projet de modification du tableau 16 bis des maladies professionnelles, rapporteur JC Limasset (INRS) [Archives JCZ].

⁴⁴⁷ Annexe V, février 1989, projet de modification du tableau 16 bis des maladies professionnelles, rapporteur JC Limasset (INRS), p. 4 [Archives JCZ].

⁴⁴⁸ Robert N. Proctor, *Golden holocaust. La conspiration des industriels du tabac*, Paris, Édition des Équateurs/Mutualité française, 2014.

⁴⁴⁹ David Michaels, *Doubt is their Product. How Industry's Assault on Sciences threatens your Health*, New-York, Oxford University Press, 2008. p.3.

⁴⁵⁰ Dans un document interne à une firme cigarettière, il est possible de lire : « Notre produit, c'est le doute, dans la mesure où c'est le meilleur moyen de contrer les "faits" que le public a dans la tête. C'est aussi le moyen de créer une controverse. [...] »

l'ignorance⁴⁵¹. De la même façon, un ingénieur en chef affecté à la direction des industries de la houille relatant à la direction des Charbonnages de France le résultat concordant des études épidémiologiques portant sur la mortalité par cancer broncho-pulmonaire des ouvriers des cokeries, suggère-t-il :

« Finalement, au lieu de se focaliser sur le cancer du poumon, les auteurs ne devraient-ils pas reprendre l'étude sous l'aspect d'un bilan global de la population concernée ? Est-il interdit de penser que les effets des fumées de carbonisation du charbon, s'ils sont néfastes aux poumons, pourraient être bénéfiques à d'autres organes⁴⁵² ? »

Multiplier les études et les demandes de preuve s'accompagne bientôt de la promotion d'une « prétendue orthodoxie scientifique⁴⁵³ ». En imposant ce type d'échanges au sein de la Commission spécialisée des maladies professionnelles, les représentants du patronat placent la négociation sur un terrain qui pourrait échapper aux compétences de la représentation syndicale : pouvoir critiquer des études requiert d'être informé des choix qui président à leur production, de la « "cuisine" préparatoire aux enquêtes⁴⁵⁴ » pour reprendre les termes de Serge Volkoff évoquant « l'opacité de l'attirail statistique, si l'on ne déploie pas d'effort spécifique pour le rendre accessible⁴⁵⁵ » :

« Si déstabilisant que cela paraisse pour un professionnel de la quantification, il faut souvent partir de l'idée, non que l'on ignore le chiffre "vrai" mais qu'il n'existe pas⁴⁵⁶. »

En miroir, la connaissance du terrain dont les syndicalistes se font le relais peut être disqualifiée.

3.2.2. Gagner du temps

La répétition de l'exigence de nouvelles études de la part de la délégation patronale est à l'origine de nombreux reports qui, tous accumulés, sont à l'origine de près de dix années de négociation sur le tableau 16 bis. La commission ne se réunissant qu'une fois par trimestre, chaque report fait perdre au moins trois mois au calendrier et repousse d'autant l'extension du champ de la réparation du cancer broncho-pulmonaire, et

Si, dans nos efforts en faveur de la cigarette, nous nous cantonnons à des faits bien documentés, nous pouvons dominer la controverse. C'est pourquoi nous recommandons d'encourager la recherche. » Brown & Williamson Tobacco Corp., « Smoking and health proposal » Brown & Williamson document n° 68056, 1969, p. 1778-1786, accessible sur <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/nvs40f00> [consulté le 25 août 2017].

⁴⁵¹ Historien des sciences, Robert N. Proctor est à la naissance de la notion d'agnostologie qui est l'étude de la production culturelle de l'ignorance. Il s'en explique dans un entretien accordé à Mathias Girel : Robert N. Proctor, « Robert Proctor et... », art. cité, 2013. Voir aussi Nathalie Jas, « Agnotologie », dans Emmanuel Henry et al. (dir.), *Dictionnaire de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de SciencesPo, 2015, p. 33-40.

⁴⁵² Charbonnages de France, Industries de transformation, G. Tissandier, note à l'attention de Monsieur Pouquet, Paris, le 30 janvier 1984 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁴⁵³ André Cicoella et Dorthée Benoît Browaeys, *Alertes santé. Experts et citoyens face aux intérêts privés*, Paris, Fayard, 2005, p. 301.

⁴⁵⁴ Serge Volkoff, *Des comptes à rendre...*, dossier cité, 2002, p. 111.

⁴⁵⁵ *Ibid.*, p. 30

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 34.

souvent plus. En effet, chaque retard sur l'ordre du jour annoncé se reporte sur la séance suivante, bousculant les discussions en cours. Le programme ambitieux annoncé au début de l'année 1985 ne parvient pas à atteindre ses objectifs en fin d'année ; lors de la séance d'octobre par exemple, le compte rendu relève que « le problème des cancers professionnels est remis à la prochaine séance car il ne reste plus qu'un quart d'heure⁴⁵⁷. » En novembre 1987, la négociation en cours sur le tableau 36 bis est reportée « compte tenu de l'heure tardive et de l'ordre du jour particulièrement chargé qui n'a pu être épuisé⁴⁵⁸ ».

Surtout, le rythme des réunions lui-même ne parvient pas toujours à être tenu. Marc-Olivier Déplaude a pu montrer la faiblesse des ressources à disposition de l'administration du ministère du Travail représentée dans la commission des maladies professionnelles. Ainsi, le poste de chef de bureau de l'hygiène en milieu de travail⁴⁵⁹ créé en 1982, est occupé par un contractuel, signe de sa faible valorisation dans l'organigramme, avant de devenir après le scandale de l'amiante, « intéressant mais très risqué⁴⁶⁰ ». De plus, ce poste n'est pas dédié exclusivement à l'activité de la commission : « Les agents du bureau CT4 ne peuvent donc pas toujours faire face à la charge de travail qu'on leur impose, de sorte que des dossiers jugés non prioritaires peuvent attendre des années avant d'être traités⁴⁶¹ ».

Il n'existe par ailleurs au sein du bureau CT4, aucune ligne budgétaire pour rémunérer des experts dans le cadre de la construction ou de la révision des tableaux, alors même que cette expertise demande un lourd travail, spécifique aux besoins de cette commission. Identifier et convaincre un expert de prendre en charge l'élaboration d'un rapport est alors ardu :

« Pasquier décrit les difficultés qu'il y a lorsqu'il lui faut trouver un expert qui fait le point sur le sujet, qui le présente à la commission parfois après avoir animé un groupe de travail, le tout dans un total bénévolat et compte non tenu de la passion rencontrée lors de nos débats⁴⁶². »

Dans ce contexte de travail à flux tendu, il suffit d'un incident pour ralentir les travaux jusqu'à parfois entraîner des annulations de séance. À plusieurs reprises, Jean-Luc Pasquier évoque ainsi le temps qui lui a manqué pour s'occuper de tel ou tel aspect des négociations en cours. C'est par exemple le cas du « groupe de travail promis par le ministre sur les maladies à composante professionnelle » qui n'a pu encore se réunir

⁴⁵⁷ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 octobre 1985, p. 1 [Archives JCZ].

⁴⁵⁸ Relevé des principales observations de la réunion du 13 novembre 1987, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 7 [Archives JCZ].

⁴⁵⁹ Le bureau de l'hygiène en milieu de travail, aussi appelé « bureau CT4 », dépend de la sous-direction des conditions de travail, composante de la Direction des relations de travail (DRT).

⁴⁶⁰ Marc-Olivier Déplaude, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, p. 38.

⁴⁶¹ *Ibid.*,

⁴⁶² Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 mars 1992, le 25 mars 1992, p. 7 [Archives JCZ].

« car je n'ai pu encore écrire le document d'introduction⁴⁶³ ». C'est aussi le cas dans le suivi des tableaux adoptés en commission. En 1986, le représentant de la FNMT s'inquiète ainsi que depuis deux ans, « nous avons produit plusieurs tableaux qui ne sont toujours pas publiés⁴⁶⁴ ». Jean-Claude Zerbib critique en 1991 « cette pratique qui consiste à garder au frais les projets de tableaux MP adoptés par notre commission afin d'avoir une certaine quantité de travail à fournir au Conseil d'État. Comme si on ne pouvait pas déranger ces messieurs pour un ou deux tableaux seulement⁴⁶⁵ ». En 1992, une discussion « à bâtons rompus » est engagée au sein de la commission « sur la faiblesse des moyens de M. Pasquier qui conduisent à des difficultés de fonctionnement⁴⁶⁶ » et notamment à l'impossibilité de tenir quatre séances de la commission dans l'année. Au problème d'effectif s'ajoute « une forte charge de travail en lien avec les directives européennes qu'il faut suivre lors de leur élaboration, puis qu'il faut transposer dans le dispositif législatif et réglementaire⁴⁶⁷ ».

3.2.2.1. Provoquer le conflit

La délégation patronale semble particulièrement s'arranger de cette configuration. Très hostile au programme de la commission visant à inscrire davantage de pathologies cancéreuses dans les tableaux, le docteur Thillaud notamment, représentant de la CGPME, ne cesse d'intervenir de séance en séance pour remettre en cause l'avancée des discussions : il estime par exemple que « les travaux sont précipités, on travaille dans tous les sens⁴⁶⁸ », « émet de grandes réserves sur les tableaux 16 bis et 36 bis et propose un protocole d'accord sur la cancérogénèse professionnelle⁴⁶⁹ », jusqu'à irriter Jean-Luc Pasquier, représentant l'administration du travail :

« Nous avons examiné en trois réunions les cancers professionnels après un débat d'un an. Vous arrivez en voulant tout modifier. Il n'est pas question d'effacer d'un trait ce qui fait l'objet de nombreuses discussions⁴⁷⁰. »

Le docteur Thillaud se distingue par son attitude le plus souvent provocatrice, comme ses propos dans les pages précédentes ont pu en témoigner. Marc-Olivier Déplaudé écrit qu'il est connu pour « ses prises de position très intransigeantes⁴⁷¹ » et mobilise les travaux de Henri Weber sur le patronat pour noter combien les rapports qu'entretiennent entre elles

⁴⁶³ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 décembre 1989, p. 2 [Archives JCZ].

⁴⁶⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 12 décembre 1986, p. 10 [Archives JCZ].

⁴⁶⁵ Courrier de Jean-Claude Zerbib à liste de diffusion du 30 avril 1991 accompagnant le compte rendu de la CSMP du 27 mars 1991 [Archives JCZ].

⁴⁶⁶ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 18 mars 1992, p. 6 [Archives JCZ].

⁴⁶⁷ *Ibid.*

⁴⁶⁸ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁴⁶⁹ Relevé des principales observations de la réunion du 28 février 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 8.

⁴⁷⁰ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁴⁷¹ Marc-Olivier Déplaudé, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, p. 28.

les deux organisations patronales relèvent tout à la fois de la connivence et du jeu de rôle : face au discours outrancier de l'une, « l'attitude plus pondérée du CNPF autorise la concertation avec les pouvoirs publics et les syndicats ouvriers, tout en exigeant qu'il soit tenu compte de l'« exaspération » des PME⁴⁷². »

Ses prises de parole sont perçues par la délégation syndicale comme une stratégie visant à repousser toujours plus loin dans le temps l'adoption des tableaux⁴⁷³. Dans le compte rendu d'une séance ultérieure qu'il rédige pour la délégation syndicale, Jean-Claude Zerbib note que « le docteur Thillaud (PME) a montré une fois de plus son souci de freiner, quoiqu'il arrive, les travaux de la commission, notamment lorsque sont abordées des affections cancéreuses. Il a certes indisposé un grand nombre de personnes de tout bord, mais il marque des points, chaque point non traité ne pourra l'être que trois mois plus tard⁴⁷⁴. »

Le rythme d'adoption du tableau 16 bis illustre particulièrement cette stratégie de blocage. Ainsi, en mai 1986, les discussions sont bien engagées pour les quatre tableaux concernés par la révision proposée par le ministère. « La prochaine réunion devrait conclure sur ces tableaux⁴⁷⁵ », indique même le relevé d'observation consacré à cette séance. Mais la négociation a du mal à aboutir pour les deux dédiés aux cancers. Dans le cas du tableau 36 bis, la délégation patronale exige une durée minimale d'exposition de dix ans quand le projet ne proposait qu'un an et cherche à réduire la liste des travaux⁴⁷⁶. La discussion est reportée à la séance suivante. Le projet de tableau 16 bis suscite encore plus d'opposition de la part des représentants patronaux, à tel point qu'il est convenu d'abandonner pour un temps la discussion sur l'inscription du cancer de la vessie pour se focaliser sur celle du cancer broncho-pulmonaire. Le principal point d'achoppement réside dans la définition de la liste des travaux, que la délégation patronale s'efforce de réduire drastiquement. Ainsi, le cas des travaux de revêtement, elle n'envisage la réparation du cancer broncho-pulmonaire « que pour la personne qui assure l'ouverture de la vanne du camion qui assure l'épandage du goudron sur les routes ; ceux qui étalent ce produit et qui se trouvent constamment au-dessus de la nappe chaude qu'ils étendent ne bénéficient pas de cette couverture⁴⁷⁷. » C'est sur les travaux en cokerie que le conflit prend les proportions les plus importantes.

⁴⁷² Henri Weber, *Le parti des patrons. Le CNPF (1946-1986)*, Paris, Seuil, 1986, p. 109.

⁴⁷³ Un ancien représentant syndical au sein de la CSMP m'explique ainsi que le docteur Thillaud avait pour habitude d'être très agressif : « Il ne fallait pas lui répondre, sinon toute la séance était dédiée à ça. » La situation est particulièrement difficile à vivre pour les experts invités à participer aux séances qui étaient soumis eux aussi à ce type de réaction : « Je lui disais continuer monsieur le chercheur, c'est un bruit de fond, on a l'habitude, on n'y fait plus attention... » Échanges avec D., juillet 2013.

⁴⁷⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 octobre 1986 [Archives JCZ].

⁴⁷⁵ Relevé des principales observations de la réunion du 30 mai 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 1 [Archives JCZ].

⁴⁷⁶ Relevé des principales observations de la réunion du 30 mai 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 1 [Archives JCZ].

⁴⁷⁷ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

3.2.2.2. *La politique de la chaise vide*

Si les représentants syndicaux pressentent que « la partie n'est pas encore gagnée⁴⁷⁸ », ils n'imaginent pas pour autant dans quels termes elle va se poursuivre. La séance suivante, en octobre 1986, donne lieu à un véritable coup de théâtre. Les discussions sur l'inscription du cancer broncho-pulmonaire au tableau 16 bis sont suspendues et ne réapparaissent à l'ordre du jour de la commission que trente mois plus tard, en mars 1989. Dans son compte rendu, Jean-Claude Zerbib évoque le fait que « les représentants du patronat sont intervenus préalablement à la réunion pour menacer de quitter la séance si les tableaux 16 bis et 36 bis concernant les affections cancéreuses restaient à l'ordre du jour⁴⁷⁹ » :

« Il semble que le président Fournier ait coupé la poire en deux en repoussant le tableau 16 bis. Je n'ai fait pour ma part aucun commentaire sur ce report. [...] Il me semble en effet plus raisonnable tactiquement de laisser sortir trois tableaux sur quatre avec une action menée sur une cible précise plutôt que de tout bloquer à cause d'un point important localisé sur un seul tableau⁴⁸⁰. »

Cette orientation stratégique s'explique par la volonté des représentants des salariés de ne pas gêner l'adoption des tableaux associés à cette révision, sans pour autant céder aux revendications patronales de restreindre le champ de la réparation en cokerie aux seuls salariés en poste au sommet de fours. Les représentants des salariés font bloc pour exiger « la couverture du risque dans l'ensemble de la cokerie⁴⁸¹ ». Pour plaider leur cause, ils se sont adjoint la présence, du côté de la CGT, de Jean-Claude Bodard, ingénieur de prévention à la CRAM de Haute-Normandie et, pour la CFDT, du médecin Lucien Privet et d'un salarié d'une cokerie, Gilles Skomski, responsable CFDT Sollac. Celui-ci rend compte des niveaux de concentration de HAP, selon la localisation des postes, à l'appui du schéma extrêmement précis du fonctionnement d'une cokerie (voir en annexe) : « Nous avons rappelé que près des fours, il y avait certes de très hauts niveaux, mais dans toute la cokerie il y a des niveaux bien supérieurs aux 150 nanogrammes par mètre cube⁴⁸². » Si les travailleurs au sommet des cokeries ont un risque de déclencher un cancer du poumon cinq à sept fois supérieur à la population générale, ce « "sur-risque" ne doit pas effacer le risque indiscutable qui touche l'ensemble de la cokerie », puisqu'il reste 2,5 à 3 fois plus élevé qu'en population générale.

⁴⁷⁸ *Ibid.*

⁴⁷⁹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 octobre 1986, p. 2 [Archives JCZ].

⁴⁸⁰ *Ibid.*

⁴⁸¹ Jean-Claude Zerbib à liste de diffusion, 30 juin 1986, courrier joint au compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

⁴⁸² *Ibid.*

La tactique retenue semble payer puisque, si le débat reste vif sur le tableau 36, celui-ci est finalement adopté au terme de cette séance⁴⁸³. Jean-Luc Pasquier peut adresser un courrier au directeur de la Sécurité sociale accompagné des projets de tableaux 16 et 36 « qui ont été soumis pour avis à la CSMP du CSPRP lors de sa séance du 27 octobre 1986 » :

« Je vous serais obligé de bien vouloir soumettre ces tableaux, dans les meilleurs délais, à l'avis du Comité interministériel de coordination en matière de Sécurité sociale et de la commission de prévention de la CNAM⁴⁸⁴. »

Le décret paraît deux ans plus tard. Quant au tableau 36 bis, trois séances sont encore nécessaires avant qu'il soit adopté par la commission en janvier 1988. La négociation achoppe toujours sur la durée d'exposition et la liste des travaux. Jean-Claude Limasset a beau insister sur le caractère spécifique de la pathologie cancéreuse concernée qui ne répond pas à la catégorie des maladies multifactorielles – « Il n'y a pas de cancer de la peau, par les huiles et goudrons, consécutif à un usage domestique ou une habitude de vie⁴⁸⁵ » – la discussion est renvoyée à la séance suivante, finalement annulée, puis à celle d'après qui échoue à conclure par manque de temps⁴⁸⁶.

Le tableau 16 bis est pour sa part retiré de l'ordre du jour de la CSMP, signe pour les représentants syndicaux que « les attaques du CNPF et plus particulièrement celles du Dr Thillaud qui représente les PME portent leurs fruits » :

« Le tableau 16 bis qui a fait l'objet de vives discussions sur la liste des travaux (prise en compte de l'ensemble des travailleurs de la cokerie ou seulement de ceux affectés auprès des "fours") associé au cancer broncho-pulmonaire primitif sera mis au frigidaire. [...] C'est donc une partie de bras de fer qui est engagée !⁴⁸⁷. »

Lorsque le sujet revient à l'ordre du jour de la commission, plus de deux ans plus tard, en mars 1989, nouveau coup de théâtre : la délégation patronale refuse la reprise des discussions sur ce tableau qu'elle espérait voir basculer dans une nouvelle commission consacrée aux « maladies à composantes professionnelles⁴⁸⁸ ». Le secrétaire de la commission Jean-Luc Pasquier a beau prévenir que cette reprise se fait en accord avec la position du directeur du travail lui-même et du sous-directeur aux conditions de travail

⁴⁸³ La mention du granulome est ainsi désignée : « Insuffisance respiratoire liée à un granulome pulmonaire confirmé médicalement ou à une pneumopathie dont la relation avec l'huile minérale ou la paraffine est confirmée par la présence au sein des macrophages alvéolaires de vacuoles intracytoplasmiques prenant les colorations usuelles des lipides. »

⁴⁸⁴ Jean-Luc Pasquier, chef du bureau CT4, à M. le directeur de la Sécurité sociale, sous-direction de la famille, des accidents du travail, du handicap et de la mutualité, 12 novembre 1986 [Archives JCZ].

⁴⁸⁵ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 27 mars 1987, p. 1 [Archives JCZ].

⁴⁸⁶ Relevé des principales observations de la réunion du 13 novembre 1987, commission supérieure des maladies professionnelles, CSPRP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 7 [Archives JCZ].

⁴⁸⁷ Courrier de Jean-Claude Zerbib à liste de diffusion, 19 octobre 1987, courrier joint au compte rendu de la CSMP du 27 mars 1987 [Archives JCZ].

⁴⁸⁸ Courrier de Jean-Claude Zerbib à liste de diffusion, 10 avril 1989, courrier joint au compte rendu de la CSMP du 17 mars 1989 [Archives JCZ].

et de la protection contre les risques du travail, la délégation choisit de quitter la séance⁴⁸⁹.

3.2.2.3. *La mise en cause de la présomption d'origine en leitmotiv*

Face aux stratégies de freinage déployées par la représentation patronale, la représentation salariale s'organise. Au moment où le ministère crée un tableau 16 bis intermédiaire se limitant au cancer de la peau, pour combler le vide juridique créé par la révision du tableau 16, la CFDT, la CGT, la FNMT et FO interpellent dans une lettre unitaire le président de la commission spécialisée des maladies professionnelles, regrettant que la commission ne soit pas parvenue à se mettre d'accord sur un cancérogène « des plus communs et des plus répandus en milieu professionnel⁴⁹⁰. » Plusieurs pétitions émanant de salariés, mais aussi des lettres de plusieurs élus, notamment de députés, de droite comme de gauche, parviennent au ministère du Travail dénonçant le retard pris à inscrire la pathologie broncho-pulmonaire au tableau 16 bis et Jean-Luc Pasquier s'en fait l'écho en séance⁴⁹¹. En mai 1989, à l'issue de ce qui devait être la dernière séance consacrée au tableau 16 bis et suite à un nouveau report, la confédération CFDT rappelle, dans une lettre au ministère du Travail, le travail mené par « nos camarades de la région Lorraine et de la Fédération de la métallurgie » et le soutien qu'ils ont reçu de la part « de nombreux parlementaires d'horizons très divers » :

« Aujourd'hui, les experts médicaux consultés par vos services sont parvenus à un accord sur les conditions dans lesquelles ce type de cancer pourrait donner lieu à réparation. Or, il semblerait que l'adoption définitive d'un tableau donnant satisfaction à une légitime exigence de justice sociale pourrait être compromise par des manœuvres dilatoires⁴⁹². »

Le tableau finalement adopté résulte tout à la fois de la ténacité des syndicats et des nombreuses concessions de leur part tant sur les délais de prise en charge, sur la durée d'exposition que sur la liste des travaux et celle des substances incriminées. Mais la délégation patronale parvient également à peser sur la définition de la maladie, en s'opposant jusqu'au bout à l'idée d'inclure le cancer broncho-pulmonaire dans le champ de la réparation : elle exige et obtient que la maladie soit « médicalement caractérisée », une formule obscure empruntée à la nouvelle rédaction du tableau amiante et sur laquelle nous reviendrons dans les pages suivantes.

⁴⁸⁹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 17 mars 1989, p. 4 [Archives JCZ].

⁴⁹⁰ Lettre signée par la CFDT, la CGT, la FNMT et FO adressée au président de la commission des maladies professionnelles, CSMP, le 10 mars 1987 [Archives JCZ].

⁴⁹¹ Compte rendu de la réunion préparatoire sur le tableau 16 bis (ou ter) concernant les cancers broncho-pulmonaires provoqués par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion de charbon du 23 mai 1989, p. 1 [Archives JCZ].

⁴⁹² Lettre de Jean-Paul Jacquier, secrétaire national de la CFDT au ministre du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, 31 mai 1989 [Archives JCZ].

L'ALERT innove alors dans les modalités d'intervention sur le système de réparation des maladies professionnelles. Dans le mois qui suit la promulgation du décret concernant ce tableau⁴⁹³, elle dépose un recours devant le Conseil d'État⁴⁹⁴, rejointe par la CGT, la FNMT. Encouragée par Jean-Claude Zerbib à s'y associer, la CFDT ne donne toutefois pas suite⁴⁹⁵. La démarche s'inspire de pratiques caractéristiques d'organisations créées dans les années 1970, comme le Groupe information prison (GIP), le Groupe information santé (GIS) ou le Groupement d'information et de soutien aux travailleurs immigrés (GISTI). Elles consistent à inclure des actions en justice dans le répertoire d'actions militantes et à « attaquer les textes réglementaires – décrets et circulaires ministérielles le plus souvent – qui sont pris en violation des règles et principes de valeur supérieure : lois, conventions internationales, principes de valeur constitutionnelle...⁴⁹⁶ ». Ce premier recours devant « l'arène la plus haute du droit administratif⁴⁹⁷ » est d'ailleurs rédigé avec le soutien des juristes du GISTI, « eu égard à l'importance, pour les travailleurs étrangers, des expositions professionnelles aux risques en cause, en particulier dans la sidérurgie⁴⁹⁸ ». Contestant la légalité du décret à la naissance du tableau 16 bis et notamment la rédaction du paragraphe concernant la maladie, il s'appuie sur un argumentaire déjà éprouvé dans le livre *Les Risques du travail* et dans le manifeste présenté en commission en décembre 1985 :

« Exiger que soit établie une relation entre ce cancer et les produits incriminés met à la charge de sa victime ou de ses ayants droit une preuve dont les dispense précisément la législation. [...] La présence des cancers dans certains tableaux de maladie professionnelle n'a été rendue possible que par l'existence même de cette présomption d'imputabilité. Car si la charge de démontrer l'origine strictement professionnelle d'un cancer – comme d'ailleurs de beaucoup d'autres pathologies – pesait sur les victimes, il est bien certain que n'existerait aucune prise en charge de ces pathologies en tant que maladies professionnelles, compte tenu des connaissances actuelles. En effet, tous les scientifiques sont d'accord pour affirmer qu'il n'existe pas de marqueur biologique permettant d'identifier l'origine d'une tumeur, quelle que soit la tumeur et quel que soit l'agent considéré. [...] L'origine professionnelle, pas plus que d'autre, ne pouvant être isolée, il convient d'admettre que seule la notion de présomption

⁴⁹³ Décret n° 91-877 du 3 septembre 1991.

⁴⁹⁴ Ce recours déposé par l'ALERT est signé de Jacques Brugère, oncologue, son président, et de Annie Thébaud-Mony, sociologue, sa vice-présidente. Recours devant le Conseil d'État du 31 octobre 1991 [Archives Henri Pézerat].

⁴⁹⁵ Jean-Claude Zerbib s'adresse d'abord à Jacques Dezeure, secrétaire général de la FGMM : « La formule retenue pour la tableau 16 bis était l'ultime compromis, sinon le président Fournier menaçait, compte tenu de la forte pression du patronat, de remettre en question le tableau. Comme il était en débat depuis 1986, j'ai été de ceux qui ont préféré l'adopter en l'état. Nous pouvons cependant nous associer au recours en Conseil d'État de la FNATH et de l'ALERT, et j'évoquerai ce problème avec Pascal Étienne. » Jean-Claude Zerbib, lettre à Jacques Dezeure, le 7 octobre 1991 [Archives JCZ]. Puis à Pascal Étienne, secrétaire confédéral, pour lui dire qu'« à la réflexion, je pense qu'il serait utile qu'à notre tour nous attaquions ce décret ». Jean-Claude Zerbib à Pascal Étienne, le 8 octobre 1991 [Archives JCZ].

⁴⁹⁶ « Les "grands arrêts" Gisti », *Plein Droit*, n° 53-54, mars 2002, en ligne sur www.gisti.org/doc/plein-droit/53-54/grandsarrets.html [consulté le 6 novembre 2017].

⁴⁹⁷ Sur l'expérience du GISTI en matière de recours devant le Conseil d'État, lire Liora Israël, « Faire émerger le droit des étrangers en le contestant, ou l'histoire paradoxale des premières années du GISTI », *Politix*, vol. 16, n° 62, 2003, p. 115-143.

⁴⁹⁸ Annie Thébaud-Mony, « Cancers professionnels : le Conseil d'Etat stoppe la dérive des pratiques », *Plein droit*, n° 26, octobre 1994, en ligne sur www.gisti.org/spip.php?article3584 [consulté le 6 novembre 2017].

d'imputabilité rend possible et cohérente l'indemnisation d'un cancer professionnel, comme de beaucoup d'autres maladies professionnelles⁴⁹⁹. »

Le Conseil d'État, en rendant un arrêt favorable près de trois ans plus tard⁵⁰⁰, confirme cette lecture et rappelle aux membres de la commission le principe intangible de la présomption d'origine. Cette décision encourage certains acteurs critiques du système de réparation, au sein ou à l'extérieur de la commission, à inclure cette forme de contentieux à leur répertoire d'action parce que « les maladies professionnelles doivent demeurer un thème de travail permanent, en particulier en ce qui concerne le respect des règles juridiques⁵⁰¹ ».

3.2.3. Restreindre l'impact financier

« Ça concerne combien de personnes ? », la question revient souvent dans les discussions relatives à la création ou à la révision d'un tableau, à l'initiative le plus souvent du président de la commission. Le projet de tableau 16 bis n'échappe pas à cette récurrence : dès la deuxième séance de discussion, le relevé d'observation note qu'Étienne Fournier veut « savoir si on a une idée du nombre d'ouvriers concernés par la liste de travaux énumérés⁵⁰² ». Et lorsque le rapporteur l'informe que cela concernerait 3 000 personnes, il résume le débat en ces termes :

« Donc, même si l'on a 10 000 salariés cela fera 10 cancers, est-il utile de discuter à l'infini ? Est-ce que l'aluminium a fait le calcul de ce que ça lui coûtera ? Les cokeries, les usines à gaz, la coulée vont apporter combien de réparations ? Il est important que l'INRS nous fournisse des chiffres.⁵⁰³ »

Le président de la commission semble ainsi renvoyer les négociations en cours, très conflictuelles, à une équation très simple, plus finement précisée encore par le docteur Efthymiou, membre de la CSMP au titre d'expert :

« Si l'on a que quelques milliers de personnes dans les cokeries, il n'y aura que 1 à 2 cas de cancer par milliers de travailleurs. C'est inutile de poursuivre les travaux plus longtemps. On peut décider de réparer⁵⁰⁴. »

Comment comprendre alors qu'il ait fallu plus de dix ans de « travaux » et de négociation autour de ce tableau si l'équation était aussi simple ? L'accès à certaines archives des Houillères de Lorraine éclaire la partition jouée en interne aux Charbonnages de France par Claude Amoudru, par ailleurs vice-président de la commission.

⁴⁹⁹ ALERT, recours au Conseil d'Etat, 21 octobre 1991 [Archives Henri Pézerat].

⁵⁰⁰ Arrêt du Conseil d'Etat du 10 juin 1994.

⁵⁰¹ Annie Thébaud-Mony, « Cancers professionnels... », art. cité, 1994.

⁵⁰² Relevé des principales observations de la réunion du 28 février 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSMP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 9 [Archives JCZ].

⁵⁰³ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 28 février 1986 [Archives JCZ].

⁵⁰⁴ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

3.2.3.1. *L'industrie de la cokerie bien au fait des risques cancérogènes, des effectifs concernés et des coûts anticipables dans les années 1980*

Au moment où la délégation patronale freine l'inscription du cancer broncho-pulmonaire sur le tableau concernant les produits dérivés de la houille, l'entreprise Charbonnages de France semble ne rien ignorer des risques cancérogènes liés à ses activités, notamment et surtout au travail en cokerie. Le compte rendu d'une réunion de la commission hygiène et sécurité des Houillères du bassin du Nord et du Pas-de-Calais (HBNPC) daté de 1980, peut rendre compte de la circulation des données épidémiologiques concernant la cancérogénicité de ce secteur d'activité⁵⁰⁵. Durant cette séance, le médecin chef de l'entreprise rappelle ainsi que « l'atmosphère des cokeries est un complexe de polluants divers, inégaux en quantité et en nocivité », que « l'action cancérogène de certains dérivés de l'antracène est maintenant bien établie et [que] certains d'entre eux sont utilisés systématiquement dans la production de cancers expérimentaux (le 3-4 benzo-a-pyrène en est le type même) ». Il attire ainsi l'attention des membres de la Commission hygiène et sécurité sur les résultats d'études épidémiologiques conduites dans plusieurs pays auprès des salariés des cokeries. La dernière en date, réalisée aux États-Unis à la demande du ministère de la Santé publique, relate une fréquence de cancers broncho-pulmonaires deux à trois fois plus élevée chez les ouvriers de la cokerie qu'en population générale – jusqu'à sept fois pour les hommes employés au-dessus des fours. À Pittsburgh, haut lieu de la sidérurgie, une étude extensive menée auprès de 58 000 ouvriers salariés de sept aciéries, révèle qu'il « s'agit là de l'environnement de travail le plus dangereux ». Quant à l'hypothèse d'une responsabilité du tabagisme dans la survenue de ces cancers broncho-pulmonaires, elle est totalement infirmée par les résultats de ces études :

« Il semblerait bien démontré que l'accroissement du taux du cancer du poumon constaté [chez ces ouvriers] est nettement plus important que celui rencontré chez les gros fumeurs de cigarette de même tranche d'âge⁵⁰⁶. »

Observée à l'échelle du CHS d'une des Houillères, cette connaissance paraît également atteindre l'échelle de la direction des Charbonnages de France. Dans une note rédigée en 1984, Gaston Tissandier, ingénieur en chef affecté à la direction des industries de la houille, rend compte à Pierre Pouquet, de la direction des Charbonnages de France, de la publication d'un article consacré à deux études conduites en Grande-Bretagne sur la mortalité des ouvriers des cokeries⁵⁰⁷ où se confirment les données déjà présentées :

« La proportion de décès par cancer du poumon était supérieure d'environ 20 % à celle des travailleurs manuels en général. Cet écart s'observait principalement parmi les hommes jeunes. Le rapport des cancers du poumon à l'ensemble des cancers de toutes les localisations était

⁵⁰⁵ Houillères du bassin du Nord et du pas de Calais, direction de l'exploitation de la houille, compte rendu de la réunion de la Commission hygiène et sécurité du 14 février 1980 (extrait) [Archives JCZ].

⁵⁰⁶ *Ibid.*,

⁵⁰⁷ J. F. Hurley et al., « The Mortality of Coke Workers in Britain », *American Journal of industrial Medicine*, n° 4, 1983, p. 691-704.

plus élevé que la prévision ; des données, en nombre limité, n'ont pas montré d'influence d'une consommation excessive de tabac. [...] Globalement, la mortalité par cancer du poumon des ouvriers affectés aux fours était semblable à celle des autres ouvriers des cokeries mais, dans les deux études, des indices d'un excès de mortalité spécifique pour les premiers ont été notés⁵⁰⁸. »

L'importante bibliographie élaborée par le rapporteur du groupe de travail sur la révision du tableau 16 bis au sein de la commission spécialisée des maladies professionnelles confirme donc ce que les Charbonnages de France savent déjà : l'existence d'une surmortalité par cancer broncho-pulmonaire de *l'ensemble* des travailleurs des cokeries, *sans confusion possible* avec un éventuel tabagisme.

Une note confidentielle rédigée par Claude Amoudru, médecin-chef des Charbonnages de France, peut éclairer une part des motifs de résistance de la délégation patronale⁵⁰⁹ à l'insertion du cancer broncho-pulmonaire au tableau 16. En décembre 1985, non sans avoir rappelé ses multiples requêtes restées sans réponse concernant le dosage de benzo-a-pyrène dans l'atmosphère, il écrit à l'adresse des directeurs des Houillères :

« Maintenant, les choses changent de nature en ce sens qu'un tableau de maladies professionnelles vient d'être déposé au ministère du Travail, à l'initiative de l'Administration, devant la Commission des maladies professionnelles dont je suis le Vice-Président. Je vous prie de trouver ci-joint ce document dont la simplicité est éloquente et qui veut dire en clair que tous les cancers bronchiques qui surviendraient dans les conditions administratives mentionnées dans la colonne de droite, seraient repris comme maladies professionnelles (incapacité temporaire+incapacité permanente)⁵¹⁰. »

Claude Amoudru réalise ainsi la traduction de ce projet de tableau en impact financier pour les dirigeants des houillères des Charbonnages de France. Quelques mois plus tard, dans une adresse aux mêmes, il se fait plus précis :

« Les cancers concernés sont le cancer bronchique, affection dont on sait le pronostic généralement fatal dans l'état de la médecine et qui est donc susceptible d'entraîner d'emblée une rente de 100 % (soit en tarification sur trois ans, un capital constitutif de rente de l'ordre de 3 MF)⁵¹¹. »

Il alerte ainsi ses employeurs sur l'un des principaux enjeux relevant de la rédaction de ce tableau, son coût. L'intégration du système de réparation à la Sécurité sociale a quelque peu modifié l'organisation de son financement : au lieu de souscrire auprès

⁵⁰⁸ G. Tissandier, Charbonnages de France, Industries de transformation, note à l'attention de Monsieur Pouquet, Paris, le 30 janvier 1984 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁰⁹ Il convient à cet endroit de ne pas oublier que l'Uimm occupe alors une position centrale au sein du CNPF et que les deux personnes qui le représentent sont d'ailleurs salariés de cette Union.

⁵¹⁰ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, confidentiel, nuisances en cokerie, adressée au directeur général des HBPC et au directeur général des HBL, Paris, le 12 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵¹¹ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, Nuisances en cokerie et usines d'agglomération, adressée au directeur général des HBPC, des HBL, des HBPM, Paris, le 12 juin 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

de compagnies privées une assurance contre les accidents du travail et maladies professionnelles survenues dans leur entreprise, les employeurs doivent à partir de 1946 cotiser auprès de la branche AT-MP de l'Assurance maladie. Le montant de cette cotisation est fonction tout à la fois de la taille de l'entreprise, du niveau de risque de son secteur d'activité et du nombre d'AT-MP survenus dans l'année. Le coût d'une maladie professionnelle – les soins et traitements ainsi que les indemnités temporaires durant l'arrêt maladie puis la rente de réparation⁵¹², à laquelle s'ajoute en cas de décès celle des ayants droit – est imputé en totalité à l'employeur concerné quand l'entreprise, comme dans le cas des Houillères, emploie au moins 150 salariés⁵¹³. Il est évalué par le docteur Thillaud, dans le cas d'une maladie professionnelle mortelle comme le cancer broncho-pulmonaire, à 1 946 239,09 francs pour l'année 1986, « étant entendu que ce montant est supporté pendant trois ans⁵¹⁴ ». Même si en pratique plusieurs mécanismes participent à réduire ce coût pour les employeurs⁵¹⁵, il n'en reste pas moins que la pathologie cancéreuse est de celles qui pèsent le plus fortement sur les dépenses de la branche au regard de son incidence⁵¹⁶. Jean Hodebourg, évoquant les effectifs de salariés concernés par la création ou la révision d'un tableau, résume ainsi la question :

« S'ils sont peu nombreux, le dossier d'élaboration d'un tableau peut aller vite. Cela occupe la commission et ne coûte rien au patronat⁵¹⁷. »

Or, précisément, les effectifs sont nombreux et les Charbonnages de France le savent. Si la création du tableau 16 bis suscite autant de résistance, c'est que l'insertion dans le champ de la réparation du cancer broncho-pulmonaire en lien avec les HAP risque en effet de « coûter au patronat ».

3.2.3.2. « Une affection aussi courante » : le déni de la responsabilité du travail

La résistance patronale s'observe dès la première séance du groupe de travail et prend d'abord la forme du déni de la responsabilité du travail dans la survenue du cancer

⁵¹² Il existe un salaire minimal annuel de référence pour le calcul de la rente, fixé chaque année par décret, d'un montant de 18 336,64 euros en 2017, et un plafond fixé à 146 693,16 euros.

⁵¹³ Il existe trois modes de cotisation selon la taille des entreprises. On parle d'établissement en « tarification collective » (moins de 20 salariés), « tarification mixte (de 20 à 149 salariés) et en « tarification individuelle (150 salariés et plus).

⁵¹⁴ Docteur Thillaud, « Cancers : réparation des maladies à composante professionnelle. Les entreprises ne peuvent en assumer la charge », *Volonté de l'industrie, du commerce*, mars 1987.

⁵¹⁵ En pratique, plusieurs mécanismes contribuent à réduire ce coût comme la survenue rapide du décès et l'existence de clauses de la législation sur la tarification qui exonèrent de cette charge certains employeurs. Ainsi, le coût de la prise en charge d'un cancer broncho-pulmonaire est le plus souvent assumé par un fonds commun de tous les employeurs plutôt que par l'employeur concerné par les dernières expositions. Voir Cécile Durand et Nathalie Ferré, « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 1, n° 18, printemps 2016, en ligne sur <http://pistes.revues.org/4635> [consulté le 15 août 2017].

⁵¹⁶ En 2012, les cancers broncho-pulmonaires ne représentent qu'1,9 % de toutes les maladies professionnelles ayant donné lieu à une première indemnisation tout en représentant à eux seuls 24 % des dépenses de la branche pour la même année. Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale : résultats 2013, prévision 2014*, juin 2014, p. 132.

⁵¹⁷ Jean Hodebourg, *Le travail c'est...*, ouvr. cité, 1994, p. 157.

broncho-pulmonaire. La deuxième version du rapport présenté en commission fait ainsi état du problème que pose « l'ouverture d'un tableau définissant les conditions administratives d'une présomption d'origine professionnelle pour une affection aussi courante que le cancer broncho-pulmonaire et pour laquelle il est bien établi que le tabagisme, très répandu dans notre société, joue un rôle important ». Cette tentative de mettre en concurrence deux facteurs de cancérogénèse au prétexte que le principal agent soupçonné, le benzo(a)pyrène, soit aussi présent dans la fumée de cigarette, suscite plusieurs interventions de la part de Jean Hodebourg :

« Les statistiques montrent que la profession où l'on trouve le plus grand nombre de fumeurs, c'est la médecine (53%), chez les ouvriers le taux est de 41%. Or, on ne trouve pas d'augmentation du taux de cancer du poumon chez les médecins, mais on l'observe chez les ouvriers : le tabac n'explique donc pas tout⁵¹⁸. » « Est-ce le fait du tabagisme que la Moselle soit le département le plus touché en matière de cancer du poumon ? Personne ne signale que c'est le pays de la cokerie et de diverses industries chimiques utilisant des produits cancérogènes⁵¹⁹. »

À l'appui des données existantes sur les inégalités sociales face au tabagisme et sur les inégalités territoriales face au cancer du poumon, Jean Hodebourg s'efforce d'interroger les représentations dominantes qui lient l'état de santé des ouvriers à leurs comportements et habitudes de vie et disqualifient ainsi la responsabilité du travail.

La tentative du patronat de réduire la survenue des cancers broncho-pulmonaires à la consommation de tabac se heurte surtout aux données transmises aux membres de la commission qui précisent la concentration en HAP observée dans plusieurs secteurs de travail, une concentration extrêmement importante. Dans les fabriques de boulets de charbon par exemple, « le secteur le plus pollué⁵²⁰ », une étude menée par l'INRS en lien avec les services de prévention de plusieurs CRAM observe que la quasi-totalité des valeurs obtenues excède « de 10 à 500 fois la valeur recommandée en France par la CNAM : 0,15 µg/m³)⁵²¹ », jusqu'à un maximum de 2 200 µg/m³⁵²². Si ces fabriques semblent vouées à disparaître, ce n'est en revanche pas le cas du secteur des cokeries puisque de nouvelles installations viennent même de voir le jour en 1978 : elles « font partie des lieux de travail où l'on rencontre les expositions les plus importantes aux hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA) formés lors des opérations de distillation sèche de la houille⁵²³ ».

⁵¹⁸ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 6 décembre 1985, p. 2 [Archives JCZ].

⁵¹⁹ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 12 décembre 1986, p. 2 [Archives JCZ].

⁵²⁰ INRS, Etudes et recherches, Cartographie de l'exposition professionnelle au brai de houille dans l'industrie des agglomérés de houille, extrait du rapport d'activité, p. 79 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵²¹ *Ibid.*

⁵²² *Ibid.*

⁵²³ INRS, Etudes et recherches, Étude des atmosphères de cokerie, extrait du rapport d'activité, p. 87 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

La situation est propre aux installations anciennes mais :

« Une cokerie peut vieillir très rapidement : l'installation la plus récente (1978) dont les ambiances étaient correctes au démarrage s'est dégradée au point que les concentrations en HPA observées 6 ans après sont environ 10 fois supérieures à celles du début (soit le niveau de pollution d'une cokerie ancienne)⁵²⁴. »

Au regard de tels niveaux d'exposition aux HAP, la tentative patronale d'absoudre l'environnement de travail de toute responsabilité dans la survenue de cancers broncho-pulmonaires des salariés des cokeries ne peut qu'échouer. Le tabagisme éventuel des salariés représente certes un facteur de risque dans la genèse de cette pathologie, mais il ne peut être considéré comme le facteur exclusif. Le président Fournier, professeur en toxicologie, n'hésite d'ailleurs pas à raisonner en « équivalent tabac » – à partir d'une unité proposée, selon lui, « par les Russes qui parlent en équivalent cigarette de 150 nanogrammes en HPA » – pour signaler l'importance des expositions professionnelles en HAP :

« On ne doit pas soumettre l'ouvrier à un équivalent de plus de 5 cigarettes par jour qui est une quantité au-dessous de laquelle on ne trouve pas de cancer du poumon. Si l'on soumet un ouvrier à un niveau d'un paquet de cigarettes, il est clair qu'on doit le prendre en charge, qu'il soit ou non fumeur, en cas de survenance d'un cancer⁵²⁵. »

Au regard de cette unité de mesure, l'environnement professionnel, mis en concurrence avec la consommation de tabac, gagne la partie en matière d'émissions cancérigènes. L'argument de la concurrence du tabac ne parvient donc pas à s'imposer, ce d'autant plus que les études épidémiologiques observent par ailleurs qu'il n'existe pas d'effet « gros fumeur ».

3.2.3.3. *Produire des données à la seule fin de justifier de critères restrictifs*

Le souci des représentants des principales industries concernées par la révision du tableau va alors être de définir les critères les plus restrictifs possible⁵²⁶. Le premier d'entre eux est la revendication d'une durée d'exposition, critère jusqu'alors inexistant dans les tableaux, à l'exception de ceux concernant les pneumoconioses (silicose, sidérose et asbestose)⁵²⁷. Le projet de départ élaboré par Jean-Claude Limasset fixait à trois ans la durée d'exposition aux HAP pour la reconnaissance du cancer broncho-pulmonaire. Les services médicaux des Houillères de Lorraine faisaient savoir en interne aux Charbonnages de France que le « délai d'exposition de 5 ans nous paraît

⁵²⁴ *Ibid.*

⁵²⁵ Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 30 mai 1986 [Archives JCZ].

⁵²⁶ Judith Rainhorn, *Poison légal...*, dossier cité, 2015.

⁵²⁷ Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « "Une maladie sociale avec des aspects médicaux" : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, n° 1, 2009, p. 124.

convenable⁵²⁸ » et les organisations syndicales de salariés se disaient prêtes à s'aligner sur cette proposition. C'est finalement l'exigence de 10 ans d'exposition portée par la délégation patronale qui s'impose. Elle ne repose sur aucun fondement scientifique, mais s'inscrit dans le souci de limiter les « abus et situations inextricables⁵²⁹ », pour reprendre les termes du responsable de la Cokerie de Carling :

« Toute personne ayant visité un jour une cokerie ou ayant passé quelques heures dans l'enceinte d'une cokerie pour une raison quelconque serait en droit en cas de cancer bronchique quelque 10 ou 20 ans plus tard de demander la reconnaissance de sa maladie professionnelle. Cela serait le cas également pour tout le personnel d'entreprises extérieures qui travaille ponctuellement dans une cokerie⁵³⁰. »

Dans le souci de restreindre encore davantage le nombre de cas indemnisables, le critère sur lequel va se concentrer l'essentiel du conflit vise à restreindre au maximum la liste des travaux concernés par la réparation. Interpellant son confrère médecin-chef d'Unimétal à Longwy, pour l'informer de la discussion en cours au sein de la commission des maladies professionnelles – car « le travail dans les cokeries est directement visé par ce projet » – et pour lui demander communication des éventuelles études épidémiologiques qui auraient été menées dans les cokeries sidérurgiques, le docteur Amoudru expose son point de vue stratégique :

« Je crois qu'il sera difficile de nier qu'il y ait un risque cancérigène en cokerie puisque l'IARC a déclaré dans sa monographie n° 35 qu'il y avait évidence de danger en cokerie. En revanche, je crois que nous pouvons essayer de définir les postes où ce risque existe et éviter que la liste limitative des travaux ne recouvre par une formulation trop vague toutes les catégories de tâches les plus exposées comme celles qui ne le sont pratiquement pas. Ainsi, sur la base d'une étude métrologique, peut-être pourrions-nous définir mieux les postes exposant au risque et créant présomption d'origine : par exemple le travail sur les fours ou près des portes des fours⁵³¹. »

On se souvient que Jean-Claude Zerbib s'était étonné du comportement du docteur Amoudru, « d'ordinaire très coopératif », qui s'était révélé « très hargneux⁵³² » lors de la première séance consacrée à l'examen du tableau 16 bis. Les archives des Houillères du bassin de Lorraine laissent supposer que le médecin-chef des Charbonnages de France se trouve surtout pris au dépourvu. Il est en effet confronté à la volonté de l'administration de conclure vite ce dossier et aux arguments extrêmement documentés présentés par l'INRS et par la représentation syndicale. Les formes d'argumentation

⁵²⁸ Le projet de départ fixait à trois ans la durée d'exposition. Les organisations syndicales, devant la volonté patronale d'imposer dix ans, revendiquaient cinq ans. Les services médicaux des Houillères de Lorraine estimaient que le « délai d'exposition de 5 ans nous paraît convenable ». Houillères du Bassin de Lorraine, services médicaux du travail, docteur Mayer à Docteur Mas, médecin chef des charbonnages de France, Carling, le 31 juillet 1989 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵²⁹ Houillères du Bassin de Lorraine, UE Cokerie de Carling, nuisances en cokerie, M. Boillat au docteur Amoudru, Freyming-Merlebach, 16 juillet 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁰ *Ibid.*

⁵³¹ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru au médecin chef d'Unimétal, Paris, le 31 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³² Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CsMP du 6 décembre 1985, p. 6 [Archives JCZ].

adoptées par la délégation patronale et ses multiples interventions s'apparentent à une tactique visant à gagner du temps pour se constituer une documentation, manifestement inexistante ou fragmentée, « alors que certains partenaires sociaux disposent de dossiers plus complets⁵³³ ». Le médecin chef des Charbonnages de France sollicite donc les directeurs des Houillères ou les médecins des services de médecine du travail concernés dans la perspective de recueillir des mesures d'atmosphère afin de pouvoir hiérarchiser les travaux concernés et les effectifs de salariés et d'anciens salariés pour se donner une idée du volume des personnes éventuellement concernées ; il les interroge également sur les éléments en leur possession qui permettraient, dans le cadre d'une reconstitution des carrières des salariés, d'isoler les seuls moments où ils auraient été au contact des fours.

« Si nous ne sommes pas en mesure d'apporter des informations suffisantes sur le point 1 et les assurances convenables sur le point 3, il est évident que l'on va vers la globalisation et la prise en compte de tous les cancers bronchiques apparaissant chez tous travailleurs ou ex-travailleurs d'une cokerie ayant figuré à son effectif pendant 3 ans. [...] Comme on le voit, la matière est sérieuse⁵³⁴. »

Les réponses que le docteur Amoudru reçoit à sa demande de « communication des résultats de toute mesure qui aurait été faite dans les cokeries et les usines d'agglomération sur les teneurs dans l'atmosphère de benzo-a-pyrène et/ou de HAP avec mention des postes et travaux correspondants⁵³⁵ » ne satisfont pas à son attente. Le chef d'unité de la cokerie de Carling lui fait ainsi savoir qu'il n'existe pas de mesures récentes⁵³⁶ et le médecin du travail qu'il n'existe pas de contrôles continus ou discontinus de la teneur de l'atmosphère, à l'exception de la surveillance effectuée sur « certains secteurs des sous-produits et du service gaz, où il existe un risque de fuites de gaz⁵³⁷ ». C'est ensuite aux médecins-chefs des trois houillères qu'il s'adresse.

Il semble en effet exister une forme de négligence ou de résistance à ces prélèvements d'atmosphère qui pourtant permettraient de vérifier le respect des valeurs limites préconisées – « 0,15 microgramme/m³ depuis février 1985⁵³⁸ » – et d'établir une hiérarchie des postes concernés par l'exposition pour restreindre la liste de ceux qui

⁵³³ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, Nuisances en cokerie et usines d'agglomération, adressée au directeur général des HBPNC, des HBL, des HBCM, Paris, le 12 juin 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁴ Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, Tableau n° 16 bis, cokeries gazières, le 10 mars 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁵ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, Nuisances en cokerie et usines d'agglomération, adressée au directeur général des HBPNC, des HBL, des HBCM, Paris, le 12 juin 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁶ Houillères du Bassin de Lorraine, UE Cokerie de Carling, nuisances en cokerie, M. Boillat au docteur Amoudru, Freyming-Merlebach, 16 juillet 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁷ CMT de Carling, services médicaux du travail, docteur Mayer à docteur Mathieu, Carling, le 11 septembre 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵³⁸ Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, confidentiel, nuisances en cokerie, adressée au directeur général des Hbpnc et au directeur général des HBL, Paris, le 12 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

seraient concernés par la réparation⁵³⁹. L'un des médecins sollicités fait d'ailleurs part de sa propre déconvenue :

« On pense que les postes situés devant et au-dessus des fours sont bien plus exposés, mais nous n'avons aucune mesure scientifiquement valable pour étayer notre jugement de bon sens [...] c'est pourquoi je regrette vivement que les demandes réitérées de mon prédécesseur le docteur [X], en 1985, concernant la mise en œuvre d'une campagne de mesure du benzène et des HAP dans l'atmosphère soient restées sans réponse⁵⁴⁰. »

Un courrier daté de novembre 1986 issu du secteur Environnement du CERCHAR ouvre la porte à une hypothèse. En réponse à la demande du docteur Mas, des Charbonnages de France, sur la possibilité d'effectuer des mesures pour déterminer la teneur en HAP en différents endroits de la cokerie de Carling, il mentionne en introduction :

« M. Turpin [directeur du CERCHAR] m'indique que ce problème, sous-jacent depuis près de deux ans, est de nouveau d'actualité. Nous n'avons pas donné suite aux demandes du docteur Amoudru à l'époque en raison de réticences des exploitants qui craignaient que ces mesures aient un impact psychologique défavorable. Un récent contact avec M. Rigaud ([directeur de la] Cokerie de Carling) montre que la réalisation de mesures est maintenant souhaitable⁵⁴¹. »

La réserve des dirigeants des houillères à l'endroit des mesures d'atmosphère relève d'un registre familier dans le domaine des risques professionnels ou environnementaux : évoquer le caractère anxiogène de l'information pour justifier de sa non communication, voire de sa non production. Négligées jusqu'alors, les mesures relèvent brusquement d'une nécessité quand l'enjeu se déplace dans la commission des maladies professionnelles en charge de statuer sur de nouveaux tableaux⁵⁴².

En attendant la réalisation de ces mesures nécessaires à objectiver différentes catégories d'exposition, la représentation patronale mène bataille pour éviter que le futur tableau 16 bis ne concerne pas tous les ouvriers des cokeries. À raison de un cancer pour mille salariés, selon les résultats des études épidémiologiques, les effectifs concernés par la réparation seraient, à en croire les estimations fournies au docteur Amoudru, relativement modestes, pas plus d'une dizaine de salariés ou anciens salariés⁵⁴³. La représentation patronale parvient toutefois à restreindre le champ des

⁵³⁹ Le docteur Amoudru le regrette lui-même : « Dans le passé, j'avais à plusieurs reprises attiré l'attention de la direction de la carbonisation sur ce problème et demandé des enquêtes comportant en particulier le dosage de benzo-a-pyrène dans l'atmosphère. Mes demandes n'ont jamais été prises en compte bien qu'il soit de mon rôle de demander et d'obtenir ces renseignements. Et je n'ai pu obtenir du CERCHAR que les informations fragmentaires dont celui-ci disposait. » Charbonnages de France, Services médicaux et conditions de travail, Claude Amoudru, confidentiel, nuisances en cokerie, adressée au directeur général des HBNPC et au directeur général des HBL, Paris, le 12 décembre 1985 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁴⁰ HBNPC, chef du service médecine du travail, nuisances en cokeries et usines d'agglomération : création d'un tableau des maladies professionnelles n° 16 bis, au docteur Amoudru, Douai, le 29 août 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁴¹ CERCHAR, R. Perret, Groupe environnement, Risques professionnels en cokerie. Problème des hydrocarbures polycycliques HPA tels que Benzo-a-pyrène, etc., à Docteur Mas, Cdf, le 13 novembre 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁴² Se reporter en annexe au plan d'une cokerie et les résultats des mesures en benzo(a)pyrène (BAP) selon les postes.

⁵⁴³ Par exemple, on recense à la fin des années 1960, « puisque le temps de latence est de l'ordre de 25 à 30 ans », dans les treize cokeries des HBNPC, 2 645 salariés et 780 dans les douze usines d'agglomération. HBNPC, chef du service médecine du travail, nuisances en cokeries et usines d'agglomération : création d'un tableau des maladies professionnelles n° 16 bis, au docteur Amoudru, Douai, le 29 août 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53]. Aux Houillères du bassin de Lorraine, seules

salariés et anciens salariés concernés face aux organisations syndicales de salariés résolues à maintenir leur exigence.

C'est finalement sur la formule « personnels directement affectés à la marche et à l'entretien des fours⁵⁴⁴ », proposé par le docteur Mas, que s'achève la négociation concernant les travaux en cokerie : « Cette appellation est à mon avis également ouverte à la notion de "nuisance de voisinage"⁵⁴⁵ », commente Jean-Claude Zerbib dans son compte rendu. Les travaux « d'épandage d'enduits superficiels dans les travaux routiers » sont en revanche totalement exclus du tableau.

3.2.3.4. *Compliciter la charge de la preuve des expositions*

Au-delà des critères administratifs du tableau, la représentation patronale s'attache surtout à chercher les moyens de distinguer un cancer broncho-pulmonaire provoqué par des expositions professionnelles, d'un autre qui serait lié à des facteurs extra-professionnels. Déjà, en 1985, lors de la révision du tableau 30 concernant les cancers broncho-pulmonaires liés à l'inhalation des poussières d'amiante, elle a obtenu de limiter le champ de la reconnaissance de cette pathologie à la « condition que sa relation avec l'amiante soit médicalement caractérisée », c'est-à-dire que la maladie bénéficie en quelque sorte d'un « marqueur » d'une exposition à l'amiante : en l'occurrence, il s'agit de ne reconnaître que les cas associés à des plaques pleurales ou à une asbestose ou ceux pour lesquels on peut repérer, au moyen d'un lavage broncho-alvéolaire, la présence de fibres d'amiante dans les tissus pulmonaires⁵⁴⁶.

Cette démarche, récurrente depuis la création des tableaux, n'est pas propre à la pathologie cancéreuse – qu'on se souvienne des « rhumatismes saturnins » – et la discussion croisée sur la révision des tableaux 16, 16 bis, 36 et 36 bis le confirme⁵⁴⁷. Dans le cas du tableau 16 bis, il s'agit donc d'identifier par quels examens procéder pour « caractériser médicalement » l'exposition aux HAP professionnels. Plusieurs études sont lancées, sans doute à l'initiative des HBL : on en retrouve la trace dans leurs archives, en

1 300 d'entre elles travaillaient en cokerie en 1983. JP Bertrand et *al.*, « Mortalité chez les ouvriers retraités des cokeries des Houillères du Bassin de Lorraine », *Revue de médecine du travail*, 1989, tome XVI, n° 2, p. 73-78 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁴⁴ Compte rendu de la réunion préparatoire sur le tableau 16 bis (ou ter) concernant les cancers broncho-pulmonaires provoqués par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion de charbon du 23 mai 1989, p. 1 [Archives JCZ].

⁵⁴⁵ *Ibid.*

⁵⁴⁶ Jean Bignon et *al.*, « Maladies respiratoires professionnelles. Diagnostic et réparation », *Revue des maladies respiratoires*, tome 7, supplément n° 2.

⁵⁴⁷ Le docteur Thillaud s'oppose ainsi fermement à l'insertion du granulome pulmonaire au tableau 36 s'il n'est pas précisé que le diagnostic est « vérifié par biopsie et par lavage » broncho-alvéolaire, deux interventions douloureuses et qui n'ont pas d'intérêt thérapeutique (Relevé des principales observations de la réunion du 27 octobre 1986, commission supérieure des maladies professionnelles, CSMPP, bureau CT4, DRT, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, p. 8). Dans son propre compte rendu, Jean-Claude Zerbib note que le président de la commission s'étonne « de la part d'un médecin d'une telle insertion : Nous n'avons pas le droit de faire subir à un ouvrier une intervention dangereuse ». « Et pourquoi pas l'autopsie ? » ironise Jean-Claude Zerbib dans sa note. Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMPP du 27 octobre 1986, p. 9 [Archives JCZ].

lien avec leurs services de médecine du travail. L'une répond au nom de code d'« Alexandrov », du nom du biochimiste du CIRC qui en est le maître d'œuvre, et se mène sur les ouvriers de la cokerie de Carling dans l'objectif « de montrer l'existence d'un trait génétique dans la formation de l'adduit critique au niveau de l'ADN lymphocytaire. Cette dosimétrie moléculaire pourrait servir à détecter la susceptibilité d'un individu à développer un cancer du poumon ⁵⁴⁸ ». L'autre concerne la recherche de marqueurs d'exposition dans les analyses urinaires, qui offrirait un « meilleur reflet de l'exposition individuelle que la dose externe mesurée par prélèvement atmosphérique⁵⁴⁹ ». Dans ces deux cas, il s'agit de se doter des outils pour envisager les risques cancérigènes à l'échelle individuelle, jusqu'à vouloir identifier une fragilité génétique⁵⁵⁰. Aucune de ces études n'aboutit sur des résultats concluants. En 1990, le compte rendu manuscrit d'une réunion organisée par la commission médecine du travail du Comité de la sidérurgie belge, situé à Bruxelles, à laquelle étaient notamment invités le médecin du travail d'Usinor Dunkerque et deux médecins du service de médecine du travail des HBL, rend compte de l'intervention du médecin Robert Lauwerys⁵⁵¹ de l'Université catholique de Louvain (UCL) sur les différentes méthodes d'évaluation des expositions aux HAP qui a comme conclusion qu'« aucune méthode n'est capable d'estimer le risque (cancer) à l'échelle individuelle⁵⁵² ».

La formule « cancer broncho-pulmonaire lorsque la relation avec les goudrons, les huiles et les suies est médicalement caractérisée » est pourtant promue par le docteur Amoudru et par la délégation patronale, et finalement adoptée par la commission des maladies professionnelles pour désigner la maladie dans le tableau. Au terme du travail d'un groupe dédié à cette question, il est entendu, commente Jean-Claude Zerbib à destination des membres de sa liste de diffusion, que « la caractérisation résultera de (l'anamnèse) l'interrogatoire de la victime par le médecin⁵⁵³ ». Prudent, il prévient qu'« il faudra veiller au fait que la circulaire qui accompagnera ce tableau précise que la

⁵⁴⁸ L'étude est faite en collaboration étroite avec le service médical du travail des Houillères du bassin de Lorraine, selon un document non daté présenté comme un projet d'étude [AD Moselle, 2472CAITM49-53]. On retrouve sur les archives ouvertes de l'Ineris, trace d'une communication sur ce sujet : Margarita Rojas et *al.*, « Détection d'adduits benzo[a]pyrène-ADN dans les cellules mononucléaires périphériques d'ouvriers de cokeries : corrélation à la capacité de fixation à l'ADN », Journées Médicales de Charbonnages de France, mars 1994, Saint-Étienne, p.142-145, accessible sur <https://hal-ineris.archives-ouvertes.fr/ineris-00971907> [consulté le 5 novembre 2017].

⁵⁴⁹ « Validation du 1-hydroxypyrrène urinaire comme marqueur d'exposition aux hydrocarbures polycycliques aromatiques chez les travailleurs en cokerie » [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁵⁰ Les résultats de ces deux études sont présentés à l'été 1994 à la cokerie de Carling en présence des participants à l'étude, membres du CHSCT, et de la hiérarchie concernée. Houillères du Bassin de Lorraine, service de médecine du travail, le 27 juillet 1994 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁵¹ Robert Lauwerys, médecin du travail, spécialiste en toxicologie industrielle, professeur à l'Université catholique de Louvain, est notamment à l'origine d'un dictionnaire toxicologique de plus de 1 000 pages, régulièrement ré-édité depuis 1990, date de la première édition : Robert R. Lauwerys et *al.*, *Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2007 [5^e édition].

⁵⁵² Comité de la sidérurgie belge, Commission de la médecine du travail, au docteur Mayer, Houillères du Bassin de Lorraine, 10 juillet 1990 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁵³ Compte rendu de la réunion préparatoire sur le tableau 16 bis (ou ter) concernant les cancers broncho-pulmonaires provoqués par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion de charbon du 23 mai 1989, p. 3 [Archives JCZ].

caractérisation n'est autre chose que l'interrogation par le médecin de la victime (interrogation-reconstitution qui est appelée du mot savant d'anamnèse)⁵⁵⁴. » Il ne semble toutefois pas conscient de la difficulté que va représenter pour les salariés et anciens salariés la nécessité de faire preuve de leur affectation passée « à la marche et à l'entretien des fours ».

En revanche, le docteur Amoudru est en mesure, lui, de le savoir. En réponse à sa question concernant les possibilités de reconstituer précisément les carrières des ouvriers des cokeries, les avis de ses interlocuteurs étaient mitigés⁵⁵⁵. S'il leur semblait possible de « reconstituer précisément le *curriculum labori* d'environ les trois-quarts des agents travaillant encore dans ces établissements⁵⁵⁶ », cette garantie ne concernait toutefois que les salariés en poste. Il existe en effet d'importantes limites à la reconstitution des carrières des anciens salariés, sur lesquelles le chef du service médecine du travail des HBNPC n'hésite pas à l'alerter :

« Presque tous ces établissements ont fermé (11 cokeries sur 12) et certains depuis très longtemps. Il apparaît évident pour le service de gestion du personnel que les renseignements seraient en cas de recherche systématique fréquemment fragmentaires et aléatoires. En tous cas, il n'est pas possible de donner l'assurance qu'on puisse retrouver tous les emplois tenus par chaque agent depuis par exemple 1960. On peut même, sans grand risque de se tromper, donner l'assurance inverse. [...] Pendant longtemps, des agents hors statut du mineur ont été employés en intérim par des cokeries et usines d'agglomération. Certains, en nombre non négligeable, ont travaillé largement plus de 3 ans au total dans ces établissements, le plus souvent à des emplois très exposés a priori (fours à coke). [...] Je ne vois pas comment reconstituer la carrière de tous ces agents, alors qu'ils n'étaient pas officiellement à l'effectif de l'établissement et que certaines des agences d'intérim ont disparu⁵⁵⁷. »

Le médecin-chef des Charbonnages de France est donc bien conscient que l'instruction des dossiers de déclaration sera confrontée à cet obstacle de pouvoir « caractériser » l'exposition, en l'absence de possibilités de reconstituer les carrières des anciens salariés des cokeries. Dans le cas d'une pathologie à long effet différé comme le cancer, cette question est pourtant au cœur de la possibilité d'une réparation. On mesure alors combien un tableau est un objet de lutte au moment de sa création, mais peut aussi porter en lui les germes d'une difficulté d'application. Dans le cas du tableau 16 bis, l'imprécision de la formule « médicalement caractérisée » ouvre un espace d'interprétation dans l'instruction et des difficultés pour les victimes à faire valoir leur droit à réparation.

⁵⁵⁴ Courrier de Jean-Claude Zerbib à liste de diffusion du 26 juin 1989 accompagnant le Jean-Claude Zerbib, compte rendu de la CSMP du 21 juin 1989 [Archives JCZ].

⁵⁵⁵ Houillères du Bassin de Lorraine, UE Cokerie de Carling, nuisances en cokerie, M. Boillat au docteur Amoudru, Freyming-Merlebach, 16 juillet 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁵⁶ HBNPC, chef du service médecine du travail, nuisances en cokeries et usines d'agglomération : création d'un tableau des maladie professionnelles n° 16 bis, au docteur Amoudru, Douai, le 29 août 1986 [AD Moselle, 2472CAITM49-53].

⁵⁵⁷ *Ibid.*,

C'est d'ailleurs, selon Marc-Olivier Déplaude, parce que le ministère du Travail est conscient que l'application des tableaux dépend ensuite de la bonne volonté patronale, qu'il transige en amont, au moment de la construction des tableaux et n'intervient pas davantage dans le rapport de force opposant représentation syndicale des salariés et représentation syndicale des employeurs. Cette recherche du consensus « aboutit nécessairement à des décisions conformes aux intérêts de la partie la plus puissante, c'est-à-dire la délégation patronale⁵⁵⁸ ».

Si la reconnaissance du « cancer du cokier » et, plus largement, celle du cancer broncho-pulmonaire en lien avec les HAP, peut être considérée comme une victoire de la part de la représentation syndicale, cette victoire est toutefois à l'image des possibilités offertes par le cadre de la CSMP : très étroite. Au regard de cette bataille de presque dix années, les chiffres de la reconnaissance du cancer broncho-pulmonaire sur le tableau 16 bis semblent ridicules : moins de 50 cas chaque année jusqu'en 2010, toutes localisations confondues (vessie, peau et système broncho-pulmonaire), moins de 100 cas par an aujourd'hui, dont seulement 11 cas de cancer broncho-pulmonaire⁵⁵⁹. Rétrospectivement, Henri Pézerat établit ainsi le constat que :

« L'expérience de la Commission maladie professionnelle où j'ai siégé pendant plusieurs années fut une expérience pénible où l'on se sentait impuissant et soumis à des règles sociales qui n'avaient rien à voir avec les impératifs de la santé au travail, règles totalement étrangères au simple respect des données scientifiques et médicales⁵⁶⁰ ».

Dans ce cadre paritaire et en dépit des ressources stratégiques des représentants syndicaux, les règles du jeu reposant sur le consensus leur sont extrêmement défavorables.

L'accès aux archives des Houillères du Bassin de Lorraine éclaire les stratégies déployées par les Charbonnages de France, principal secteur d'activité concerné par les cokeries, pour restreindre au maximum le champ de la réparation du « cancer des cokiers » : elles consistent à éviter puis ralentir l'inscription de la maladie aux tableaux et enfin à imposer des critères extrêmement restrictifs qui, non seulement, réduisent le nombre de salariés et d'anciens salariés concernés, mais rendent ensuite difficile l'instruction des dossiers en maladie professionnelle. On mesure, au terme de ces dix ans de bataille, combien le compromis construit pour établir la présomption d'origine des maladies professionnelles est constamment remis en cause, au prétexte du caractère multifactoriel des maladies pour lequel il a justement été laborieusement construit.

⁵⁵⁸ Marc-Olivier Déplaude, *La médecine à l'épreuve du...*, mémoire cité, p. 41-42.

⁵⁵⁹ Selon le rapport de gestion de la CNAMTS 2011, le tableau 16 bis représente le troisième tableau sur lequel, en proportion, les cancers professionnels sont reconnus, après ceux sur l'amiante et sur les poussières de bois. Le nombre de cas reconnus sur ce tableau 16 bis s'élevait en moyenne à 46 cas par an sur la période 2007-2011 et concernaient pour 67 % les tumeurs de la vessie, pour 9 % les cancers cutanés et pour 24 % les cancers broncho-pulmonaires.

⁵⁶⁰ Henri Pézerat, *Risques, sciences et...*, autobiographie citée, 2008, p. 52.

Conclusion

On voulait suivre dans ce chapitre la trajectoire de l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans le champ de la réparation des maladies professionnelles.

On a montré que c'est en lien avec la radioactivité que le cancer broncho-pulmonaire rejoint pour la première fois la catégorie des maladies professionnelles, en 1950⁵⁶¹, après qu'il ait été formellement identifié auprès des mineurs de pechblende, dès la fin du XIX^e siècle.

À la faveur des mobilisations pour l'amélioration des conditions de travail qui débutent à la fin des années 1960, on a ensuite reconstitué les contours d'un espace critique du système de réparation, qui se poursuit au-delà des années 1970. Envisagé sous la forme d'une « nébuleuse », celle-ci favorise le partage d'expérience et de savoir entre des syndicalistes, des médecins et des scientifiques et parvient à rendre visible dans l'espace public la question des cancers professionnels, surtout broncho-pulmonaires.

A contrario des chiffres produits par le système de réparation, l'environnement et les conditions de travail s'imposent alors dans l'espace public comme l'un des facteurs des inégalités sociales de mortalité par cancer. Les années 1980 représentent à cet égard une séquence de visibilité des risques cancérogènes au travail. Une large place leur est accordée dans les travaux et préconisations de la nouvelle Commission cancer du ministre de la Santé et la circulaire du ministère du Travail de 1985 les rend responsables de plusieurs milliers de décès par an.

Dans ce contexte, la commission où se crée et se modifie les tableaux de maladie professionnelle devient un espace d'intervention « en sourdine » pour certains acteurs de cette nébuleuse. Le cancer broncho-pulmonaire est l'un des enjeux majeurs du rapport de force qui oppose les représentants des salariés aux représentants d'employeurs. La bataille nécessaire à l'inscription du « cancer des cokiers » dans le champ de la réparation en est une illustration, près de dix ans avant la construction du tableau reliant le cancer broncho-pulmonaire, comme entité autonome, à l'amiante. Elle donne à voir les stratégies patronales déjà observées dans le cas d'autres maladies pour éviter, ralentir ou réduire le champ de la réparation.

⁵⁶¹ Sous une forme qui n'a pas été révisée depuis et se limite à prendre en charge les salariés contaminés par inhalation.

Troisième partie

Faire valoir ses droits : de sa construction à son instruction, le parcours d'une déclaration en maladie professionnelle

On a vu dans la partie précédente le rapport de force à l'origine de la construction des tableaux et comment les critères qui définissent la maladie professionnelle – et donc la présomption d'origine – sont le fruit d'une intense négociation.

Cette dernière partie s'attache à rendre compte du rôle que le tableau joue ensuite dans l'application du droit. Elle se construit en croisant l'expérience des salariés et anciens salariés atteints d'un cancer broncho-pulmonaire dans leur parcours d'accès au droit à l'exploration des coulisses de l'Assurance maladie, auprès des acteurs qui instruisent leur dossier.



Illustration extraite d'une brochure conçue et rédigée par Jean Dagron, avec la participation de l'Association pour l'étude des risques et des conditions de travail (ALERT): *Cancers professionnels, une maladie évitable*, mars 1991 [Archives Henri-Pézerat].

Chapitre 6

Constituer son dossier de déclaration : l'épreuve de la quête des preuves

« Comment décrire ?
comment raconter ?
comment regarder ?
sous la sécheresse des statistiques officielles [...]
comment reconnaître ce lieu ?
restituer ce qu'il fut ?
comment lire ces traces ?
comment aller au-delà
aller derrière
ne pas nous arrêter à ce qui nous est donné de voir
ne pas voir seulement ce qu'on savait d'avance
que l'on verrait ?
comment saisir ce qui n'est pas montré, ce qui n'a pas été
photographié, archivé, restauré, mis en scène ?
comment retrouver ce qui était plat, banal, quotidien, ce qui
était ordinaire, ce qui se passait tous les jours ? »
Georges Perec, *Ellis Island*, Paris, POL, 1995, p. 40-41.

L'accès au droit à réparation est le plus souvent présenté comme « complexe » – dans les rapports administratifs et parlementaires – et relevant du « parcours du combattant » – par les associations de victimes.

Dans ce chapitre, on interroge les possibilités pour les salariés et anciens salariés de parvenir à retraduire leur situation dans les termes exigés par le tableau de maladie professionnelle. Ils doivent en effet parvenir à prouver que leur maladie et leurs conditions de travail et d'emploi correspondent à ces critères ou, dans le cas contraire, parvenir à prouver les liens entre leur cancer et leurs expositions.

Cette quête des preuves se heurte à un large éventail d'obstacles et de difficultés, compromettant lourdement l'accès à la reconnaissance, dont ce chapitre rend compte.

« Au début, c'est facile. Il faut télécharger un document, le remplir et l'envoyer. On n'a pas l'impression que c'est compliqué. On remplit le papier, l'inspectrice vient, nous demande des documents. Mais après... » [Entretien avec la fille de M. Oubaali, septembre 2010]

Ouvrir ce chapitre par le témoignage de la fille d'un patient, engagée dans les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle du cancer de son père, éclaire d'emblée l'une des caractéristiques de l'accès au droit à réparation : son épaisseur insaisissable de prime abord. Si l'on suit les informations de l'Assurance maladie¹, il semble en effet se réduire à un acte administratif ordinaire, sans difficulté apparente : il s'agit de joindre le certificat médical initial (CMI) de maladie professionnelle rédigé par son médecin à un formulaire type de « déclaration de maladie professionnelle » sur lequel on aura inscrit la liste des « emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie » et les « postes occupés » en y joignant « autant que possible la copie des certificats de travail correspondants à ces emplois ». Il suffit ensuite d'attendre la fin de l'instruction, six mois plus tard au regard des délais réglementaires. Rien n'est dit des modalités de l'instruction, de sa nature contradictoire et des nombreux écueils auxquels vont être confrontés les requérants ou leurs proches.

De nombreuses associations de victimes évoquent et dénoncent un « parcours du combattant ». L'argument est même repris par certains médecins qui se saisissent de ce prétexte pour décourager leurs patients de s'y engager ou par certaines assistantes sociales désireuses de les épargner. L'expression laisse penser que les patients, en recourant au droit à réparation, ont conscience qu'ils s'engagent dans une bataille au cours de laquelle ils devront surmonter de nombreux obstacles. Mais sauf à profiter de l'expérience des permanences associatives ou syndicales pour les victimes du travail, la plupart des personnes éligibles au droit à réparation ignorent qu'en accomplissant cet acte de déclaration, elles pénètrent en terrain miné. Elles n'imaginent pas que les documents requis pour la constitution de leur dossier, quand bien même ils sont réalisés par le médecin (le certificat médical) ou leurs anciens employeurs (les certificats de travail) peuvent ne pas suffire, voire être mis en cause.

L'accès au droit repose en effet sur un appareil de preuves, médicales, administratives et précisant les conditions de travail, dont la constitution incombe au requérant. En abordant successivement les conditions d'obtention des preuves de la maladie, celles du travail et de celles des expositions, on mesure les difficultés auxquels se confrontent les salariés ou anciens atteints d'un cancer broncho-pulmonaire.

¹ Voir www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/en-cas-de-maladie-professionnelle/comment-declarer-votre-maladie-professionnelle.php [consulté le 3 février 2017].

1. Prouver sa maladie

On a vu précédemment que le recours au droit à réparation était conditionné par l'obtention d'un certificat médical initial de « maladie professionnelle ». En l'établissant, le médecin certifie le diagnostic précis de la maladie, comme l'y encouragent les termes du formulaire dédié², et suggère implicitement un lien avec l'activité professionnelle de son patient. En le joignant à son dossier de déclaration, le patient ne peut soupçonner que ce certificat ne suffit toutefois pas à « prouver » sa maladie, c'est-à-dire à certifier qu'elle correspond précisément aux termes d'un tableau de maladie professionnelle.

1.1. L'ambiguïté des formulaires : une simple suspicion d'origine professionnelle

Tout d'abord, l'intitulé du formulaire « Certificat médical de maladie professionnelle » est porteur en lui-même d'une forte ambiguïté, qui peut conduire à penser qu'en le signant, le médecin a reconnu le caractère professionnel de cette maladie alors qu'il n'a fait en réalité que le suspecter. La femme de M. Humez explique ainsi qu'elle a reçu le CMI de son mari et qu'elle l'a transmis aussitôt à la « Sécu » :

« Ça y est ! C'est écrit dessus, c'est bien professionnel. Ce n'est même pas mon mari qui y a pensé, lui n'en savait rien. Lui n'aurait jamais pensé que son travail pouvait à voir quelque chose avec ça. » [Journal de terrain, novembre 2009]

Lorsqu'elle apprend que l'instruction va seulement commencer et qu'il faudra patienter un peu, elle rétorque : « Mais les médecins le disent, ça ne suffit pas ? » Plus d'un mois plus tard, elle rappelle le GISCOP93 pour informer qu'elle a « reçu plein de papiers » : « Je compte sur vous, j'aimerais des conseils. » La consultation de pathologies professionnelles vient de lui envoyer de nouveaux documents, soutenant l'origine professionnelle du cancer de son mari. Je lui suggère de les faire parvenir sans tarder à la CPAM, pour enrichir son dossier.

« N'importe comment, avec tout ce qu'il a et tout ce que les médecins ont écrit, je ne vois pas comment on pourrait faire plus. Si ça ne leur suffit pas, alors on se bat contre un mur. Je ne suis pas compétente, je ne peux pas prouver que les médecins ont tort ou raison. C'est eux qui nous l'ont dit que c'était le travail, ce n'est pas nous qui y avons pensé tout seuls. » [Journal de terrain, janvier 2010]

En invoquant la figure d'autorité du médecin, Mme Humez témoigne en miroir de son sentiment d'incompétence et d'illégitimité. Alors même que le médecin de la consultation de pathologies professionnelles s'investit fortement dans la demande de reconnaissance en adressant des certificats médicaux complémentaires et des résultats

² « Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. » Mention précisée sur la notice jointe au formulaire CERFA de CMI (n° 50513#04), accessible sur www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6909.pdf [consulté le 12 février 2017].

d'analyse à la CPAM et que la procédure se déroule sans difficulté majeure, elle ne cesse de téléphoner en quête de conseils durant les dix mois qui séparent la rédaction du CMI du décès de son mari, manifestant ainsi son inquiétude quant au déroulement d'une procédure sur laquelle elle ne sait comment peser. Elle rend compte d'une frontière entre ceux qui savent (les dangers du travail) et ceux qui subissent (le contact avec l'amiante, la maladie), comme son mari qui, « finalement, [...] aura travaillé toute sa vie là-dedans ».

Atteint d'un mésothéliome à l'âge de 68 ans, celui-ci a commencé à travailler dès ses 14 ans comme manutentionnaire dans l'usine la plus proche de chez lui, le Comptoir de minéraux et matières premières (CMMP), une usine de broyage d'amiante située à Aulnay-sous-Bois³. Sans qualification, il a ensuite enchaîné en presque 30 ans huit contrats différents jusqu'à sa retraite, prise en 2001 : apprenti mécanicien, il change des freins, répare des câbles ; plombier-chauffagiste, il calorifuge des tuyaux, utilise une plaque d'amiante lorsqu'il soude pour protéger les murs ; ouvrier polyvalent, il pose du carrelage avec de la « colle-ciment », pose du lino et du dalami, tous matériaux contenant de l'amiante ; artisan, il se spécialise dans ces revêtements de sol ; de nouveau ouvrier, il poursuit cette activité dans le cadre de chantiers où se déroulent des travaux de flocage à l'amiante... Au final, M. Humez aurait été exposé durant 36 ans à l'amiante. Le médecin de la consultation de pathologies professionnelles s'engage d'autant plus fortement que l'origine professionnelle du mésothéliome de ce patient ne fait ici aucun doute et que la maladie répond parfaitement aux critères médicaux et administratifs du tableau de maladie professionnelle concerné, le tableau 30. Pour autant, la décision de reconnaître cette pathologie en « maladie professionnelle » ne lui appartient pas, elle est de l'unique ressort de la CPAM.

En effet, s'il a l'obligation légale de rédiger un CMI dès lors qu'il soupçonne l'origine professionnelle d'une maladie⁴, le médecin ne certifie toutefois rien d'autre chose que le diagnostic médical qu'il porte. Il n'a ni pouvoir de décision dans la reconnaissance en maladie professionnelle, ni compétence en matière d'identification des cancérigènes concernés. S'il suspecte l'origine professionnelle de la pathologie, il ne peut la garantir. Pour qui ne connaît pas les subtilités du droit à réparation, la nuance est difficile à saisir. Certains médecins mesurent d'ailleurs le coût de cette ambiguïté,

³ L'activité du CMMP est à l'origine d'une forte contamination environnementale à l'amiante. Plus de deux cent victimes de l'amiante, riveraines de cette entreprise, étaient identifiées en 2016. Se reporter à Léa Prost, *Mise en visibilité des victimes d'une pollution environnementale à l'amiante : le CMMP d'Aulnay-sous-Bois, Seine-Saint-Denis*, mémoire de M1 en géographie, Université Jean-Moulin de Lyon 3, juin 2016, et à la page dédiée au Collectif des riverains et victimes du CMMP sur www.ban-asbestos-france.com/aulnay.htm [consulté le 3 décembre 2015].

⁴ Le Code de la sécurité sociale indique ainsi que « le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables » (Art L461-5). Le Code de déontologie médicale rappelle, lui, que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires » (Article 76) et commente : « l'établissement des certificats médicaux est une des fonctions du médecin. Il ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises. Il en a l'obligation pour les certificats exigés par les lois et règlements. »

comme ce pneumologue d'un service partenaire de l'enquête du GISCOP93, se plaignant du temps qu'il doit passer à expliquer aux patients concernés les limites du CMI :

« On est bien embêté avec ce nom “maladie professionnelle”, on devrait parler de “risques professionnels”, parce que là, les patients, ils pensent d'emblée que c'est professionnel. Pareil dans le protocole de soins⁵ qu'ils reçoivent dès qu'ils déclarent, c'est écrit “soins en maladie professionnelle”, alors ils pensent que c'est reconnu. » [Journal de terrain, mars 2010]

1.2. Un diagnostic médical jamais acquis

Ensuite, même s'il est rédigé et signé par un médecin, le CMI ne suffit pas toujours à confirmer le diagnostic lui-même : celui-ci doit garantir la localisation initiale de la maladie. Pour correspondre aux critères retenus pour la catégorie « maladies professionnelles », il convient que le cancer broncho-pulmonaire du patient soit « primitif » c'est-à-dire qu'il ne doit pas correspondre à l'extension d'un cancer ayant débuté sur un autre organe. Dès réception d'un dossier de déclaration, le service médical de la Caisse s'adresse alors au praticien qui a établi le CMI pour obtenir la transmission de tous les éléments qui permettent d'établir le diagnostic et de confirmer la localisation primitive du cancer.

Par manque de temps, par ignorance des contraintes médico-légales et de leur subtilité, par agacement devant ce qu'ils peuvent ressentir comme une défiance vis-à-vis de leur diagnostic, certains médecins ignorent alors les requêtes du médecin-conseil de l'assurance maladie, impliqués qu'ils sont dans le soin et la prise en charge médicale. Comme en témoigne un médecin partenaire de l'enquête, « on croit qu'on rédige un CMI et que c'est terminé, mais ce n'est jamais fini, on est toujours sollicité⁶ ». Au cours du processus de reconnaissance, toute une série d'événements peuvent en effet surgir, qui nécessitent de nouvelles pièces, notamment médicales et pour lesquelles les médecins seront sollicités. Ainsi, si le patient décède avant même d'avoir effectué les démarches d'accès au droit à réparation ou pendant l'instruction de son dossier, ses ayants droit doivent pouvoir fournir à l'assurance maladie un certificat « décrivant les lésions ayant entraîné le décès », faute de quoi l'instruction et/ou l'indemnisation ne peuvent se poursuivre. S'il n'est pas décédé et que son cancer est reconnu en maladie professionnelle, le patient devra fournir à la caisse un certificat de « consolidation », indispensable à l'établissement du taux d'IPP qui détermine le montant de l'indemnisation. Les médecins peuvent également être sollicités, dans le cadre d'une demande d'indemnisation devant le FIVA ou en faute inexcusable de l'employeur, pour établir un certificat qui relate l'histoire de la maladie et précise les préjudices physiques

⁵ Juste après avoir déclaré en maladie professionnelle sa pathologie, la personne malade reçoit un formulaire de protocole de soins « en maladie professionnelle » qu'elle est censée faire remplir à chaque consultation médicale, afin que le coût de celle-ci soit imputé au compte AT-MP de l'Assurance maladie. Dans la pratique, celui-ci est très rarement utilisé, comme il en sera question au chapitre 7.

⁶ D. M., Hôpital Gamma, restitution des résultats de l'enquête GISCOP 93, journal de terrain, mars 2010.

et moraux. Toutes ces demandes, relativement inédites au regard des pratiques habituelles des médecins, sont tout à la fois une source de déstabilisation et de travail administratif supplémentaire et peuvent faire l'objet d'évitement. Celui-ci peut contrarier l'accès au droit à réparation de leurs patients. En effet, certaines demandes de reconnaissance en maladie professionnelle ne pourront alors être instruites et se solderont par un refus, pour « avis technique impossible » (ATI).

Dans certains cas, les éléments demandés par le médecin-conseil ne peuvent lui être transmis tout simplement parce qu'ils n'existent pas. En effet, les examens qui permettraient d'objectiver le diagnostic et surtout le caractère primitif du cancer – l'analyse anatomopathologique d'un fragment de tumeur (prélevé par biopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale)⁷ – ne peuvent pas toujours être réalisés. Là encore, les patients et/ou leurs proches n'en savent rien. Une erreur d'adressage d'un courrier du service médical est à l'origine de cette observation. Une lettre rédigée par le médecin-conseil de la Caisse demandant à l'oncologue en charge de M. Michelot, à l'hôpital Alpha, de lui fournir les résultats de « l'analyse minéralogique » du cancer de cet assuré atterrit un jour par inadvertance au GISCO93. Précisant qu'il s'agit d'une relance, il insiste sur l'importance de cette transmission. L'instruction de ce dossier en maladie professionnelle ne peut se poursuivre sans ces pièces médicales. Quelques semaines plus tard, je contacte la femme de M. Michelot par téléphone pour savoir si le médecin oncologue a donné suite :

« Je suis désolée, mais mon mari est mort.

Mais c'est moi qui suis désolée. Ce n'est sans doute pas le moment pour vous embêter...

Il est mort très vite, il avait deux tumeurs sur les lobes frontaux. Il avait des décharges électriques dans tout le corps. [...] J'ai demandé au médecin les documents dont vous m'avez parlé, mais il m'a dit qu'il ne pouvait pas me les donner car il n'avait pas fait de prélèvement. Mon mari était inopérable. [...] Il est revenu à la maison, il est mort dans mes bras. [...] Je ne sais pas comment faire maintenant avec la procédure. » [Journal de terrain, août 2010]

M. Michelot a 52 ans lorsque le diagnostic de son cancer est posé. Il est alors atteint d'un cancer broncho-pulmonaire à un stade très avancé, des métastases ayant envahi le cerveau. Dans ces conditions, les examens requis par le service médical de la Caisse apparaissent hors de propos au médecin oncologue : ces analyses minéralogiques, reposant sur un acte chirurgical, ne sont d'aucun bénéfice thérapeutique dans le cas de M. Michelot. Parce qu'ils n'ont comme perspective qu'un hypothétique bénéfice social – faire la preuve que le cancer correspond bien aux critères du tableau en maladie professionnelle – certains médecins refusent alors de les prescrire, considérant inutiles

⁷ Le diagnostic du cancer n'est jamais vraiment « certain » pour autant. Aux lendemains de l'interdiction de l'amiante et face aux prévisions alarmantes du nombre de mésothéliomes à venir, les pouvoirs publics soutiennent ainsi la création d'un réseau de référence anatomopathologique pour confirmer ou infirmer en double lecture les diagnostics posés par les médecins, MESOPATH10, situé à Caen, région par ailleurs particulièrement concernée par l'exposition à l'amiante. Ce faisant, les autres tumeurs pleurales, pourtant mentionnées au tableau 30, sont négligées tout comme les mésothéliomes du cœur (péricarde) ou des intestins (péritoine).

la réalisation d'actes médicaux à d'autres fins que thérapeutiques – ce qui est le propre de la médecine légale, une spécialité fort éloignée de l'activité des oncologues. Le dossier de M. Michelot, exposé durant vingt ans aux gaz d'échappement diesel, n'a pu être instruit, faute de « preuves » portant sur le caractère primitif de la maladie, preuves inaccessibles aux requérants eux-mêmes⁸. Si la procédure de réparation prévoit la possibilité de recours à l'autopsie dans la recherche de preuves médicales, la plupart des familles abordent douloureusement ces démarches, comme une violation du corps du mort ou une intervention contraire à leurs convictions religieuses et s'y opposent.

1.3. L'exercice médical, disjoint des exigences médico-administratives

Enfin, si la rédaction de comptes rendus et de certificats médicaux fait partie intégrante de l'activité du médecin, celle du CMI correspond, elle, à un exercice très spécifique qui fait basculer le médecin d'un univers médical à un univers médico-administratif très complexe, dont il ne maîtrise pas les subtilités. Comme d'autres patients, M. Mourida et ses proches ont pu en subir les conséquences.

Ancien mineur et puisatier, durablement exposé à la silice durant son activité professionnelle, M. Mourida est atteint d'une maladie correspondant exactement à tous les critères du tableau 25 : un cancer broncho-pulmonaire primitif associé à des lésions de nature silicotique, une exposition de plus de 5 ans à la silice dans le cadre d'une activité mentionnée dans la « liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies ». Sa maladie n'a pourtant pas été reconnue par le médecin-conseil de l'Assurance maladie, au motif sibyllin mentionné sur la notification de refus que « les conditions médicales prévues ne sont pas remplies pour le tableau des MP 25 ». Une exploration de ce dossier, dans le cadre du partenariat mis en place avec la CPAM, révèle la motivation du médecin-conseil : au lieu de recourir à la terminologie médico-administrative des tableaux – « cancer broncho-pulmonaire primitif associé à des signes radiologiques ou des lésions de nature silicotique » –, le pneumologue a rédigé le CMI de M. Mourida en désignant la maladie dans sa langue de clinicien : « carcinome épidermoïde primitif, avec lésions silicosiques ».

Le pneumologue ne peut donc apparemment pas s'appuyer sur le médecin-conseil – pourtant acteur central de l'assurance maladie et, ce faisant, particulièrement au fait des subtilités du droit à réparation – pour jouer le rôle d'intermédiaire entre son univers médical et l'univers médico-administratif de la « maladie professionnelle ». Alors même que sa formation est indigente en la matière, c'est sur lui que l'on fait reposer la responsabilité de parvenir à passer d'une langue à l'autre et de savoir s'emparer des termes exacts figurant aux tableaux des maladies professionnelles, quand bien même ils

⁸ Danielle Seilhean, « Autopsie et religions », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 185, n° 5, 2001, p. 877-889.

lui sont étrangers ou trop imprécis. C'est d'ailleurs parce qu'ils sont conscients de cette difficulté que les rédacteurs du *Guide des maladies professionnelles* édité par l'INRS⁹ s'efforcent de décrire quelles sont les maladies concernées par les tableaux, de préciser les examens nécessaires à leur objectivation et les modalités d'interprétation. Ils proposent ainsi un « enrichissement du contenu des tableaux [...] qui n'a pas de valeur médico-légale¹⁰ ». Reliques du temps où elles furent inscrites dans les tableaux, « il existe quelques noms de maladies qui sont vieillots et qui ne sont plus du tout utilisés maintenant », explique Anne Delépine, chargée de la sensibilisation des médecins à la santé au travail à l'INRS¹¹. Une « description clinique des maladies indemnifiables » est ainsi proposée en commentaires joints à presque tous les tableaux. Pour le tableau 30 bis qui concerne le « cancer broncho pulmonaire primitif » en lien avec l'exposition à l'amiante, il est ainsi précisé :

« Il s'agit des tumeurs broncho-pulmonaires malignes qui prennent naissance au niveau de la muqueuse respiratoire trachéo-bronchique, induites par l'inhalation de fibres d'amiante. Tous les types histologiques de cancer broncho-pulmonaire primitif peuvent être induits par l'amiante : carcinome épidermoïde, adénocarcinomes, carcinomes à petites cellules, carcinomes à grandes cellules¹². »

Cet ouvrage de sensibilisation parvient toutefois, difficilement à toucher sa cible et retient surtout l'attention des médecins du travail¹³. Faute de parvenir à s'approprier ces subtilités médico-administratives et d'être relayé par le médecin-conseil, le praticien peut obstruer, par sa seule rédaction, l'accès au droit de ses patients, quand bien même leur maladie correspond parfaitement aux exigences des tableaux.

Les médecins généralistes et les maladies professionnelles

Une enquête menée en 2009 auprès de médecins généralistes confirme leurs difficultés à appréhender les liens entre le travail et la maladie et, plus précisément, les obstacles à la déclaration de maladie professionnelle : 78 % d'entre eux évoquent « la complexité des tableaux de maladies professionnelles », 74 % « les difficultés de repérage de l'origine professionnelle de la maladie » et « la méconnaissance des critères de déclaration », 73 % leur « méconnaissance des procédures administratives ». Ils signalent également leur manque de temps pour s'y consacrer (55 %), voire « la crainte d'être manipulé par le patient » (21 %)¹⁴.

⁹ Ce guide paraît dans une version imprimée, régulièrement réactualisée. La version numérique est enrichie de commentaires : *Guide d'accès et commentaires sur les tableaux de maladie professionnelle*, en ligne sur www.inrs-mp.fr [consulté le 3 juillet 2015].

¹⁰ Rubrique « maladies et symptômes » du *Guide d'accès et commentaires sur les tableaux de maladie professionnelle*, en ligne sur <http://www.inrs-mp.fr> [consulté le 3 juillet 2015].

¹¹ Entretien avec Anne Delépine, juin 2015.

¹² INRS, *Guide d'accès et commentaires sur les tableaux de maladie professionnelle*, doc. cité.

¹³ Entretien avec Anne Delépine, juin 2015.

¹⁴ Pierre Verger et al., « Médecins généralistes et santé au travail », *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Colette Ménard et al. (dir), Saint-Denis, INPES éditions, « Etudes santé », 2011, p. 128-129.

Le médecin doit également être en mesure de maîtriser toutes les nuances qui conduisent, en fonction de lésions associées à la pathologie cancéreuse, à orienter le CMI sur tel ou tel tableau. Le cancer broncho-pulmonaire est inscrit dans plusieurs d'entre eux, qui tous ne présentent pas les mêmes exigences, par exemple en termes de durée d'exposition.

Dans le cas de M. Pigot par exemple, sa veuve et son avocate parviennent au terme de trois années de contentieux à « requalifier » la maladie dont il était décédé et obtenir ainsi sa reconnaissance en maladie professionnelle. Suite à un premier refus de la part de la CPAM, un médecin expert sollicité par son avocate réexamine toutes les pièces médicales et identifie un critère qui permet de basculer d'un tableau à l'autre, du T 30 bis au T 30 : l'existence d'un épaissement de la plèvre qui, en présence d'un cancer du poumon, permet de requalifier la maladie en « dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant les lésions parenchymateuses et pleurales ». Les différences d'exigence sont alors de taille : 5 années d'exposition au risque au lieu de 10 et une liste indicative d'activités au lieu d'une liste limitative. Défendue devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS), cette requalification médicale aboutit à un jugement favorable.

Cette recherche des lésions associées, parfois déterminante, ne prend pas toujours sens pour le médecin qui réfléchit davantage en termes de bénéfice médical qu'en termes de bénéfice social ; elle peut parfois être ignorée alors même qu'un simple examen des pièces médicales permettrait d'identifier des critères déterminants pour l'accès au droit. Il existe ainsi « des médecins qui soignent bien médicalement mais pas juridiquement¹⁵ ». Responsable de l'association départementale de défense des victimes de l'amiante, Alain Bobbio constate que « beaucoup de médecins, même attachés au droit à réparation, ne le connaissent pas, ne le comprennent pas¹⁶ » :

« Les vieux pneumologues ou radiologues utilisent le terme asbestose pour toutes les maladies de l'amiante. Le radiologue utilise le terme d'épaississements autant pour une plaque pleurale que pour un épaissement. Dans le tableau 30 et dans le tableau 30 bis, il est question de la même maladie, mais qui n'est pas désignée pareil. Dans le 30, c'est du chinois, c'est incompréhensible. »

On peut alors considérer que les tableaux de maladie professionnelle s'apparentent à un « dédale¹⁷ » au sein duquel, selon la pathologie de ses patients et au risque de compromettre leur accès au droit, le médecin n'a pas toujours le temps ni les compétences pour s'orienter¹⁸. Le droit à réparation restant marginal dans son activité, il échappe à la routine des tâches administratives qui lient le médecin à l'assurance maladie, aux mutuelles, au fisc, etc., que des logiciels l'aident désormais à maîtriser.

¹⁵ Docteur Lucien Privet, intervention lors de la formation syndicale organisée par la CFDT sur les AT-MP, à l'Institut du travail, Strasbourg, 2013 [journal de terrain].

¹⁶ Alain Bobbio, Journée de formation « amiante » organisée par le service social de la CRAMif avec l'ADDEVA93, Bobigny, 19 mai 2014 [journal de terrain].

¹⁷ Dominique Huez, « Le dédale de... », chap. cité, 1985, p. 41-45.

¹⁸ Selon la CPAM du département de l'Eure, « près d'un certificat sur deux réceptionnés à la CPAM de l'Eure serait inexploitable ». Ces constats doivent valoir pour les autres départements, sauf à penser que le corps médical de l'Eure est très particulier. Accessible sur www.cpam-eure.com/bien_remplir_un_certificat_medical/ [consulté le 5 septembre 2014].

En déclarant leur maladie en vue d'une reconnaissance en maladie professionnelle, sur la foi du certificat médical de « maladie professionnelle » rempli par leur médecin, les patients ne soupçonnent pas l'existence d'un tel conflit de normes et de position entre l'univers médical et l'univers médico-administratif. Ils ne réalisent pas que leur démarche met en tension deux types de médecins, répondant à des registres d'activité différents et que, de cette tension, peut dépendre l'aboutissement de leur dossier, sans même qu'ils en soient informés.

1.4. La faible marge de manœuvre des patients

La démarche d'intervention ayant mis au jour cette forme d'obstacle à l'accès au droit, il s'est alors agi de conseiller aux patients de reconstituer eux-mêmes leur dossier médical afin qu'ils ne demeurent pas dépendants, pour l'issue de leur dossier, de la disponibilité ou du bon vouloir des médecins hospitaliers à répondre aux demandes des médecins-conseils. Il leur faut donc collecter les différents documents (résultats d'analyses, d'examen, compte rendu infirmier, etc.), le plus souvent épars, auprès des services hospitaliers, de leur médecin traitant ou des médecins spécialistes qu'ils ont consultés. Si la loi dite « Kouchner » relative aux droits des malades¹⁹ prévoit la possibilité pour les patients – et pour leurs ayants droit²⁰ – d'accéder aux pièces médicales les concernant, son application rencontre cependant quelques résistances, selon les institutions concernées.

Pour obtenir ces pièces médicales, la plupart des établissements hospitaliers mettent en ligne la procédure à suivre, voire un formulaire type à remplir et à adresser à la direction de l'hôpital ou au service des droits des malades, lorsqu'il existe. Mais il peut ensuite exister des filtres, reflet des barrières morales des interlocuteurs concernés à l'hôpital. Ils se révèlent au détour de la démarche d'une veuve constituant son dossier de demande d'indemnisation devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), suite au décès de son mari d'un cancer broncho-pulmonaire. Souhaitant obtenir les pièces du dossier médical de son mari et sur les conseils d'une avocate, Mme Bensaïd s'adresse au service des droits des malades de l'hôpital Alpha et, dans son courrier, énumère précisément les documents dont elle souhaite la transmission, incluant le « compte rendu infirmier ».

Ce dernier précise l'état physique et moral du patient durant son hospitalisation, à partir des notes échangées entre les différents infirmiers qui se succèdent à son chevet. Il

¹⁹ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (parue au Journal Officiel N° 54 du 5 mars 2002 page 4118) et le décret du 29 avril 2002 prévoient un accès direct au dossier médical.

²⁰ Art. L. 1110-4, 2^e alinéa, du Code de la Santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

permet, dans cette procédure, d'objectiver les préjudices moraux et physiques causés par la maladie, desquels dépend le montant de l'indemnisation réclamée auprès du FIVA.

Quelques jours après l'envoi de ce courrier, Mme Bensaïd me contacte, très choquée : elle a reçu un appel de la responsable du service des droits des malades refusant de lui transmettre ce document. « Elle m'a parlé comme si je ne comprenais pas le français, elle criait et elle m'a dit que je n'avais pas besoin de ce document, je ne sais pas quoi faire. »

Je rappelle alors la responsable de ce service pour lui demander si le compte rendu infirmier est présent dans le dossier médical hospitalier. Elle se tend immédiatement : « Franchement, je ne vois pas l'intérêt de savoir que monsieur a mangé des petits pois à 12 h 30. » Je lui explique que, dans le cas des personnes qui décèdent à l'hôpital, ce compte rendu évoque les souffrances, les douleurs... « Ça n'a rien de particulier aux cancers, c'est pour tout le monde pareil, c'est douleur et souffrance. Le [responsable de la consultation de pathologies professionnelles] m'a expliqué que le FIVA ne s'intéresse qu'à ce qui s'est passé au travail, c'est sur ça qu'ils se basent. Les veuves demandent le dossier médical, je sais que la CADA a dit qu'elles avaient le droit, il y en a qui me demandent le dossier intégral et elles rangent ça dans un tiroir de leur commode, je trouve ça très malsain. » Je lui dis que la CPAM ne s'intéresse effectivement qu'au travail, mais que ce n'est pas le cas pour le FIVA qui fait une offre de réparation intégrale, je lui énumère les types de préjudice, insiste sur l'intérêt de personnaliser les préjudices et que, dans ce cadre, l'histoire de la maladie est importante... « Bon, très bien, qu'ils nous demandent les CR, on leur fera facturer le temps d'intervention, les photocopies, le recommandé... Je ne faisais rien facturer jusqu'à présent pour qu'ils puissent aller devant le FIVA avec leur CR, mais s'ils en veulent plus, c'est du temps de secrétariat, du temps de recherche, c'est autre chose et puis je vous répète que je ne vois pas l'intérêt, c'est malsain. » [Journal de terrain, octobre 2011]

Responsable du service des droits des malades, Mme Z. est particulièrement au fait de la loi Kouchner, et notamment de la possibilité donnée aux ayants droit d'accéder au dossier médical de leur défunt dans le cadre de l'exercice du droit à réparation. Ignorant toutefois les modalités concrètes des parcours d'accès au droit à réparation, à l'abri des jugements de ses confrères, elle disqualifie la demande de Mme Bensaïd, qu'elle estime exorbitante, voire déviante. À l'appui d'un fort jugement moral, elle s'autorise ainsi à restreindre l'application de la loi selon une frontière entre ce qui serait, selon elle, « sain » et « malsain », méfiante à l'égard de veuves qui pourraient faire, selon elle, un usage morbide de ces documents. Confrontée au rappel des termes du droit et soumise par ailleurs à la pression de ses conditions de travail, elle choisit de raidir sa position, se saisissant de la possibilité de faire facturer la copie du dossier comme d'une occasion de sanctionner les demandes sortant de son propre entendement. Pour Mme Bensaïd, cette démarche s'apparente à une double peine : celle de réactiver la souffrance liée au deuil et celle liée au soupçon d'en tirer un intérêt « malsain ».

Si les structures hospitalières appliquent, avec quelques limites, la loi Kouchner et permettent ainsi aux patients ou à leurs ayants droit de reconstituer leur dossier médical, le service médical de l'Assurance maladie, lui, en refuse totalement les termes. En dépit de multiples sollicitations, il a ainsi, durant tout le temps de l'enquête, opposé un refus systématique aux demandes effectuées par les veuves (voir encadré ci-dessous).

Ce faisant, il les prive de la possibilité de constater sur quelles pièces repose l'instruction, d'enrichir éventuellement le dossier et d'accéder à l'avis du médecin du travail, inaccessible autrement. Il entrave ainsi leur accès au droit, en ne respectant pas l'un de ses principes généraux, selon lequel toutes les parties concernées – ici le salarié ou ancien salarié et l'employeur – doivent avoir accès aux différentes pièces pouvant soutenir leur demande.

La démarche d'intervention face au service médical de l'Assurance maladie

L'intervention consiste notamment à convaincre les veuves de la nécessité d'obtenir le dossier médical de leur mari et à les soutenir dans leurs démarches par la rédaction de modèles de courrier argumentés en droit. Confronté à ces demandes relativement inédites, le service médical de la CPAM modifie sa réponse au fil du temps et des tentatives répétées. Dans un premier temps, il répond par de simples lettres de refus. L'une de ces veuves répond à notre suggestion d'interpeller la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), un organisme mis en place par l'Etat en 1978 pour « assurer la bonne application du droit d'accès²¹ ». Elle obtient gain de cause : la CADA rend un avis favorable précisant que « la qualité d'ayant droit de Mme A ne fait aucun doute » et que « l'objectif de la demande, indiqué par l'intéressée, est, conformément aux dispositions de l'article L110-4 du code de la santé publique, de faire valoir ses droits ». Le service médical est donc contraint de lui faire parvenir les pièces du dossier médical de son mari.

Avec l'accord de cette veuve, les demandes rédigées ensuite au bénéfice d'autres veuves s'appuient sur cet avis favorable, toujours joint en copie²². Le service médical répond toujours par des simples lettres de refus et de nouveaux avis favorables sont rendus par la CADA. Au terme de plusieurs échanges de ce type, le service médical insère un nouveau paragraphe dans son courrier de réponse : après avoir notifié son refus de transmettre le dossier médical, c'est désormais lui-même qui suggère de contacter... la CADA : « Je me vois donc dans l'obligation de refuser l'accès aux informations demandées. Cette décision peut faire l'objet d'une demande de recours auprès de la Commission d'accès aux documents administratifs [suit l'adresse]²³. »

Ainsi, plutôt que de se ranger aux avis favorables émis par la CADA, le service médical préfère inviter chaque requérante à accomplir une démarche déjà effectuée avant elle pour un résultat connu d'avance. À défaut d'avoir pu nous entretenir avec les médecins-conseils concernés, nous pouvons faire l'hypothèse que, renvoyant les requérants vers la CADA, ils se délestent ainsi d'une responsabilité qu'ils refusent de prendre, par peur d'affaiblir le secret médical et sans doute aussi vis-à-vis des juristes spécialisés dans la défense des employeurs, à l'initiative d'un important contentieux²⁴.

Très marqués par la culture du secret médical²⁵, au cœur de leur profession, un certain nombre de médecins n'ont pas intégré les évolutions légales, introduites notamment par la loi dite Kouchner²⁶. Ils entravent ainsi l'accès au droit à réparation.

²¹ « Le livre III du code des relations entre le public et l'administration reconnaît à toute personne le droit d'obtenir communication des documents détenus dans le cadre de sa mission de service public par une administration, quels que soient leur forme ou leur support. [...] Toute personne qui se voit refuser l'accès à un document administratif ou n'obtient pas de réponse dans un délai d'un mois, peut saisir la CADA pour que celle-ci se prononce sur le caractère communicable ou non de ce document. Elle peut également la saisir lorsqu'elle reçoit une décision défavorable pour la réutilisation d'informations publiques », en ligne sur www.cada.fr [consulté le 21 février 2017].

²² En parallèle, un courrier que j'ai adressé au service juridique de la CNAMTS demandant un éclaircissement sur ces pratiques est resté sans réponse, en dépit de plusieurs relances par téléphone.

²³ Courrier du service médical Île-de-France à la veuve de M. Saladin, 26 juillet 2013 [Archives Giscop93].

²⁴ Se reporter au chapitre 7.

²⁵ Le secret médical est le secret professionnel du médecin. Le secret médical figure parmi les premiers articles du Code de déontologie médicale (art 4) et le non respect du secret professionnel est par ailleurs sanctionné par le Code pénal (Article 226-13).

Ces démarches sont particulièrement coûteuses pour les veuves, cessant d'être des victimes à partir du moment où elles sont soupçonnées de vouloir tirer parti du dossier médical d'un mari décédé. Ces résistances à l'accès aux preuves médicales pèsent sur le travail administratif demandé aux requérants ou à leurs proches, contribuant à l'alourdir fortement. Elles peuvent être à l'origine d'abandons, chacun de ces obstacles se lisant comme une épreuve sur le chemin hypothétique de la réparation.

2. Prouver son travail

Déclarer son cancer en maladie professionnelle nécessite également, comme mentionné sur le formulaire dédié, de joindre à son dossier, « autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois ». Pour conduire l'instruction des dossiers, la Caisse doit en effet pouvoir identifier avec certitude les périodes travaillées²⁷, les activités exercées et les employeurs concernés²⁸. La charge de ces « preuves » repose sur les (anciens) salariés, censés avoir conservé leurs fiches de paye ou leurs certificats de travail. Pour certains d'entre eux, la constitution du dossier de déclaration peut s'avérer particulièrement éprouvante : ils se confrontent à deux principales difficultés, l'une relevant de la conservation de leurs documents administratifs, l'autre du décalage existant entre ce que disent ces documents et la réalité du travail exercé.

2.1. Conserver les papiers : une combinaison d'obstacles

Majoritaires dans l'enquête, les retraités ne possèdent souvent plus d'autres preuves administratives de leur travail que leur relevé de carrière, suffisant pour le calcul des pensions de retraite mais insuffisant pour que la Caisse puisse mener à bien l'instruction de leur dossier²⁹. Pour celles et ceux qui ont conservé méticuleusement leurs fiches de paye et leurs certificats de travail durant tout leur parcours professionnel, ces archives domestiques ont souvent été éliminées au moment de leur passage en retraite, sur les conseils même des agents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS), cette

²⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

²⁷ Ne sont concernées par l'instruction que les périodes travaillées sur le territoire français ou au profit d'un employeur français et pour lesquelles existent des preuves administratives. Ainsi, un salarié « sans papier » peut être pris en charge au titre d'un accident du travail, événement survenant soudainement, mais ne pourra l'être au titre de la maladie professionnelle que s'il peut « prouver » administrativement ses périodes d'activité salariée, ce qui bien souvent s'avère impossible dans les faits. Pour les périodes travaillées hors du territoire national, il peut exister des conventions bilatérales, signées entre la France et les pays concernés, ayant pour objet de garantir la continuité des droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité. La liste des pays concernés est accessible sur www.cleiss.fr/docs/textes/ [consulté le 7 janvier 2017]. Dans le cas contraire, ces périodes ne sont pas non plus prises en compte dans l'instruction.

²⁸ Le nom de l'entreprise est indispensable pour deux raisons. D'une part, parce que l'instruction du dossier se déroule selon le principe dit du contradictoire et qu'il faut donc identifier l'employeur « contradicteur ». D'autre part, parce que le coût d'une maladie professionnelle reconnue est imputé à l'employeur concerné par les expositions ou à un fonds commun dans le cas d'expositions successives auprès de plusieurs employeurs ou d'un employeur dont l'entreprise a cessé ses activités.

²⁹ Élaboré par la caisse d'assurance vieillesse, le relevé de carrière s'intéresse aux périodes travaillées mais ne mentionne pas forcément le nom des entreprises dans lequel le travail a été réalisé.

autre branche de la Sécurité sociale³⁰. Quant aux personnes encore en activité, certaines ont pu perdre une partie de leurs papiers lors d'un événement accidentel – comme un incendie ou encore une inondation –, d'autres ont subi une telle mobilité résidentielle que la conservation des papiers a pu souffrir de leurs multiples déménagements.

Conserver ses papiers ne va pas de soi, mais relève d'un apprentissage social – d'un processus d'« acculturation administrative³¹ » –, reflet des formes d'organisation bureaucratique d'une société³². Il suppose des compétences en gestion d'archives et de savoir produire le bon papier au bon moment. La sociologue Claudine Dardy s'est ainsi attachée à l'analyse de cette « administration domestique », dans la filiation des travaux de Jack Goody³³. Elle note que cette activité et le temps qui lui est dévolu sont le plus souvent sous-estimés, en lien sans doute avec la division domestique du travail qui attribue aux femmes « cette administration pas haute du tout³⁴ ».

« Tous ces papiers, plus ou moins en position de rendre compte d'une identité au moins partielle, représentent autant d'inscriptions nécessaires, voire obligatoires pour tous, quelquefois dès l'enfance, pour survivre dans notre société. Et chacun se doit de développer cette aptitude très particulière à produire des papiers, des justificatifs, à les assembler en dossiers³⁵. »

En miroir, Claudine Dardy rend compte de l'apparition d'une nouvelle forme d'illettrisme qui « se traduit moins par le manque à savoir écrire [...] que dans le savoir-produire au bon moment les pièces nécessaires, les justificatifs adaptés³⁶ », car un « certain nombre d'institutions peuvent être tout à fait gourmandes de ces papiers multiples et associés³⁷ ». Cette possibilité de produire des papiers conditionne notamment l'accès aux droits et dispositifs sociaux.

Mais archiver suppose aussi d'avoir un chez soi, stable, un espace suffisamment important, des moyens de rangement. Les échanges avec les patients ou leurs proches durant le parcours d'accès au droit évoquent des tiroirs dédiés, la table du salon, l'armoire dans la chambre ; c'est avec des sacs en plastique ou parfois des valises qu'ils viennent en rendez-vous autour de leur dossier. Si les bulletins de paye commencent

³⁰ La Direction de l'information légale et administrative sous l'autorité du Premier ministre indique elle aussi que la durée de conservation des « bulletins de salaire, contrat de travail, certificats de travail », s'entend « jusqu'à liquidation de la retraite », avec toutefois cette précision : « Les durées indiquées sont des durées minimales durant lesquelles il est prudent de garder les documents. Les indications fournies concernent les délais durant lesquels vous pouvez demander un droit (remboursement par exemple) ou vous voir réclamer quelque chose (payer une amende par exemple). Vous pouvez bien évidemment garder vos documents plus longtemps, notamment pour apporter une preuve devant la justice. » Voir sur www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F19134 [consulté le 6 mars 2017].

³¹ Claudine Dardy, *Identités de papiers*, Lieu Commun, 1990, p. 35.

³² Delphine Gardey, *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*, Paris, La Découverte, 2008.

³³ Jack Goody, *Les enjeux : la raison graphique*, Éditions de Minuit, 1978 et *La logique de l'écriture*, Armand Colin, 1981.

³⁴ Claudine Dardy, *Identités de...*, ouvr. cité, 1990, p. 12.

³⁵ *Ibid.*, p. 32-33.

³⁶ *Ibid.*, p. 35.

³⁷ *Ibid.*, p. 49.

aujourd'hui à être dématérialisés dans nombre d'entreprises³⁸, ils étaient bien de papier dans les périodes couvertes par le travail des patients, d'un papier au format pas toujours standardisé, petits papillons pour certains, papier pelure pour d'autres, remplis à la main ou à la machine à écrire. Des parcours morcelés, constitués de multiples postes, parfois d'une semaine ou de trois jours, signifient une pléthore de traces du travail à conserver.

Le rapport à l'archivage est socialement différencié³⁹. Parmi tous les patients, nombre de ceux ayant connu un parcours migratoire cumulent les raisons de ne pas conserver les documents requis et possèdent les archives les plus lacunaires. Leur appréhension des archives domestiques est façonnée par leurs conditions de vie, leur projet migratoire et la stabilité de leur séjour en France. Les témoignages se rejoignent : de Yougoslavie, d'Algérie, de Tunisie, du Maroc, du Portugal, ces (anciens) salariés sont d'abord venus seuls en France, pour travailler, sans certitude de pouvoir y séjourner longtemps, ni même de le vouloir. Originaires du Maghreb, ils ont pu loger dans des foyers de travailleurs immigrés ou des hôtels meublés. Ils ont alors partagé un petit espace avec d'autres travailleurs, y ont parfois passé une bonne partie de leur vie⁴⁰, sans avoir les moyens ni voir l'intérêt de réaliser ce « petit travail d'employé aux écritures domestiques⁴¹ ». Trois exemples permettent d'illustrer ce rapport aux « papiers », en lien avec les conditions et les projets de vie.

Âgé de 61 ans, M. Medjkoune loge encore dans une « chambre » en foyer et ne possède aucun des documents requis : « Avant, je les gardais, mais comme j'ai déménagé souvent... Et puis, on ne pensait pas rester ici jusqu'à la retraite⁴². » Travaillant et résidant en France depuis 1966, M. Medjkoune n'a pour autant jamais envisagé de s'y installer et demeure dans un provisoire qui dure. Il s'est marié en Algérie, tous ses enfants y sont nés et y vivent, ses petits-enfants aussi. Il retourne les voir dès qu'il le

³⁸ Depuis la Loi travail du 8 août 2016, la remise d'un bulletin de paye sous forme électronique est encouragée : l'employeur n'a plus besoin de recueillir l'accord de ses salariés, c'est à eux de faire part de leur éventuelle opposition. Le bulletin de paye dématérialisé devient donc le droit commun si l'employeur fait ce choix. Cela soulève de nouvelles questions en matière d'archivage et d'incertitude sur la pérennité des supports et des outils et fait apparaître de nouvelles frontières de compétences. A noter que la loi stipule que l'employeur doit, dans ces cas, s'engager à conserver traces de ces bulletins jusqu'à ce que son salarié ait atteint l'âge maximal de mise à la retraite mentionné à l'article L.1237-5 du code du travail. Et pas au-delà.

³⁹ Dans *La société comme verdict*, et à la suite de Richard Hoggart, Didier Éribon note la maigreur des traces laissées dans les familles ouvrières et revient dans un chapitre sur ce qu'il nomme « les conditions de la mémoire ». La recherche sur l'histoire familiale chez les ouvriers « se heurte très vite, sauf dans les classes dominantes, à l'absence de matériaux documentaires et de traces inscrites dans les biens immeubles ». « Qu'est-ce que tu voulais qu'on en fasse ? » lui rétorque sa mère lorsqu'il lui demande pourquoi elle n'a pas conservé les papiers de sa propre mère. La place du logement « que l'on n'occupe pas de génération en génération et où ne sont donc pas déposées les strates du passé » ne facilite pas la continuité d'une histoire et sa transmission : « Non, décidément, ma famille ne remonte pas au XII^e siècle. Elle commence dans les années 1910, avec la naissance des parents de mon père et de ma mère. » Didier Éribon, *La société comme verdict*, Paris, Fayard, « À venir », 2013, respectivement, p. 159-160, p. 164 et p. 173.

⁴⁰ Choukri Hmed, « Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part », *Retraite et société*, n°47, 2006.

⁴¹ Claudine Dardy, *Identités de...*, ouvr. cité, 1990, p. 14.

⁴² Entretien avec M. Medjkoune, mai 2013.

peut. Au fil des échanges, il raconte avoir perdu de nombreux papiers lors d'une expulsion : un compatriote lui aurait sous-loué son logement sans l'informer qu'il était alors en dette locative.

« Je ne savais pas qu'il était en justice, le jour où [les huissiers] sont venus, ils lui ont donné rendez-vous, il m'a dit "c'est pas la peine d'aller là-bas, je m'en occupe", j'ai fait confiance et lui il a dit que j'étais un squatteur et ils ont tout jeté. C'était en 2003, j'avais récupéré les certificats de travail auprès des entreprises, je sais que j'en aurai besoin. » [Entretien avec M. Medjkoune, mai 2013]

À quelques années de l'âge de la retraite, M. Medjkoune avait donc commencé à collecter auprès de ses anciens employeurs les documents qu'il n'avait jusqu'alors pas archivés : la perspective de la pension de retraite devenait un objectif concret. Un accident de parcours a réduit à zéro le travail de rattrapage déjà réalisé. Si l'absence d'archives ne lui sera pas préjudiciable – dans son cas, le relevé de carrière permet d'attester d'au moins dix années comme manœuvre dans le BTP et de satisfaire donc aux critères du tableau 30 bis en lien avec l'amiante – son histoire renseigne toutefois sur un destin d'archives partagé par plusieurs patients, pour lesquels la gestion des papiers est fonction des contraintes de leur itinérance et de leur projet migratoire.

M. Tounsi est venu en France en 1971, à l'âge de 18 ans, à l'occasion des grandes vacances. « Je suis venu en touriste, je ne savais pas trop quoi faire, et j'ai trouvé du travail, alors je suis resté. » Au moment de constituer son dossier de déclaration en maladie professionnelle, il affronte ses premières difficultés :

« [L'inspectrice de la Caisse] m'a demandé mes certificats de travail. Je lui ai dit "mais madame, depuis 71, moi je ne peux pas vous confirmer que je vais trouver les traces", 72 c'est pareil, 73 c'est pareil, 74... À cette époque, moi j'en ai rien à foutre de ces trucs-là, je ne pense même pas à la retraite, mes fiches de paye, mes certificats de travail, jeune euh...
 - Vous ne les gardiez pas ?
 - Mais oui, j'habite dans l'hôtel...
 - L'hôtel ?
 - Ben oui, on habite dans l'hôtel avant, l'hôtel d'Arabes là, y a pas de... où c'est qu'on habite... Quand tu es tout seul ou tu as un studio, tu peux faire des choses. Mais là tu es avec des gens.
 - Vous ne vouliez pas vous encombrer ?
 - Non, on s'en fout. Moi je m'en fous. À cette époque, j'y pense pas à la retraite. » [Entretien avec M. Tounsi, mai 2010]

Tant qu'il logeait dans des hôtels meublés, en célibataire et avec des compatriotes, sans se projeter dans l'avenir, M. Tounsi n'a rien conservé. Durant 14 ans, il a partagé sa chambre avec « six, huit ou quatre personnes, ça dépend, mais jamais tout seul ! » Ce n'est qu'une fois marié, et installé avec sa femme dans un appartement, qu'il s'est préoccupé des « papiers ». La conservation des archives devenait un enjeu familial. À défaut d'avoir retrouvé toutes ses fiches de paye, il obtient de la Cnav un relevé de carrière. Mais dix années, bien qu'elles figurent comme « activités salariées », ne font pas mention de l'employeur : ces dix années d'un travail de soudeur, durant lesquelles

M. Tounsi a été fortement exposé aux fumées de soudage et à l'amiante ne seront pas prises en compte dans l'instruction de son dossier par la CPAM, le pénalisant lourdement dans l'accès au droit à réparation.

Retraité du BTP et exposé durant 39 ans à l'amiante et à la silice, M. Vastine n'a, lui, rien conservé de ses fiches de paye ni de ses certificats de travail. Sa fille, 33 ans, s'occupe de son dossier. Elle a dû recontacter plusieurs de ses anciens employeurs et obtenu quelques *duplicata*, mais pas sur la totalité du parcours de son père. La relation avec l'inspectrice en charge de l'instruction est, selon elle, tendue :

« Je pensais que c'était très simple, mais apparemment non. J'ai demandé à la caisse de retraite un relevé de carrière, mais l'inspectrice me dit que ça ne suffit pas. Que si elle n'a pas plus de pièces, sa collègue mettra le dossier sans suite. Je ne comprends pas. Mon père a travaillé pour Fage, ça existe encore non ? J'ai vu un panneau devant un chantier. J'ai entamé des démarches auprès de la caisse de retraite complémentaire du BTP, j'attends la semaine prochaine des réponses. [...] Papa, il a toujours vécu au jour le jour. Au point qu'aujourd'hui, après avoir bossé toute sa vie, on vit aux HLM. Papa, une fiche de paye, c'était comme un ticket de caisse, il ne voyait pas l'intérêt de les garder. Ma mère, elle venait du fin fond de la Yougo, elle parlait pas français. Alors, quand on lui demande toutes ces pièces... » [Journal de terrain, janvier 2010]

Le rapport au temps – le temps du présent dans le cas de M. Vastine – apparaît déterminant dans la gestion des archives. Pour cet immigré yougoslave, le travail et le salaire à la fin du mois comptaient avant tout, avant la paperasse qu'il ne maîtrisait pas. En n'accordant pas d'importance à ces « papiers », il se démarque des normes bureaucratiques en vigueur et, ce faisant, s'éloigne de ses possibilités d'accès aux droits sociaux, exigeants en la matière. Pour sa fille, la nécessité de faire preuve s'apparente à une tracasserie administrative qui semble sans fondement : « Je comprends qu'il n'est pas évident de retrouver tous les employeurs sachant que certaines entreprises n'existent plus et que papa n'a rien gardé comme document. Mais si toute la liste des employeurs a été validée et acceptée pour la retraite que perçoit papa, je ne comprends pas pourquoi elle cherche à contacter des entreprises qui n'existent peut-être plus⁴³. »

La nécessité de faire preuve d'activités et de périodes travaillées alors même que l'administration possède déjà maints éléments pouvant le confirmer – notamment les déclarations d'embauche, les déclarations URSSAF, les déclarations annuelles des données sociales – ajoute à l'épreuve de la maladie vécue par les patients et/ou leurs proches. Les familles, comme la plupart des administrés, ignorent le plus souvent la force du cloisonnement entre les administrations et les services. C'est au moment d'entrer dans la procédure qu'elles mesurent que les multiples « traces de papier » détenues par l'administration sur leur parcours professionnel le sont à d'autres fins qu'à

⁴³ Courriel de la fille de M. Vastine, février 2010.

celles de faire valoir leurs droits : dans cette perspective, ils ne peuvent compter que sur les traces qu'ils ont pu eux-mêmes conserver⁴⁴.

2.2. Des traces administratives aveugles au travail réel

Même dans le cas où ils seraient disponibles, ces documents ne suffisent pas toujours à « prouver » l'activité de travail. S'ils permettent d'attester d'une activité salariée, ils n'en précisent pas toujours sa nature. Les mentions figurant sur les certificats de travail ou les fiches de paye peuvent effectivement être en décalage avec l'activité effectivement exercée.

Conduisant une recherche à la fin des années 1970 auprès d'une cohorte de retraité-es pour « voir ce que les gens ont fait de leur vie et ce que leur vie a fait d'eux, [...] en observant sur un échantillon représentatif du salariat [...] ce qu'ont été la mise au travail, la carrière, la retraite⁴⁵ », Françoise Cribier choisit de ne pas retenir systématiquement « la qualification reconnue par l'employeur », celle qui « figure sur les feuilles de paye » et s'en explique :

« Loin d'être une donnée "objective" liée à des aspects techniques du procès de travail, elle est elle-même fait social, enjeu de la lutte sociale. Robert Linhart raconte dans l'Établi⁴⁶ comment, vers 1970, aux usines Citroën de Paris, le même travail à la chaîne est effectué par un manœuvre 1 (M 1) africain, un M 2 arabe, un OS 1 portugais ou yougoslave, un OS 2 français. Dans une même entreprise, la femme qui sait régler sa machine est OS 2 quand l'homme qui en fait autant est P 1 ou P 2, et souvent investi d'une fonction d'encadrement... du personnel féminin⁴⁷. »

Ses propos témoignent ainsi, au début des années 1980, des faux semblants liés à la hiérarchie des qualifications qui, plus que distinguer des emplois, voire des compétences et des responsabilités dans le travail, peut davantage rendre compte de discriminations selon l'origine ou selon le sexe.

De la même façon, la mention du nom de l'entreprise ne renseigne pas toujours sur l'activité du salarié. C'est particulièrement vrai pour tous les patients ayant travaillé sous statut intérimaire : s'il existe quelques entreprises de travail temporaire spécialisées dans un seul domaine d'activité, cette spécialisation, lorsqu'elle existe, peut évoluer dans le temps et n'empêche pas ces « marchands de travail⁴⁸ » d'aller au-delà de

⁴⁴ On peut établir un parallèle avec la demande de nouvelles preuves de nationalité exigées au moment du renouvellement des papiers d'identité français pour les personnes nées à l'étranger ou de parents étrangers ou déchues un temps de leur nationalité française, quand bien même elles possédaient déjà une carte d'identité ou un passeport français (périmés). Blandine Grosjean, « Vous êtes français, Prouvez-le ! Renouveler sa carte d'identité, c'est parfois le début d'un cauchemar. Quatre exemples », *Libération*, 22 octobre 1996.

⁴⁵ Françoise Cribier, « Itinéraires professionnels et usure au travail, une génération de salariés parisiens », *Le Mouvement social*, juillet-septembre 1983, n° 124, p. 12.

⁴⁶ Robert Linhart, *L'établi*, Paris, éditions de Minuit, 1978.

⁴⁷ Françoise Cribier, « Itinéraires professionnels et... », art. cité, 1983, p. 15.

⁴⁸ Nicolas Jounin et Lucie Tourette, *Marchands de travail*, Paris, Seuil, « Raconter la vie », 2014.

ce domaine d'activité en cas d'émergence d'un nouveau marché. Il en est de même pour les salariés intervenant en sous-traitance, notamment dans l'entretien ou la maintenance. Les fiches de paye ou certificats de travail des salariés intérimaires ou sous-traitants ignorent alors la mention de l'entreprise « utilisatrice », celle où s'effectue effectivement le travail, brouillant ainsi la piste de l'activité exercée. Quant aux patients ayant exercé dans le BTP, leurs « preuves » de travail mentionnent les sièges sociaux des entreprises ou l'adresse de leurs agences locales mais ignorent tout de la localisation et de la particularité des chantiers sur lesquels le travail s'est exercé. Travailler dans ce secteur au début des années 2000 par exemple ne signifie pas du tout la même chose s'il s'agit de démolir, de rénover ou de construire : dans les deux premiers cas, il est facilement admis que l'amiante peut encore être présent dans l'activité de travail quand bien même son usage est interdit depuis 1997, à la différence du troisième cas. Or, un chantier de construction peut très bien comprendre une partie de démolition. Il n'existerait alors pas d'autres traces – accessibles tout au moins – que la mémoire des salariés ou celles de leurs collègues.

D'une façon générale, ces documents ne sont pas en mesure de rendre compte du travail réellement exercé. C'est, rappelle Philippe Davezies, « la leçon fondamentale de l'ergonomie » :

« Le travail n'est jamais la simple réalisation de la tâche telle qu'elle est formulée par la prescription. Travailler impose toujours de prendre en charge des particularités de la situation que la hiérarchie n'est pas en état de percevoir. L'analyse ergonomique met l'accent sur les éléments de variabilité qui contraignent le travailleur à prendre des distances avec les modes opératoires prescrits pour parvenir, malgré tout, aux résultats fixés par la hiérarchie⁴⁹. »

Il peut ainsi exister un écart monumental entre le travail prescrit et la réalité de l'activité. De nombreux parcours de patients du GISCO⁹³ n'échappent pas à ce constat. D'(anciens) salariés ont pu exercer, en grande polyvalence, des métiers en marge de celui figurant sur leurs documents administratifs. M. Tounsi en rend compte au cours d'un entretien consacré à son parcours de vie et de travail :

« Ben là où j'ai travaillé pour la soudure, je vous ai dit que j'étais manœuvre à la soudure, ça veut dire on prend des pièces, des tôles, elles font deux mètres, des tôles vertes avec de l'huile, on les trempe dans le diluant, et après il fallait les laisser sécher et après j'ai fait même la peinture aussi, et puis ainsi de suite quoi...

C'était quoi comme diluant ?

« Ça je peux pas vous dire, c'est un grand bassin comme ça, je fais tremper les grandes tôles et après on les laisse sécher et après la patronne vient et dit "tiens si tu veux faire des heures supplémentaires, il y a la peinture", alors tu fais la peinture...

Vous faisiez des heures sup'...

⁴⁹ Philippe Davezies, « Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes)*, 14-2, 2012, [En ligne] accessible sur <http://pistes.revues.org/2566> [consulté le 31 octobre 2016].

Ben ouais, c'était une époque, on compte les heures, c'était à la C., j'ai fait le meulage aussi, j'ai passé par la meule aussi, la tronçonneuse, la meule, sans masque sans rien. À part une lunette des fois. J'ai travaillé cisailleur aussi, j'ai coupé les tôles. Sur la plieuse aussi, enfin voilà. » [Entretien avec M. Tounsi, mai 2010]

M. Tounsi évoque ici une époque où la paye n'était pas encore mensualisée pour tous les salariés. Jusqu'en 1978⁵⁰, on distinguait ainsi les « mensuels » – employés et cadres – et les autres, ouvriers, dont le travail pouvait être quantifié à l'heure ou à la tâche, et payé selon les mêmes modalités⁵¹. Encouragés par ce mode de rémunération, auquel s'ajoutaient des primes de rendement⁵², des ouvriers ont pu accomplir des heures supplémentaires dans d'autres activités que les leurs, voire être contraints par leur employeur de réaliser d'autres tâches pour combler d'éventuels « temps morts ». « Manœuvre à la soudure », M. Tounsi effectue des tâches de peintre, d'usineur, de cisailleur, de plieur... Sur les papiers témoignant de son activité, il ne sera rien dit de ces heures supplémentaires et de leur contenu. La situation est encore vraie aujourd'hui dans plusieurs secteurs d'activité, dans lesquels la polyvalence peut même être une forme d'organisation du travail.

3. Prouver ses expositions

Les preuves du travail ne suffisent pas le plus souvent à prouver les expositions aux cancérogènes. D'une part, la « liste des travaux » ouvrant droit à la présomption d'origine – figurant aux critères des maladies professionnelles – évoque des activités, mais celles-ci doivent évidemment être reliées au cancérogène concerné. Ainsi, le tableau 30 bis concernant les « cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante » évoque les « travaux d'isolation », les « travaux d'usinage, de découpe et de ponçage », la « fabrication de matériels de friction », des « travaux d'entretien ou de maintenance »... à condition qu'ils soient réalisés avec ou sur des matériaux contenant de l'amiante et de « façon habituelle ». D'autre part, comme énoncé précédemment, les mentions figurant sur les certificats de travail peuvent être très éloignées des activités réellement exercées et donc, des risques subis.

Si le résumé d'expertise fourni par le GISCOP93 à chaque patient éligible au droit à réparation supplée la méconnaissance qu'il avait de ses expositions, il ne fait pas figure

⁵⁰ Les employés et les cadres bénéficient d'un salaire mensualisé depuis 1946. Certains ouvriers ont commencé à être mensualisés dès le début des années 1970, dans le cadre de mode de gestion du personnel, pour récompenser, ou au terme d'accords de branche. Mais c'est la loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle qui généralise la mensualisation des salaires à toutes les catégories de personnel et tous les secteurs d'activité. Demeurent quelques exceptions comme l'intérim, le travail agricole et le travail saisonnier par exemple.

⁵¹ Kathy Saada, « Premiers regards sur la mensualisation », *Economie et statistique*, Vol 30, n° 1, 1972, p. 29-38.

⁵² M. Medjkoune travaillait en 1973 dans une fonderie, à Fontenay-sous-Bois. Au détour de l'évocation d'un conflit avec l'un des « chefs », il témoigne de l'existence de cette prime au rendement : « A midi moins le quart, je me suis lavé les mains pour marquer le temps que j'ai passé sur le four – si on a passé moins de temps [que prévu], on le marque et le chef il nous donne une petite prime, c'est pas grand chose, 5 000, on dit 5 000 mais c'est 50 F, c'est pour nous encourager. Je devais toujours noter les heures, j'avais 27 heures sur les fours à la place de 36. »

de preuve en lui-même. Il revient donc au requérant d'être en mesure de prouver ces expositions, à plus forte raison lorsque sa maladie ne correspond pas exactement aux critères d'un tableau.

3.1. L'absence de mémoire institutionnelle ou l'inapplication des lois

Compte tenu du délai de latence séparant l'exposition aux cancérogènes de la survenue de la maladie, le cancer qui frappe aujourd'hui les patients est le reflet de contaminations qui ont pu avoir lieu dans les cinquante dernières années, c'est-à-dire dans un tout autre contexte, tant en termes de matériaux utilisés, de procédés de production, d'environnement de travail que de réglementation et de visibilité sociale du risque cancérogène. Retrouver les preuves des expositions, les exhumer, revient à se confronter à un passé disparu et s'apparente alors à un exercice particulièrement ardu.

On se souvient du cas de M. Lorcy, évoqué dans un chapitre précédent. Cadre commercial retraité, atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et d'abord convaincu de n'avoir jamais été exposé à l'amiante, il mène finalement une enquête à l'invitation de son pneumologue : dans un inventaire en ligne de produits amiantés⁵³, il découvre la marque du mastic qu'il utilisait lorsqu'il était vitrier, au tout début de son parcours professionnel. Edité par l'INRS, à partir des données transmises par les fabricants, cet inventaire, loin d'être exhaustif, permet d'attester, selon les années concernées, la présence d'amiante dans une large gamme de matériaux – colles, mastics, enduits... Un travail d'« historisation⁵⁴ » des produits bienvenu, pour contrebalancer les données atemporelles qui brouillent les possibilités pour parvenir à identifier et dater certaines expositions cancérogènes : en l'absence de cet inventaire, M. Lorcy aurait bien pu retrouver la trace du mastic qu'il avait utilisé, la marque étant toujours commercialisée aujourd'hui, mais désormais avec la mention « sans amiante »⁵⁵.

À l'exception de cet inventaire, il n'existe pas de mémoire institutionnelle des expositions cancérogènes. Des matrices emploi-exposition ont pu être réalisées par l'INVS (aujourd'hui Santé publique France). Elles mettent en correspondance des intitulés d'emploi avec des indices d'exposition à une ou plusieurs nuisances, selon des

⁵³ Se reporter au chapitre 2.

⁵⁴ Bernard Fontaine, « Le suivi et la réparation médico-légales et leurs limites », dans Michel Héry et Pierre Goutet (dir), *Construire en permanence...*, ouvr. cité, 2015, p. 173.

⁵⁵ Il en est de même pour les entreprises dont les enseignes restent actuelles et qui peuvent vanter sur leur site leurs démarches de développement durable et faire mention de leurs différents labels, quand bien même elles ont pu exposer par le passé des patients du Giscop93. Le site de l'entreprise de peinture dans laquelle M. Medjkoune a été exposé à l'amiante, aux acides minéraux et aux solvants chlorés entre 1981 et 1989 offre ainsi une vitrine promotionnelle des démarches de « qualité » et de « responsabilité sociale » : voir sur www.carmine.fr/nos-valeurs/#ancree3 [consulté le 6 mars 2017]. Celle où a été exposée Mme Clément consacre une page à son histoire « de 130 ans », au sein de laquelle on ne trouve aucune mention d'un risque, pas même celui du plomb pourtant attesté dans la fabrication des peintures : www.seigneurie.com/nous-connaitre/marque-seigneurie/historique [consulté le 6 mars 2017].

périodes distinctes⁵⁶. Si elles peuvent constituer des aides au repérage, elles ne concernent cependant pour le moment qu'un faible nombre de cancérrogènes. Mais surtout, elles rendent compte de situations médianes d'exposition et pas de celles issues du travail réel – et singulier de chaque (ancien) salarié. Elles ont ainsi peu de poids dans le cadre de l'instruction en maladie professionnelle.

Cette absence de mémoire des expositions peut se lire comme une défaillance dans l'application du droit. Il existe en effet de nombreuses dispositions juridiques et réglementaires dont l'application pourrait garantir l'existence de traces de l'activité cancérrogène de travail⁵⁷. Plusieurs rapports ont déjà dressé le constat de l'ineffectivité d'un certain nombre d'entre elles.

Des obligations réglementaires très peu respectées

En 2006, une campagne de contrôle menée par l'inspection du travail sur l'application des obligations de l'employeur en matière de risques CMR révèle que seuls 76 % des entreprises concernées par ces risques avaient réalisé leur « document unique⁵⁸ » et que la moitié d'entre elles ne les y mentionnait pas. La formation et l'information aux salariés étaient inadaptées dans plus de la moitié des cas. La fiche individuelle d'exposition⁵⁹ n'était réalisée que dans 16 % des établissements, la notice de poste accessible aux salariés dans seulement 22 % des cas, le contrôle atmosphérique réalisé dans 23 % des cas et la liste des travailleurs n'était élaborée que dans 32 % des cas⁶⁰.

En 1998, au lendemain de l'interdiction de l'amiante, Claude Got dressant le constat d'une « sous-évaluation » des risques liés à l'amiante, s'alarme ainsi de l'absence de contrôle effectif qui garantirait l'application de la législation :

« Le système actuel a bien organisé l'examen des immeubles bâtis [...]. Il ne s'est pas donné les moyens de vérifier si le constat d'un matériau dégradé ou d'un empoussièrement imposant des travaux est suivi de la réalisation de ces travaux⁶¹. »

⁵⁶ Voir le dossier que leur consacre Santé publique France, accessible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Matrices-emplois-expositions> [consulté le 3 avril 2017].

⁵⁷ Daniel Lejeune, *La traçabilité des expositions professionnelles*, Paris, La Documentation française, 2008.

⁵⁸ Le document unique d'évaluation des risques est une obligation de l'employeur inscrite dans le Code du travail depuis 2001 (articles R. 4121-1 et suivants) qui consiste à identifier les risques, les classer, proposer des actions de prévention. Ce document doit être communiqué au CHSCT. L'absence de formalisation des résultats de l'évaluation des risques dans un « document unique » est passible d'une amende de 1 500 euros (doublée en cas de récidive). Source : www.inrs.fr/demarche/evaluation-risques-professionnels/ce-qu-il-faut-retenir.html [consulté le 9 mars 2017].

⁵⁹ La fiche individuelle d'exposition est obligatoire jusqu'en 2012. L'employeur devait y consigner, pour chaque salarié, toutes les informations relatives à ses expositions aux agents chimiques dangereux (nature du travail, agents chimiques concernés, périodes d'exposition) (ancien article R. 4412-41 du code du travail). Cette fiche devait être accessible au salarié et transmise au médecin du travail. Cette obligation subsiste toutefois dans le cas de l'amiante (article R. 4412-120 du Code du travail).

⁶⁰ Gérard Larher, ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, « Bilan des campagnes de contrôle 2006 de l'inspection du travail sur les produits cancérrogènes et l'amiante », point presse du 8 février 2007, accessible sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_des_campagnes_de_controls_2006_de_l_inspection_du_travail_sur_les_produits_cancerogenes_et_l_amiante.pdf [consulté le 20 mars 2017].

⁶¹ Claude Got, *Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France*, juillet 1998. Accessible sur son site personnel : www.sante-publique.org/amiante/rapportgot1998/gotrappor.htm [consulté le 25 janvier 2017]. Rapport commandé par Martine Aubry et Bernard Kouchner alors respectivement ministre de l'Emploi et de la Solidarité et secrétaire d'État à la Santé.

Il préconise « l'instauration d'une déclaration obligatoire de l'ensemble des constats de la présence d'amiante dans les immeubles⁶² » sur un site Internet accessible à tous et sur lequel figurerait, à l'appui du cadastre national, l'adresse précise de chaque bâtiment amianté ainsi que les taux exacts de présence d'amiante. Ainsi seraient informés les occupants, les entrepreneurs et les salariés intervenant lors des travaux d'entretien ou de rénovation et les services de l'État dans l'exercice de leurs missions de contrôle. En 2005, la mission sénatoriale sur « le drame de l'amiante en France »⁶³, reprend à son compte la préconisation d'une « base informatique nationale » qui n'a toujours pas vu le jour et regrette l'inexistence d'un contrôle sur l'application de la loi.

En 2008, un audit sur la « traçabilité des expositions professionnelles⁶⁴ » est commandé par le secteur AT-MP de l'Assurance maladie dans l'objectif de parvenir à *tracer* les expositions – c'est-à-dire « identifier le risque, évaluer l'exposition et conserver les données ». Il souligne lui aussi « les difficultés et les insuffisances d'application de la réglementation en vigueur⁶⁵ » et signale l'« évolution des parcours professionnels marquée par une mobilité géographique et professionnelle qui connaît de moins en moins de déroulements de carrière dans une seule entreprise ni même dans une seule profession⁶⁶ ». Il préconise la réactualisation d'une « disposition réglementaire très peu appliquée », la déclaration obligatoire des travaux dangereux, en la centrant prioritairement sur les produits cancérigènes. Le Code de la Sécurité sociale prévoit en effet que « tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 462-21 est tenu, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État, d'en faire la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale⁶⁷ ». L'audit préconise de « faire de cette déclaration aménagée et dématérialisée un outil de traçabilité collective au niveau des entreprises et de traçabilité individuelle pour les salariés exposés aux CMR 1 et 2 avec des objectifs de prévention primaire et de prévention secondaire et tertiaire⁶⁸ ». Transmise annuellement aux CARSAT, elle alimenterait des « entrepôts de données », à partir desquels des requêtes pourraient être effectuées pour, par exemple, identifier la liste des travailleurs exposés à des agents ou procédés cancérigènes

⁶² *Ibid.*

⁶³ Dériot Gérard et Jean-Pierre Godefroy, *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information n° 37 (2005-2006) fait au nom de la mission commune d'information*, 26 octobre 2005, en ligne sur : www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-186.html [consulté le 6 décembre 2016].

⁶⁴ Daniel Lejeune, *La traçabilité des...*, ouvr. cité, 2008. On distingue la « traçabilité collective » de la « traçabilité individuelle ».

⁶⁵ *Ibid.*, p. 2.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 1.

⁶⁷ Article L. 461-4 du Code de la Sécurité sociale. L'article R 471-5 du Code de la sécurité sociale prévoit quant à lui que « sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe, les employeurs qui ont contrevenu aux dispositions de l'article L. 461-4 ».

⁶⁸ Daniel Lejeune, *La traçabilité des...*, ouvr. cité, 2008, p. 3-4.

(traçabilité individuelle) ou connaître la liste des cancérogènes présents dans telle ou telle entreprise (traçabilité collective).

La question de la traçabilité des expositions s'est en fait posée dès la naissance du système de réparation des maladies professionnelles. La déclaration obligatoire des travaux dangereux qui revient aux employeurs évoquée dans cet audit, est ainsi inscrite dans le corps même de la loi du 25 octobre 1919, en son article 2. Depuis près d'un siècle, cette obligation n'est pas respectée et les agents des institutions normalement destinataires de cette déclaration – la CPAM et l'inspection du travail – semblent n'avoir pour la plupart pas connaissance de son existence⁶⁹. De même, il était prévu des registres d'atelier mentionnant les ouvriers travaillant au contact de telle ou telle substance afin de pouvoir, en cas de survenue d'une maladie inscrite aux tableaux, identifier l'employeur auprès duquel l'ouvrier aurait été exposé⁷⁰. L'obligation pour l'ouvrier de fournir les certificats de travail produits par ses différents employeurs s'inscrivait également dans cette volonté de tracer. Les dispositions juridiques et réglementaires existantes n'étant pas respectées, la preuve n'étant pas construite par les pouvoirs publics, c'est donc à la victime qu'il revient de l'apporter.

3.2. La quête des traces du travail exposé

Dans le cours de l'activité, les entreprises produisent une diversité de traces écrites, traces qui pourraient être convoquées pour faire preuve d'expositions aux cancérogènes : carnet de commandes, fiches de données de sécurité, rapport annuel de médecine du travail, relevé de métrologie, liste du personnel exposé, plans des locaux... Mais la plupart d'entre elles sont propriété de l'entreprise et demeurent inaccessibles aux (anciens) salariés en quête de traces⁷¹, dans un contexte où elles pourraient alors desservir l'employeur, étayant les preuves de sa responsabilité dans la survenue du cancer⁷².

Au cours de l'accompagnement de ces patients, plusieurs pistes ont été explorées, en quête de traces, de preuves, voire d'indices. Aucune d'entre elles n'offre la garantie de pouvoir être systématiquement suivie, toutes se caractérisent par l'hétérogénéité de ce qu'elles donnent à voir et leur caractère lacunaire. Selon le secteur d'activité, la taille de

⁶⁹ Les agents de la CPAM et les inspecteurs du travail rencontrés dans le cadre de cette thèse n'avaient pas, pour la plupart, connaissance de cette obligation.

⁷⁰ CSMP, procès-verbal de la 1^{ère} séance, 8 mai 1920, CAC, art 19920443/31.

⁷¹ Certaines entreprises ont pu déposer leurs archives aux Archives nationales du monde du travail, à Roubaix, ou dans certaines archives départementales. De nombreux travaux en histoire ou en sociologie ont ainsi pu s'appuyer sur ces fonds (voir notamment la bibliographie proposée dans Anne-Marie Arborio et al. (dir.), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2008). Mais ces archives restent plus difficilement accessibles aux (anciens) salariés, d'autant plus qu'elles sont susceptibles de mettre en défaut l'employeur dans le cadre d'une démarche d'accès au droit à réparation.

⁷² On peut découvrir ce type de traces à l'occasion, rare, d'une procédure judiciaire lorsque, à condition d'être partie civile, on accède aux pièces du dossier d'instruction – une situation totalement exceptionnelle au regard des parcours des patients du GISCOP93 engagés dans l'accès au droit à réparation.

l'entreprise, les visites de contrôle effectuées ou non par l'inspection du travail, la présence ou non d'une dynamique syndicale, l'existence d'un collectif de retraités, l'existence d'archives – qu'elles soient institutionnelles, syndicales ou privées – et leur gestion, les possibilités d'exhumer la preuve des expositions diffèrent fortement. Même au sein des configurations les plus favorables – des parcours professionnels stables dans des entreprises de plus de 50 salariés – la quête de preuves du travail exposé reste incertaine et particulièrement éprouvante.

3.2.1. La fragilité des « traces » issues de l'action syndicale

À défaut de pouvoir accéder aux traces appartenant à l'employeur, celles qui sont fabriquées par l'activité syndicale – tracts, courriers, publications... – ou conservées par l'organisation syndicale – rapports de CE, de CHSCT, échanges avec l'inspection du travail... – peuvent représenter une alternative. Elles ne sont pas pour autant toujours mobilisables. L'exemple du procès-verbal de CHSCT peut l'illustrer.

Le CHSCT et sa production

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a été créé en 1982. Il succède au Comité de sécurité décrété dans les derniers jours de la III^e République et mis en place sous le régime de Vichy⁷³ – dont la création était préconisée dès 1928 par le BIT – puis au Comité d'hygiène et de sécurité créé à la Libération en 1947⁷⁴. C'est une instance représentative du personnel (IRP) dont les compétences ont été progressivement élargies et renforcées. Sa production a longtemps été négligée par l'historiographie, voire disqualifiée. Catherine Omnès évoquait ainsi le CHSCT comme étant « au mieux un conseiller, le plus souvent l'exécutant de la politique patronale⁷⁵ ». Ses archives font l'objet depuis une dizaine d'années d'un regain d'intérêt, tant en histoire⁷⁶ qu'en sociologie⁷⁷ et ces travaux tendent à montrer que le CHSCT est une instance susceptible d'héberger des processus extrêmement divers, selon les entreprises et selon les périodes. Sonia Granaux va ainsi jusqu'à proposer une typologie distinguant parmi les CHSCT ceux qui seraient « patronaux », « préventifs », « défensifs » et « sortants⁷⁸ », c'est-à-dire inexistantes. En vertu d'une récente Ordonnance, le CHSCT, tout comme le Comité d'entreprise, sont progressivement appelés à disparaître pour donner place à un Comité social et économique (CSE)⁷⁹.

⁷³ Décret du 4 août 1941.

⁷⁴ Décret du 1^{er} août 1947.

⁷⁵ Catherine Omnès, « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, n° 1, 2009, p. 61-82.

⁷⁶ Nicolas Hatzfeld, « Entre fonction technique et démocratie participative : les débuts discrets des CHS », dans Alain Chatriot et al. (dir.), *Les politiques du travail (1906-2006) : acteurs, institutions, réseaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 403-415. Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015.

⁷⁷ Marlène Benquet et al., « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, vol. 79, n° 3, 2010, p. 121-143. Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010.

⁷⁸ *Ibid.* Elle définit le CHSCT sortant comme « celui où, des élus CHSCT, dans l'incapacité d'imposer à l'employeur, faute d'un rapport de force conséquent, un projet indépendant qu'ils auraient construits grâce à des alliés, sont susceptibles d'être "aspirés" par l'extérieur et finalement de quitter l'entreprise » (p. 147).

⁷⁹ À l'avenir, l'existence d'une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) est obligatoire dans les établissements de plus de 300 salariés mais sans pouvoir de décision. Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 (JO du 23 septembre 2017).

Alors qu'il représente un outil puissant de preuve lorsqu'il mentionne des risques cancérigènes, il peut aussi faire l'objet de rétention de la part de élus CHSCT en rapport avec le flou qui entoure ses possibilités de communication ou peut disparaître, en lien avec la fragile gestion des archives syndicales.

3.2.1.1. Un outil puissant de preuve : le procès-verbal du CHSCT

Élu CHSCT dans une entreprise de plus de 200 salariés et décédé à l'âge de 34 ans d'un cancer fulgurant, M. Boutef avait conservé dans ses archives des dizaines de rapports correspondant à la retranscription intégrale des séances auxquelles lui et/ou ses collègues avaient participé. Dans la perspective de faire reconnaître son cancer en maladie professionnelle, ces rapports ont pu constituer un corpus de preuves important : sur une dizaine d'années, on peut y lire les questions posées par les élus, leurs inquiétudes en matière de risques cancérigènes, les réponses de la direction⁸⁰.

Le rapport de CHSCT peut ainsi représenter une archive d'une grande puissance pour administrer la preuve des expositions⁸¹. Cette source est toutefois confrontée à de sérieuses limites. En effet, elle ignore tout d'abord les entreprises de moins de 50 salariés – à de rares exceptions près⁸² –, soit l'essentiel du tissu économique sur le territoire de la Seine-Saint-Denis comme ailleurs⁸³. Ensuite, lorsqu'elle existe, son contenu est à l'image des interventions des élus CHSCT : si le risque cancérigène n'a pas figuré au rang de leurs préoccupations, il ne risque pas d'apparaître au fil des pages des procès-verbaux. Or ce risque, comme on a pu l'aborder dans un chapitre précédent, est difficile à appréhender par les élus CHSCT qui s'impliquent le plus souvent sur les risques immédiats et concrets, davantage physiques que chimiques⁸⁴. Selon Ludovic Jamet et Arnaud Mias, à l'appui d'une récente enquête menée dans près d'une vingtaine

⁸⁰ Un extrait de ces rapports se situe au chapitre 2.

⁸¹ Un article du Code du travail indique ainsi que la responsabilité de l'employeur est pleinement engagée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle lorsque un danger lui a été signalé par un membre du CHSCT – dans le cadre du droit d'alerte ou de retrait – et qu'il n'a pas pris les mesures utiles à le faire cesser (article L. 4131-4). Au-delà de cette situation précise, le procès-verbal de CHSCT sert de point d'appui pour les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle devant la justice ou en faute inexcusable de l'employeur et de nombreuses organisations syndicales s'en saisissent à cette fin. C'est le cas par exemple des travailleurs de l'entreprise Adisseo, victimes de cancers du rein pour lesquels n'existe aucun tableau : Christian Micaud et *al.*, « Que faire face à un agrégat de cancers ? Le cas de la chimie », dans Annie Thébaud-Mony et *al.* (dir.), *Les risques au travail...*, ouvr.cité, 2015, p. 508-512.

⁸² Les entreprises de moins de 50 salariés ne sont pas tenues de mettre en place des CHSCT, sauf dans le cas où un agent de contrôle le préconise, en lien avec des risques particuliers et plus de 80 % des entreprises comptent moins de 10 salariés.

⁸³ Une majorité de salariés travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés (57%), la moitié d'entre eux dans des entreprises de moins de 10 salariés. Environ 20 % des salariés travaillent dans des entreprises de plus de 200 salariés. Source : Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Direction générale du travail, *L'inspection du travail en France en 2013*.

⁸⁴ Certains CHSCT ont toutefois été pionniers dans l'identification des risques cancérigènes, dans l'industrie chimique notamment. Sonia Granaux relate ainsi la mobilisation des ouvriers de l'usine Solvay de Tavaux dans le Jura contre les dangers liés à l'usage du chlorure de vinyle monomère (CVM). Des travaux épidémiologiques sur les liens entre le cancer du foie et le CVM sont révélés au CHS en 1974. La CGT, avec l'appui de la fédération de la chimie et de scientifiques médiatise cette information et initie une mobilisation nationale. Le cancer du foie – angiosarcome – est alors inscrit dans le tableau 52. Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010, p. 231 et suivantes.

d'entreprises de la Haute-Normandie⁸⁵, la question de la prévention des cancérogènes peut être négligée au sein des CHSCT parce qu'elle se heurte tout d'abord à « un accès insuffisant aux documents prévus par la réglementation⁸⁶ » et qu'elle nécessite un important niveau d'expertise : « Beaucoup d'élus affirment ne pas posséder le bagage technique suffisant pour travailler les questions de prévention des risques chimiques (comme la démarche de substitution) ou pour repérer les situations de risque avéré⁸⁷. »

Plus généralement, Denis Duclos signalait au milieu des années 1980 l'isolement dans lequel se retrouvaient les militants syndicaux impliqués dans les CHS et leur transformation contrainte en « experts » :

« Une tendance existe au traitement de la question comme un thème "de détail", spécifique, complètement subordonné aux grandes orientations syndicales. Les militants "spécialisés" sur la santé au travail ont souvent l'impression, surtout en période de crise économique, d'être isolés au sein même de leur organisation presque autant que dans leur entreprise⁸⁸. »

Cette « hiérarchie des valeurs du militantisme qui joue en défaveur du CHS⁸⁹ » semble encore d'actualité : deux ouvrages récents consacrés à la formation syndicale font ainsi quasi silence sur la dimension de la sécurité et des conditions de travail⁹⁰.

Enfin, l'intérêt du rapport de CHSCT est largement dépendant de la qualité de la retranscription des séances, et donc des moyens donnés ou conquis par le secrétaire de séance⁹¹. Pour avoir analysé des centaines de procès-verbaux de CHSCT dans le cadre de sa thèse⁹², Sonia Granaux rend compte de cette forte hétérogénéité :

« La rédaction d'un PV de CHSCT est un enjeu énorme, il peut y avoir des séances durant lesquelles un tiers du temps est consacré à la critique de ce PV. Ce n'est en tous cas pas du tout le même contenu selon que ces PV soient rédigés par la direction ou par un délégué salarié, et quand ce sont les élus qui rédigent, ils ont peu de disponibilités pour le faire et doivent arbitrer sur l'utilisation de leurs heures de délégation⁹³. »

⁸⁵ Ce problème d'accès aux informations est à relier, plus généralement, avec d'autres modalités d'entrave à l'activité des CHSCT, également relevées dans Ludovic Jamet et Arnaud Mias, « Les CHSCT : une institution en mal de connaissances ? Le cas des risques cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction », *Revue de l'IRE*, n° 74, 2012, p. 35-62.

⁸⁶ Arnaud Mias et al., *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes*, Toulouse, Éditions Octarès, « Travail et activité humaine », 2013.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Denis Duclos, *La santé et le travail*, Paris, La Découverte, « Repères », n° 17, 1984, p. 87.

⁸⁹ Nicolas Hatzfeld, « Entre fonction technique et... », chap. cité, 2006, p. 410.

⁹⁰ Karel Yon et Nathalie Ethuin (dir.), *La fabrique du sens syndical. La formation des représentants des salariés en France (1945-2010)*, Bellecombe-en-Bauges, éditions du Croquant, « Sociopo », 2014 et « Les frontières de la formation syndicale », *Le Mouvement Social*, vol. 235, n° 2, 2011.

⁹¹ Le secrétaire de séance ne dispose pas d'un crédit d'heures spécifique pour remplir cette tâche. Les rapports les plus riches sont issus de CHSCT qui ont obtenu qu'un prestataire extérieur soit rémunéré par l'employeur pour permettre la retranscription intégrale des échanges à partir d'un enregistrement. Il existe un grand nombre de sociétés spécialisées à cette fin.

⁹² Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010.

⁹³ Sonia Granaux, « Les CHSCT dans les établissements de fabrication de produits chimiques : trois décennies de confiscation du pouvoir des représentants du personnel et d'influence des réseaux d'alerte en santé au travail (1974-2006) », communication dans le cadre du séminaire Maladies industrielles, mobilisations collectives (MIMC), 21 mai 2012, CNRS, Paris 17^e.

Ainsi, l'existence de rapports CHSCT ne suffit pas toujours à faire preuve du travail exposé aux cancérogènes⁹⁴, selon la taille de l'entreprise, les priorités syndicales, l'investissement et les moyens du secrétaire de séance.

3.2.1.2. *Un document non diffusé par crainte de sanctions disciplinaires*

Une autre caractéristique de ce type de document se révèle dans le cas de M. Jansou, salarié d'une entreprise de taille moyenne spécialisée dans le transport de fonds. Dans le récit qu'il donne de ses conditions de travail, il évoque des locaux amiantés et un épisode de désamiantage qui n'aurait pas respecté les mesures légales de sécurité : « Les locaux dans lesquels ils vivent, mangent, se changent (vestiaires, réfectoire) et stockent le matériel se désagrègent, sont poussiéreux⁹⁵. » En 2007, un désamiantage aurait eu lieu, sans interrompre sa fréquentation des locaux. Convaincu de son exposition, il décède à l'âge de 60 ans sans avoir eu le temps d'entamer les démarches d'accès au droit. À l'appui du CMI établi par le médecin du service hospitalier partenaire, son épouse tente de prendre la suite. Elle se souvient de cet épisode de désamiantage, des « remous » suscités par cette situation, et obtient les coordonnées des élus CHSCT qui se sont mobilisés sur cette question : « Ils ont constitué un dossier contre [l'entreprise] pendant deux ans pour l'obliger à respecter les contraintes de désamiantage⁹⁶. »

Les élus, contactés, le confirment. L'un d'entre eux, syndiqué à Force ouvrière, explique ainsi :

« L'amiante, il y en avait. Je me suis battu pendant deux ans. Il y en avait au rez-de-chaussée dans les dalles du sol et dans la colle. Dans les locaux sociaux, les vestiaires, la cuisine... Ils disaient que non. Je me suis battu pour qu'ils ne grattent pas, mais qu'ils recouvrent, ils ont commencé à gratter, il y avait de la poussière, j'ai bloqué les travaux pour danger grave et imminent pendant un an. Il y a même eu une réunion extraordinaire [du CHSCT]. Heureusement que [le contrôleur de prévention CRAMIF] était là. Pour nous c'est dur de faire bouger les choses, même quand il existe des documents INRS qui vont dans notre sens. » [Journal de terrain, septembre 2012]

La résistance des élus CHSCT à cette mise en danger, leur persévérance à faire respecter leur droit à la santé sont à l'origine de l'existence de plusieurs traces pouvant objectiver cette exposition à l'amiante. Cet élu a d'ailleurs archivé tous les PV de CHSCT qui rendent compte de cet épisode conflictuel, à l'exception d'un seul. Il a également connaissance de l'enquête en cours sur le cancer de son ancien collègue, menée par la caisse, « le premier cas de déclaration de maladie professionnelle » dans l'entreprise selon lui : « C'est Monsieur B, de la DRH, qui me l'a dit. » Alors que l'exposition de M. Jansou se confirme et que la preuve peut en être apportée à l'appui de ces PV, cet élu va toutefois refuser

⁹⁴ De simples mentions, comme l'absence de ventilation ou des systèmes d'aspiration défectueux, peuvent toutefois représenter des indices, en complément d'autres formes de preuve.

⁹⁵ Reconstitution du parcours AVI ONC 12 007 [Archives GISCOP 93].

⁹⁶ Journal de terrain, septembre 2012.

catégoriquement la transmission de ces documents, arguant que « les Pv de CHSCT ne peuvent pas sortir de l'entreprise » : « Je les envoie à la CRAMIF. J'ai tout. Je peux faire des copies, mais seulement pour la CRAMIF. »

L'attitude de ce élu n'est pas un cas isolé, elle est le plus souvent la norme. Se dessine ici une autre forme d'obstacle à l'accès aux traces : celle du flou juridique qui entoure le statut de ce compte rendu. Si le Code du travail prévoit que les Pv de CHSCT doivent être conservés dans l'établissement, tenus à disposition de l'inspection du travail et du service de prévention de la CARSAT, il ne dit rien en revanche sur sa diffusion⁹⁷. Plus ou moins formés, les élus CHSCT peuvent être tentés de s'abriter derrière leur obligation de discrétion à l'égard « d'informations à caractère confidentiel et données comme telles⁹⁸ », par crainte de la sanction disciplinaire.

La frilosité de cet élu peut s'expliquer par ces incertitudes en la matière, sa peur d'ouvrir un nouveau front de bataille face à un directeur des ressources humaines par ailleurs reconnu par tous – selon les termes du contrôleur de la CRAMIF lui-même – comme « très très procédurier⁹⁹ ». Il n'a pas hésité, par exemple, à adresser un courrier comminatoire au médecin ayant établi le CMI de M. Jansou¹⁰⁰ : reprenant le paragraphe qui mentionne une exposition à l'amiante, il rappelle à l'ordre le praticien qui « ne peut faire état de faits survenus à l'occasion du travail que s'il a été témoin des conditions de travail du patient, ce qui n'est pas le cas en l'espèce », à l'appui de références de nombreux articles du Code de déontologie médicale et d'avis rendu par le Conseil de l'ordre avant de conclure :

« L'utilisation de ce certificat est d'autant plus dommageable à notre entreprise que les faits attestés ne correspondent à aucune réalité. Par conséquent, nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer par retour les éléments de fait sur lesquels vous fondez vos affirmations ou, en l'absence de tels éléments, d'établir un certificat conforme au code de déontologie médicale¹⁰¹. »

⁹⁷ Se reporter à l'article R4614-4 du Code du travail. La question du statut du rapport CHSCT se trouve posée sur de nombreux sites et forums internet, à l'appui de témoignages illustrant l'extrême diversité des usages et des pratiques. Aux salariés demandant comment obtenir copie de ces rapports pour les présenter devant les tribunaux ou les prudhommes, une personne se présentant comme « spécialiste » conseille par exemple de prendre un avocat, seul en mesure d'en faire la demande. Voir par exemple le site « La page du CHSCT » de Gérard Brégier : <http://gerard-bregier.fr/le-proces-verbal-de-reunion-chsct/> [consulté le 3 mars 2017].

⁹⁸ L'article L. 4614-9 du Code du travail précise que « les membres du comité sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur. Ils sont tenus au secret professionnel pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication ». Par exemple, si l'employeur soumet au CHSCT, l'introduction d'un nouveau produit chimique dans le procès de travail, il peut invoquer le secret de fabrication pour rappeler les membres du CHSCT à leur obligation de discrétion. Des membres de « CHSCT combatif », pour reprendre la typologie développée par Sonia Granaux, pourront rappeler qu'ils ne sont que les représentants des salariés et sont donc obligés de les consulter avant de donner leur avis.

⁹⁹ Entretien par téléphone avec le contrôleur de prévention de la CRAMIF, septembre 2012.

¹⁰⁰ Ce courrier conduit le responsable du service oncologie de l'hôpital Gamma à interrompre son partenariat avec l'enquête du GISCOP93.

¹⁰¹ Courrier adressé par M. B., responsable ressources humaines de l'entreprise B., au docteur V., service d'oncologie médicale de l'hôpital Gamma, en copie à son chef de service, le 24 septembre 2012 [Archives du GISCOP93].

Cette démarche s'avère particulièrement disproportionnée : d'une part, le médecin ne fait que suggérer une exposition, charge à l'employeur, au cours de l'instruction contradictoire, de prouver le contraire et, d'autre part, un médecin hospitalier n'est pas placé sous l'autorité du Conseil de l'ordre. Elle parvient toutefois à déstabiliser les médecins concernés qui interrompent leur participation à la rédaction des CMI¹⁰². Elle relève de pratiques d'intimidation qui rejoignent celles subies par les élus CHSCT, incitant ceux-ci à la plus grande des prudences pour ne pas risquer d'être pris en défaut de non-respect du droit. Le rapport de CHSCT, reflet d'un espace de conflit, n'est donc pas toujours un document accessible aux salariés ou anciens salariés, encore moins à leurs ayants droit.

3.2.1.3. *Un défaut de conservation*

Loin d'être garanti pour des (anciens) salariés d'entreprises encore en activité, l'accès à ces documents l'est encore moins lorsque les entreprises concernées n'existent plus. Sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, un grand nombre d'entreprises ont fermé leurs portes, des activités ont disparu, des bâtiments ont été détruits. À l'emprise industrielle qui avait profondément modifié le paysage agricole du département à partir des années 1930 ont succédé des friches, témoins de la désindustrialisation¹⁰³, avant que n'éclosent des quartiers d'habitation¹⁰⁴.

Les transformations urbaines tendent à effacer les traces des activités industrielles antérieures, traces matérielles comme traces d'archives. Ainsi, une fonderie de métaux précieux apparaît dans le parcours de plusieurs patients insérés dans l'enquête du GISCO93. Installée le long d'un canal sur plus de 33 000 m², cette entreprise a connu d'importants plans sociaux avant de mettre la clé sous la porte en 2007. La rencontre avec d'anciens responsables syndicaux laisse espérer l'accès à plusieurs preuves d'exposition aux cancérogènes, présents en nombre dans cette activité : « On a la chance d'avoir des outils, des traces considérables, des documents¹⁰⁵. » Inquiets du projet de démolition de cette entreprise, ils s'efforcent d'alerter élus et pouvoirs publics sur la

¹⁰² Cette démarche s'inscrit dans un contexte de fortes pressions exercées par les employeurs sur les médecins rédacteurs de CMI, notamment les médecins du travail. Se reporter à l'article de Patrick Adam, « Médecins du travail : le temps du silence ? », *Droit social*, vol 6, n° 6, 2016, p. 541-546.

¹⁰³ En 1986, la Direction départementale de l'équipement recensait plus de 480 hectares de friches sur les 23 600 hectares du département (cité par Laurence Lestel et Anne-Cécile Lefort-Prost, *Pour un renouveau...*, rapport cité, 2007, p. 110).

¹⁰⁴ Ils peuvent même être des éco-quartier comme « l'éco-quartier fluvial » de l'île-Saint-Denis (93) construit à l'emplacement de l'ancienne société Satchi, spécialisée dans l'extraction de radium à partir du minerai d'uranium. Ses activités cessent en 1927, plusieurs sociétés d'équarrissage se succèdent sur le site avant de laisser place à un parc de stationnement de véhicules. En 2009, des analyses menées sur des échantillons de sols témoignent de la persistance d'une pollution radioactive ainsi que de la présence de métaux lourds, d'hydrocarbures et de solvants. Cette situation a nécessité d'importants et coûteux travaux de dépollution. La base de données des sols pollués en France, Basol, en rend compte dans une de ses fiches (http://basol.developpement-durable.gouv.fr/fiche.php?page=1&index_sp=93.0073 [consulté le 5 novembre 2016]). Toujours selon Basol, au moins quarante sites seraient sous surveillance en Seine-Saint-Denis en raison de la pollution avérée ou probable des sols et de la nappe phréatique (cité par Laurence Lestel et Anne-Cécile Lefort-Prost, *Pour un renouveau...*, rapport cité, 2007).

¹⁰⁵ Entretien collectif avec trois anciens militants syndicaux CGT de l'entreprise Fonderie, mai 2012.

persistance de risques cancérigènes qui pourraient menacer les travailleurs de la déconstruction et les riverains. Dessinant au cours d'un entretien un plan sommaire des différents secteurs de la fonderie, l'un d'entre eux évoque l'implantation du local syndical :

« Il y a encore là-dedans, stockées quelque part, les archives du comité d'entreprise depuis 1945, et même avant puisqu'on a le livre du CE pendant toute la guerre. Donc c'est un bien extrêmement précieux. Je pense qu'il est encore sur place, le local était là. » [Entretien collectif avec trois anciens militants syndicaux CGT de l'entreprise Fonderie, mai 2012]

Destinée à la construction de plusieurs centaines de logements, cette emprise industrielle est désormais propriété d'une société mixte immobilière. Ces syndicalistes espèrent obtenir l'accès à leur ancien local syndical. Quelques jours plus tard, l'un d'entre eux rappelle :

« On a eu des nouvelles [...]. Il n'y a plus rien, tout a disparu, un vrai pillage. Les archives auraient été ramassées par une société, même les nôtres. Je ne me fais aucune illusion, l'entreprise a dû éliminer tout ce qu'elle a pu. J'avais demandé aux derniers copains de s'occuper des archives, mais ils étaient très occupés par la bagarre contre la fermeture : les sept dernières années, il y a eu cinq plans de licenciement. [...] Les archives, c'est compliqué, quand ça vit, ça va, mais quand ça coule...

Et chez vous, vous n'avez aucune archive ?

Non, je vous ai dit, j'ai tout brûlé, je voulais pouvoir passer à autre chose, j'avais aussi les rapports de médecine du travail, je m'en servais dans les formations [syndicales], mais à un moment, on trie, le passé, c'est le passé, et puis voilà... » [Entretien collectif avec trois anciens militants syndicaux CGT de l'entreprise Fonderie, mai 2012]

Recourant habituellement à ces documents dans le cadre de mobilisations ou de formation en lien avec la prévention, ces militants syndicaux n'envisageaient pas le futur statut que ceux-ci pourraient ensuite acquérir, dans le cadre de la réparation des maladies professionnelles à long délai de latence, celui de preuves du travail exposé aux cancérigènes. Outils pour l'action préventive, ils ont pu être conservés le temps de l'activité de la fonderie, négligés ensuite. Cette situation n'est pas isolée. Si plusieurs sections syndicales d'entreprise sont parvenues, au fil des années, à conserver des traces de leur activité – tracts, courriers, rapports de CHSCT, de Comité d'entreprise, articles de presse...-, ces archives ainsi constituées demeurent le plus souvent extrêmement vulnérables : leur gestion dépend de la stabilité des équipes, de la configuration des locaux syndicaux, des priorités du combat syndical, de l'intérêt porté à la conservation des traces. Ces fonds d'archives peuvent ainsi disparaître au moment des fermetures d'entreprise, lorsque les militants sont alors tout entier mobilisés contre la cessation d'activité et/ou impliqués dans les négociations portant sur les modalités de licenciement ¹⁰⁶ . La conservation d'archives du travail peut également être

¹⁰⁶ Le témoignage accordé par un ancien militant Cgt des chantiers navals de la Ciotat fait écho à cette situation : « Après la fermeture [des chantiers navals], les archives ont été exposées. On n'a pas pensé à les enlever. On s'est fait licencier au fur et à mesure, jusqu'à la fermeture, en 1989. Les derniers auraient dû le faire, y penser, mais ils pensaient à autre chose. On a

psychologiquement encombrante au moment du passage à la retraite, comme en témoigne cet ancien élu de la fonderie de métaux précieux, désireux de rompre avec son identité de militant syndicaliste pour parvenir à s'adapter à son nouveau statut.

3.2.2. Le statut ambigu des traces conservées par les institutions

D'autres acteurs sont destinataires de certaines traces de l'activité des entreprises, dans l'exercice de leurs missions de prévention et/ou de contrôle¹⁰⁷.

Celles qui sont conservées par le service prévention des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM, aujourd'hui CARSAT) apparaissent d'emblée hors d'atteinte, inaccessibles aux (anciens) salariés, en lien avec la raison sociale de ces institutions – des organismes de droit privé – mais aussi avec la culture professionnelle des ingénieurs et contrôleurs de prévention. Pour l'illustrer, un rapide retour à l'exemple précédent, celui de M. Jansou, en rend compte. L'élu CHSCT refusait de transmettre les preuves de son exposition à l'amiante. Désormais à la retraite, le contrôleur de prévention de la CRAMIF qui a suivi le dossier accepte un échange téléphonique sur cette question. Il confirme l'intervention sur des produits amiantés, la difficulté, tant pour les élus CHSCT que pour lui, d'obtenir le respect des règles de prévention par l'employeur et affirme être lui aussi en possession des preuves :

« J'ai retrouvé des documents sur ce dossier – j'ai conservé tous mes écrits et tous mes courriers, un peu comme un ouvrier du bâtiment voit la trace de ce qu'il a fait, j'ai la trace de mon travail. L'information donnée par ce salarié n'est pas exacte mais il y a une partie de vrai : il a confondu l'amiante dans le flocage et dans les colles. Dans cette entreprise, j'avais fait analyser un prélèvement sur des dalles dégradées. J'ai retrouvé une lettre que j'avais adressée [au DRH] datée de septembre 2006 et qui dit qu'il y a de l'amiante chrysotile dans le sol et dans les dalles, dégradées. [ce DRH], il faut le connaître, ne laisse rien passer, il est très très procédurier. Ce sujet a été évoqué à plusieurs reprises, notamment entre 2006 et 2010. J'avais informé l'entreprise pour qu'elle informe le CHSCT : s'il y avait retrait des dalles, il fallait opérer un désamiantage. Ils n'en ont pas tenu compte.

Vous auriez conservé les rapports CHSCT qui mentionnent cet épisode ?

Les entreprises ne nous les envoient pas toujours. Moi, j'obtenais la transmission des rapports CHSCT en leur disant "si vous ne voulez pas me voir, informez-moi". Quand on les voit, mais on ne voit que 3 % des entreprises, les plus à risques¹⁰⁸, elles le font à 60 %. J'ai retrouvé un rapport du CHSCT de mars 2007, mais je ne peux rien diffuser. Même quand des juges nous demandent des écrits, on ne les envoie pas. On n'est jamais en recherche de responsabilité, ce

retrouvé nos archives dans des cartons, sous la pluie, de l'eau. J'en ai récupéré certaines et on les a entreposées au centre culturel, mais il a subi une inondation. Le rapport [du comité d'entreprise dans lequel l'employeur est interpellé sur les risques liés à l'amiante dès 1978], je l'ai sauvé de l'eau et j'ai pris pas mal de documents chez moi. Je vais tenter d'en faire deux copies, l'une pour les archives CGT et l'autre pour les musées. » Entretien avec Pierre Bouvier, association Centaure, 2 décembre 2014.

¹⁰⁷ Selon l'ancien article R4614-3 du Code du travail, « l'ordre du jour de la réunion du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et, le cas échéant, les documents s'y rapportant sont transmis par le président aux membres du comité et à l'inspecteur du travail huit jours au moins avant la date fixée pour la réunion, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence ». Le PV de la séance précédente étant soumis à l'approbation des membres, il devrait figurer au nombre des pièces jointes. Dans les faits, les pièces jointes ne sont pas toujours transmises.

¹⁰⁸ L'activité des contrôleurs de prévention est orientée par le taux de « sinistralité » des entreprises ou d'accidentologie, c'est-à-dire celles où le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarés et reconnus est élevé.

n'est pas notre rôle. On est très réticent à communiquer. On a peur de ne plus obtenir d'informations après. » [Journal de terrain, septembre 2012]

Dans ses propos, ce contrôleur de prévention rend compte des conditions de son travail passé et surtout des stratégies mises en œuvre pour pouvoir exercer son activité. Celle-ci, contrairement à ce que laisse croire la dénomination du métier de « contrôleur », consiste surtout à conseiller les employeurs et à les accompagner dans la mise en place d'une politique de prévention¹⁰⁹. S'ils effectuent des rappels à la loi et aux règlements, ils n'ont pour autant aucun moyen coercitif. On peut comprendre que leur activité et ses résultats dépendent alors entièrement de la relation de persuasion qu'ils parviennent à construire avec les employeurs. Dans ce contexte, transmettre des documents, même dans le cadre d'une instruction judiciaire, relève d'une forme de remise en cause de relations patiemment établies et peut nuire à leur activité. Pour agir et influencer sur les pratiques, le contrôleur est amené à ne pas produire toutes les traces d'infraction.

L'exploration des preuves s'est orientée vers l'inspection du travail, en charge de contrôler le respect, par les employeurs, du droit du travail et d'éventuellement les sanctionner, dans l'hypothèse qu'elle soit en possession de traces de l'activité des entreprises dont elle effectue le contrôle. On verra que ses fonds sont très parcellaires et hétérogènes, reflet de l'activité du travail de ces agents de contrôle et aussi d'une politique d'archives récente et mal assumée. On montrera aussi que l'accès aux « preuves » qu'elle détient est de plus en plus verrouillé.

3.2.2.1. *Des fonds très parcellaires et hétérogènes*

L'un des responsables syndicaux de la fonderie présentée dans les pages précédentes semblait convaincu que les fonds d'archives de l'inspection pouvaient suppléer la disparition des archives de sa section d'entreprise et servir de preuves du travail exposé :

« Ce qui est sûr, c'est qu'il existe des dossiers à l'inspection du travail : ils ont au moins tous les rapports du CHSCT puisque c'est une obligation, et tous les PV d'inspection, et il y en a eu ! » [Entretien par téléphone M. C., ancien élu CHSCT de l'entreprise Fonderie, mai 2012]

L'analyse des dossiers concernant cette fonderie¹¹⁰, versés par l'inspection du travail aux Archives départementales¹¹¹, renseigne d'emblée sur le caractère extrêmement hétérogène de ces versements et sur leurs limites. On y trouve plusieurs documents en lien avec des incidents ponctuels, comme un procès-verbal d'infraction après un retour

¹⁰⁹ Dans certaines CARSAT, ils sont d'ailleurs appelés techniciens de prévention.

¹¹⁰ Les cartons correspondent aux versements de sections d'inspection du travail. Au sein d'un même carton, plusieurs entreprises sont concernées.

¹¹¹ Ces dossiers sont accessibles, sous réserve des délais de communicabilité qui varient selon les sources et leur contenu. Ils sont par exemple de 50 ans pour les documents « portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique nommément désignée ou facilement identifiable ».

de feu sur un four qui a brûlé gravement au visage un salarié, plusieurs échanges entre la direction de l'entreprise et la direction du travail portant sur des modifications successives du règlement intérieur, d'autres consacrés à des procédures de licenciement ou mentionnant des avertissements à l'égard de salariés protégés mais aucun rapport de CHSCT. Juste un « extrait du compte-rendu du CHSCT du 29/7/1987 » transmis par la direction de l'entreprise à l'inspectrice du travail « conformément à sa demande » : trois pages qui rendent compte du nombre de passages en infirmerie, du taux d'accident du travail et des échanges portant sur la modification du règlement intérieur pour rappeler au personnel l'obligation de porter les équipements de protection mis à leur disposition¹¹².

Le caractère extrêmement parcellaire de ces fonds d'archives renvoie à leur contexte de fabrication¹¹³. Les traces conservées par les inspecteurs du travail – comme par les autres institutions – ne sont rien d'autre que le miroir de leur activité¹¹⁴. Outil de préparation et de suivi des contrôles réalisés, les dossiers d'entreprise¹¹⁵ diffèrent déjà fortement les uns des autres. Ils sont le reflet des pratiques différenciées de transmission des documents réglementaires par les employeurs mais surtout le reflet de l'intervention des agents de contrôle. Si celle-ci dépend bien sûr de leurs moyens – leurs effectifs notamment¹¹⁶ – leur démarche en direction d'une entreprise est également marquée par l'irrégularité : organisée en fonction d'un certain nombre de signaux d'alerte comme le nombre et la nature des plaintes des représentants du personnel ou des salariés, les directives nationales, le contexte de l'entreprise, etc. , elle peut ainsi être très importante durant quelques mois et inexistante durant plusieurs années. Les pièces et documents collectés intéressent directement le travail des agents de contrôle, elles sont un outil de travail avant d'être une archive et, si la problématique de la santé et la sécurité au travail s'affirme, selon les rapports

¹¹² Le règlement intérieur des entreprises peut lui-même être sources d'indices. Pour exemple, celui de la fonderie en date de 1984 figure dans l'une des pochettes archivées : la mention d'une douche obligatoire et prise sur le temps de travail pour les fondeurs et l'atelier cyanure est le signe d'un risque de contamination particulier pour ces travailleurs. Un document (non daté) et intitulé « consigne sécurité à l'électro Or » précise les équipements à porter selon les activités exercées, et notamment le port de « gants en amiante » pour la « pesée des cathodes chaudes ».

¹¹³ Cédric Lomba, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprises », dans Anne-Marie Arborio et al. (dir.), *Observer le travail...*, ouvr. cité, 2008, p. 29-44.

¹¹⁴ L'activité des agents de contrôle est particulièrement bien décrite au terme d'une enquête portant sur leurs pratiques professionnelles : François Daniellou et al., *Le travail vivant des agents de contrôle de l'inspection du travail*, DIRECCTE, 2012, accessible sur <hal-00776153>.

¹¹⁵ Le dossier d'entreprise comporte les traces de l'activité de l'agent de contrôle en direction de cette entreprise ainsi que les documents qu'il a pu recevoir directement de la part de l'employeur et conserver. On peut également y trouver les traces laissées par d'autres agents de contrôle, en responsabilité à une autre époque.

¹¹⁶ En 2014, les effectifs des agents chargés du contrôle des entreprises s'élevaient à 2 236 personnes – soit 1 060 inspecteurs du travail et 1 076 contrôleurs du travail – sur un territoire comprenant 1,82 millions d'entreprises et 18,2 millions de salariés. On compte donc un agent de contrôle pour près de 800 entreprises et 8 150 salariés. Source : Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Direction générale du travail, *L'inspection du travail en France en 2014*, p. 5, accessible sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_bit_2014.pdf [consulté le 12 février 2017].

du ministère du Travail, comme leur « thème d'intervention majoritaire¹¹⁷ », elle n'est pas leur unique motif de préoccupation.

Au sein de ce vaste ensemble, le contrôle des risques cancérigènes représente une faible part de leur activité, notamment parce qu'elle requiert un niveau d'expertise spécifique, se révèle extrêmement chronophage et s'inscrit dans une temporalité relativement longue, quand les agents de contrôle changent de secteur tous les trois ou quatre ans¹¹⁸. Leurs interventions sont également conditionnées par la réglementation : c'est par exemple l'existence d'une valeur limite d'exposition professionnelle inscrite dans le Code du travail qui permet de préconiser une mesure de styrène dans l'atmosphère, qui serait sans fondement autrement. Ces limites à leur action sont autant de limites aux traces qu'ils construisent. La participation de l'inspecteur du travail aux séances du CHSCT apparaît par ailleurs comme une « activité marginale¹¹⁹ ».

Dans ce contexte, le rapport de CHSCT suscite un intérêt très variable auprès des inspecteurs du travail. Il n'est pas toujours le document le plus important à conserver dans un dossier d'entreprise :

« Ce rapport, ça peut être utile quand on ne connaît pas une boîte pour voir les problématiques soulevées par les élus et voir si y a pas des choses à faire de ce côté-là sans chercher par nous-mêmes. Mais globalement, on n'en a pas besoin dans notre activité de contrôle : ce qu'on nous demande, c'est de constater la situation de danger et de remettre de l'ordre. Il faut donc réaliser des constats de visu. Et puis, l'autre problème, ce sont les comptes rendus eux-mêmes : on trouve des pavés énormes, avec retranscription intégrale, qui sont pratiquement illisibles et qu'on n'a pas le temps de lire, des comptes rendus ultra-courts où on retrouve juste l'ordre du jour et qui ne servent donc à rien et quelques autres, intéressants, mais dans lesquels l'intéressant est noyé dans la présentation de résultats de consultations en tous genres souvent sans intérêt. » [Entretien par courriel avec inspecteur du travail 1, février 2017]

Ces propos révèlent les arbitrages que réalisent les inspecteurs du travail entre le temps de leur présence sur le terrain de l'entreprise et le temps d'appropriation des informations disponibles¹²⁰. Au regard des missions de l'inspection du travail, le rapport de CHSCT n'est pas toujours l'outil le plus approprié. « Avant, pour se faire une idée de la boîte, on demandait le bilan annuel, explique ainsi un inspecteur du travail, maintenant, on demande le document unique [d'évaluation des risques professionnels] ; un texte en a chassé un autre dans l'esprit des entreprises et des collègues¹²¹. » Quand il peut

¹¹⁷ Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Direction générale du travail, *L'inspection du travail en France en 2013*, p. 100.

¹¹⁸ Arnaud Mias et al., *Le travail de prévention...*, ouvr. cité, 2013, p. 122-151.

¹¹⁹ Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Direction générale du travail, *L'inspection du travail en France en 2013*, p. 74.

¹²⁰ Sur l'organisation du travail des agents de contrôle de l'inspection du travail et ses contraintes, se reporter aux travaux de Vincent Tiano, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques : une profession sous tension*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Marseille, 2003 ; et de Marie Szarlej, *Socio-histoire de l'Inspection du travail : une administration comme une autre ?*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Nantes, 2017.

¹²¹ Entretien avec inspecteur du travail 2 (Seine-Saint-Denis), mai 2015.

représenter un intérêt, par exemple en cas d'accident du travail pour prouver qu'un problème technique avait déjà été évoqué en séance et établir l'éventuelle responsabilité de l'employeur, certains agents de contrôle espèrent une coopération des élus CHSCT, plus familiers avec le contenu de ces séances. Comme le résume ce même inspecteur du travail, les archives de l'inspection « ne sont qu'un sous-produit de nos activités, je ne veux pas dire un dommage collatéral, mais enfin presque...¹²² ». Les rapports de CHSCT qu'ils ont reçus n'y sont pas le plus souvent conservés.

3.2.2.2. Une politique d'archives récente et mal assumée

Si la trace du travail exposé n'est donc pas toujours construite au sein des dossiers de l'inspection du travail, elle souffre également, lorsqu'elle existe, d'un problème de conservation. Jusqu'à peu, ces dossiers étaient régulièrement apurés et jetés une fois les entreprises fermées. Le souci de l'archivage se révèle relativement récent dans l'institution. Un inspecteur du travail en poste en Seine-Saint-Denis depuis 35 ans en témoigne :

« Quand je suis arrivé dans les services au milieu des années 1980, il n'y avait pas d'archives. D'abord, le mode de classement des dossiers n'était pas le même : on avait un dossier d'entreprise avec très peu de choses dedans et ensuite des pochettes par type de documents, par exemple avec les PV CHSCT de toutes les entreprises. Tous les ans ou tous les deux ans, les secrétaires passaient l'été à déchirer tout ça et à mettre à la poubelle, selon une circulaire ancienne du ministère sur les archives. Pendant longtemps, ici en tous cas, on ne savait pas archiver, on ne savait même pas qu'il y avait des archives départementales, ça ne préoccupait personne. » [Entretien avec inspecteur du travail 2 (Seine-Saint-Denis), mai 2015]

Une circulaire de 1989 consacrée aux instructions en matière de tri et de versement des archives de l'inspection du travail confirme le relatif désintérêt du ministère du Travail pour cette question, au moins jusqu'à cette date :

« Malgré l'ancienneté des services extérieurs du travail et de l'Emploi [...], la gestion de leurs archives n'a fait jusqu'à présent l'objet que d'une réglementation partielle et largement dépassée¹²³. La présente instruction et les tableaux de triage qui lui sont annexés ont pour but de combler une lacune dont les effets néfastes se faisaient sentir chaque jour davantage¹²⁴. »

Selon cette circulaire, les inspecteurs du travail seraient désormais tenus, pour les entreprises de plus de cinquante salariés, de conserver l'intégralité des dossiers et, pour celles de moins de cinquante salariés, d'effectuer un tri « aléatoire ou sélectif sur la base d'un dossier sur dix ou sur vingt ». Les versements aux Archives départementales devraient intervenir lorsque les établissements ont fermé, ou au terme de dix ans de

¹²² *Ibid.*

¹²³ Le texte renvoie à ces références : circulaires Travail LC-MO 47/54 du 6 septembre 1954 et LC TE 8/64 (XIII) du 15 janvier 1964 ; note Culture AD 398/330 du 10 janvier 1973.

¹²⁴ Ministère du travail et ministère de la culture, Circulaire AD 89-5 du 10 octobre 1989 concernant les archives des services extérieurs du Travail et de l'Emploi (NOR MCCC 8900626C).

conservation par l'inspection, précise une note ultérieure, « lorsque des nécessités de place l'exigent¹²⁵ ». Ces préconisations ne témoignent toutefois en rien de leur application effective. Les critères et modalités de conservation peuvent varier d'une personne à l'autre, d'un service à l'autre, d'un territoire à l'autre, nonobstant les circulaires en vigueur :

« Certains collègues vont beaucoup jeter, d'autres quasiment rien. Il y en a qui demandent aux entreprises de leur envoyer les fiches de paye sur un an ou les fiches de données de sécurité : il n'y a pas de raison de garder ça dans les dossiers d'entreprise. Moi, je fais partie des gens qui ont tendance à épurer les dossiers, mais j'espère aussi faire partie des gens qui sont attentifs à y garder tout ce qui peut intéresser la problématique MP [maladies professionnelles]. Pour les MP justement, on archive les dossiers, avec un signe sur la pochette : ce sont les consignes que je donne et que d'autres ne donneront pas. Mais ça reste quelque chose d'artisanal. Ce n'est pas très scientifique ni réfléchi. Mais en même temps, est-ce à nous de faire tout ça ? » [Entretien avec inspecteur du travail 2 (Seine-Saint-Denis), mai 2015]

Cette hétérogénéité est sans doute le reflet d'une relative autonomie des agents de contrôle dans l'organisation de leur travail¹²⁶ et d'une faible impulsion de la part de leur direction pour ces questions. Elle peut également être la marque d'une difficulté pour ces agents de contrôle à appréhender le travail d'archivage qui leur est demandé. Il est d'ailleurs le plus souvent confié aux secrétaires, voire à des vacataires n'ayant reçu aucune formation en la matière. C'est pour beaucoup d'inspecteurs un « travail en plus » au regard de ce qu'ils estiment être leurs missions¹²⁷ : contrôler l'application du droit du travail et des conventions collectives en entreprise, protéger les salariés. Mais c'est surtout un travail qui, pour beaucoup, souffre d'un défaut de sens, de cohérence : il semble avoir pour objet implicite de les transformer en opérateurs de la « traçabilité » des expositions professionnelles, sans toutefois l'officialiser. Selon les inspecteurs les plus anciens, la question de l'archivage serait en effet devenue une préoccupation de la hiérarchie au lendemain de la « crise de l'amiante », en lien direct avec la problématique des maladies professionnelles à effets différés. Les sollicitations en direction de l'inspection du travail sont effectivement fréquentes, qu'elles émanent de salariés souhaitant savoir *a posteriori* à quoi ils auraient été exposés, des CPAM dans le cadre de l'instruction des dossiers en maladie professionnelle, jusqu'aux juges dans certaines

¹²⁵ Préfecture de la Seine-Saint-Denis, Note adressée aux sections d'inspection du site de Saint-Denis pour diffusion à l'ensemble des agents par la Direction des services d'archives, 9 avril 2009 [Archives privées]

¹²⁶ Les agents de contrôle bénéficient d'une indépendance statutaire résultant des conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) et, plus particulièrement de l'article 6 de la convention internationale n° 81 de l'OIT, adoptée en 1947 et ratifiée par la France en 1950, à retrouver sur www.ilo.org [consulté le 17 avril 2017]. Les organisations syndicales professionnelles défendent, à l'appui de cette convention, « l'indépendance d'action individuelle de l'inspecteur du travail ».

¹²⁷ La direction des Archives départementales de la Seine-Saint-Denis semble être consciente de ces difficultés. Dans une récente note destinée aux agents de l'inspection, après leur avoir rappelé les instructions en matière de tri et de versements, elle les invite à prendre contact avec les agents des archives pour, notamment « limiter les questionnements et les risques d'erreur sur la méthode à adopter » : « Le principe de cette démarche est d'assurer, au final, l'équilibre le plus juste entre le temps de travail demandé aux agents des sections d'une part, et la nécessité d'offrir à nos lecteurs les moyens d'une recherche efficace dans les fonds de l'inspection du travail. » Préfecture de la Seine-Saint-Denis, Note adressée aux sections d'inspection du site de Saint-Denis pour diffusion à l'ensemble des agents par la Direction des services d'archives, 9 avril 2009 [Archives privées].

affaires pénales. Elles entrent toutefois en tension avec les pratiques et la représentation que les agents ont de leurs missions.

En effet, on l'a vu, la composition des dossiers d'entreprise, si elle correspond à une démarche de *construction* de traces, s'opère sur le mode de la *sélection* des documents pouvant soutenir l'activité présente ou future des agents de contrôle : quand certains inspecteurs du travail sollicitent la transmission de nombreux documents auprès des employeurs, d'autres, en revanche, estiment que ces requêtes doivent rester mesurées, en lien avec leurs moyens d'action et leur marge de manœuvre :

« Il y a des collègues, ils vont dans les entreprises et demandent à ce qu'on leur transmette toutes les fiches de données de sécurité. Mais on en fait quoi après ? Demander ces infos, c'est bien, l'utilité elle est évidente ensuite pour un salarié victime de MP, mais une fois qu'on a l'information, est-on capable de la traiter ? Le moindre garage, il a trois salariés, il a une centaine de fiches de données de sécurité : on n'est pas équipés, on n'est pas des toxicologues, on n'est pas en mesure de traiter ça, donc ça sert à quoi de les faire venir sauf dans un cas d'enquête particulière, sur un cas spécifique. Je suis très sensible à l'idée qu'on doit rester une menace crédible. On n'a pas le temps d'aller partout, on fait des contrôles en nombre extrêmement limité par rapport à ce qu'il y aurait lieu de faire. [...] Sur quoi on peut compter ? Sur l'idée que les patrons se font encore de l'inspection du travail et que ça reste une menace. Si vous réclamez à un patron qu'il vous envoie ce genre de document, logiquement vous allez dans les entreprises derrière et vous regardez ce qu'il fait pour prévenir ces maladies professionnelles. Il faut rester une menace crédible : quand l'inspection du travail vous écrit pour vous demander tel document, si vous ne l'envoyez pas, il va se passer quelque chose. Et si vous l'envoyez et qu'il y a un risque, il va se passer quelque chose. Mais si vous n'êtes pas en mesure de faire ça, est-ce qu'il faut vraiment le faire ? Voyez, il y a la question de la crédibilité, sans parler, ensuite, de la question de la responsabilité. Vous savez que dans telle entreprise ils utilisent du trichlo et vous n'y allez pas, est-ce qu'on ne peut pas vous le reprocher ? » [Entretien avec inspecteur du travail 2 (Seine-Saint-Denis), mai 2015]

La sélection des traces revêt ici un aspect doublement stratégique. Il s'agit pour cet inspecteur de s'adapter au décalage existant entre ses missions et les moyens pour les réaliser et de veiller à ne pas dévoiler aux employeurs ces faiblesses structurelles – ne pas collecter les traces que l'on ne traitera pas. Ce faisant, il veille également à se protéger d'une éventuelle responsabilité. Le Conseil d'État a par exemple admis la responsabilité de l'État dans les préjudices causés par les poussières d'amiante. En cause notamment, « l'absence de suivi suffisant par l'inspection du travail de la dangerosité des poussières d'amiante, qui a eu pour conséquence la méconnaissance de l'ampleur de la contamination et le manque d'évolution de la réglementation¹²⁸ ». Au regard des conditions de fabrication des traces de l'inspection du travail, la volonté implicite de faire de ces dossiers d'entreprise un outil de traçabilité des expositions professionnelles semble inadaptée aux yeux de nombreux agents de contrôle.

¹²⁸ Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy, *Le drame de l'amiante...*, rapport cité, 2005.

Les traces de l'inspection du travail sont effectivement invitées à jouer un rôle pour lesquelles elles n'ont pas été constituées et engagé, bon gré mal gré, la responsabilité des agents de contrôle. Elles peuvent notamment s'avérer déterminantes dans l'issue d'un dossier de reconnaissance en maladie professionnelle. Dans le cadre de l'instruction du dossier, la Caisse primaire d'Assurance maladie doit réglementairement transmettre la déclaration à l'inspection du travail et sollicite son avis sur les risques existants au poste, dans l'entreprise et à la période concernée. Une absence de réponse ou une réponse « mal » rédigée peut conduire à un refus de reconnaissance au prétexte que « le risque ne peut être établi » sur la base de l'absence de traces constituées et conservées par l'inspection du travail. Un inspecteur du travail se souvient du trouble suscité par cette découverte tardive :

« Jusque dans les années 2000, et même après, quand on recevait une demande de la Caisse portant sur un dossier de maladie liée à l'amiante, dans la plupart des cas les entreprises concernées avaient disparu. On répondait alors : "On n'a pas d'éléments." Et la maladie n'était pas reconnue. Mais on n'avait aucune idée, nous, de l'effet de ce petit courrier ! À la place où on est, on ne sait pas comment ça se passe ensuite, en aval. Maintenant, on sait qu'il faut se creuser un peu la tête et répondre : "L'entreprise a disparu" ou "Je n'ai pas d'information concernant cette entreprise, mais compte tenu de l'activité exercée par M. xx, il a pu être exposé à..." » [Entretien avec inspecteur du travail 3, octobre 2011]

Impliqué dans de nombreux groupes de travail sur l'amiante, au contact des associations de victimes, cet inspecteur est parvenu à identifier l'impact des réponses produites par les agents de contrôle sur l'aboutissement d'une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Mais la plupart d'entre eux l'ignorent, aujourd'hui encore. *A contrario* du projet affiché par les législateurs en 1919 qui liait réparation et prévention, la plupart des inspecteurs du travail méconnaissent le rôle qui leur est confié par les textes dans l'accès au droit à réparation¹²⁹. Centrés sur l'observance du droit du travail, ils ne maîtrisent pas ou peu les spécificités du droit de la Sécurité sociale, auxquelles leur formation initiale accorde peu de temps. Orientée sur le contrôle du travail au présent et sur les préconisations du futur, l'inspection du travail tend à considérer l'espace du passé hors de son champ d'action et, surtout, hors de ses possibilités. Un inspecteur du travail s'étonne ainsi d'être sollicité par un juge d'instruction souhaitant savoir si l'un des salariés de l'entreprise V a pu être exposé à l'amiante entre 1973 et 1986 :

« Aux archives, j'ai pu remonter à 1980, pas avant. J'ai trouvé des trucs sur le procès de travail, rien d'explicite sur l'amiante. [...] Une bonne enquête, c'est trouver les archives, mais quand je demande où sont les archives d'avant 1980, personne ne le sait, mes chefs s'en foutent. En fait, on n'a pas les moyens d'enquêter, on est un peu désemparé face à ce type de

¹²⁹ Les pratiques extrêmement hétérogènes d'une section d'inspection à une autre, révélées à l'occasion de l'accompagnement de victimes affiliées en dehors du département de la Seine-Saint-Denis, le confirment. Dans l'une, les agents de contrôle répondent à la CPAM « lorsqu'ils ont le temps », « sans bien savoir à quoi ça sert », dans l'autre ils réalisent une enquête, dans une autre encore, les demandes transmises par l'Assurance maladie n'atteignent jamais les agents de contrôle : elles sont ré-adressées, par les secrétaires, à l'inspection médicale du travail.

demande. Moi, j'oriente le juge vers la CRAMIF, peut-être que là-bas les archives sont mieux tenues... » [Entretien avec inspecteur du travail 4 (Seine-Saint-Denis), octobre 2014]

Convaincus de l'inadaptation de leurs dossiers à la recherche de preuves du travail exposé, la plupart des agents de contrôle imaginent alors, eux aussi, que ces traces doivent exister ailleurs.

3.2.2.3. *Un accès aux traces de plus en plus fermé*

L'inspection du travail ne fait pas que conserver pas des traces du travail exposé, mais elle en fabrique au fil de son activité : son rapport annuel d'activité rend compte de l'importance quantitative des lettres d'observation¹³⁰, mais aussi de mises en demeure voire, même s'ils sont bien plus rares, de procès-verbaux ou de signalements au titre de l'article 40 du code de procédure pénale¹³¹, sans compter les comptes rendus d'analyses métrologiques ou biologiques effectuées à la demande des agents de contrôle. Établies pour rendre compte ou sanctionner un manquement au respect du droit du travail, notamment en matière de santé et sécurité, ces traces pourraient soutenir une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle dans le cas d'expositions subies au sein d'entreprises toujours en activité. Mais qu'en est-il de leurs conditions d'accès ? Leur transmission est en fait l'objet d'un important litige. Il est ainsi possible d'observer ces dernières années la mise en place d'un verrouillage progressif qui rend ces traces de l'inspection du travail inaccessibles aux (anciens) salariés, tout comme aux organisations syndicales.

Tout d'abord, l'évolution du Code du travail au prétexte de la « simplification » a modifié en 2004 l'un de ses articles¹³², qui imposait dans l'entreprise la présence d'un registre sur lequel étaient reportées les mises en demeure et les observations formulées par l'inspecteur du travail relatives à des questions d'hygiène, de sécurité, de médecine du travail et de prévention des risques. L'existence de cette source écrite, jusqu'alors conservée et libre d'accès aux membres du CHSCT et aux délégués du personnel, est dorénavant remplacée par la mention « des observations de l'inspecteur du travail¹³³ » sur un support dématérialisé.

Surtout, la profession est régulièrement invitée par sa hiérarchie, la Direction générale du travail (DGT), à ne rien communiquer de ses observations aux salariés et/ou à leurs

¹³⁰ Les lettres d'observation sont des courriers adressés à l'employeur pour relater les constats opérés lors d'un contrôle ou effectuer des rappels généraux sur les textes réglementaires. La majorité des interventions des inspecteurs du travail donnent lieu à la production d'un de ces courriers : ainsi, en 2014, selon le rapport annuel de l'inspection du travail, on comptait 131 639 lettres d'observation pour 220 800 interventions.

¹³¹ Selon le second alinéa de l'article 40 du code de procédure pénale : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

¹³² Il s'agit de l'ancien article L 620-4 du Code du travail.

¹³³ Article L. 4711-1 et suivants du Code du travail.

représentants. Les agents de contrôle se situent alors au croisement d'injonctions quasi-paradoxaes. Fonctionnaires, ils sont en effet tenus au devoir de réserve et à celui d'obéissance ; inspecteurs du travail, ils doivent respecter le secret professionnel. Mais ils exercent également leur travail sur les fondements d'une convention internationale de l'OIT ratifiée par la France, et donc directement applicable en droit français, qui rappelle notamment le rôle de conseil de ces agents chargés de « fournir des informations et des conseils techniques aux employeurs et aux travailleurs sur les moyens les plus efficaces d'observer les dispositions légales¹³⁴. » Une « boîte à outils » éditée par le Bureau international du travail (BIT) en 2010 recommande ainsi :

« Autant que faire se peut, l'inspecteur du travail entrera en concertation avec les travailleurs ou représentants syndicaux dans l'entreprise et les informera de toute violation de la législation du travail relevée et des mesures afférentes qu'il entend prendre¹³⁵. »

Pour certains professionnels, cette possibilité de transmission répond d'ailleurs à « un impératif hérité de la révolution et figurant en exergue de notre Constitution : “La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration.” (art. 15DDHC) » :

« Pour les inspecteurs du travail, rendre compte des missions de service public qui leur sont confiées, c'est rendre compte aux salariés qualitativement et directement de leurs interventions au sein des entreprises qu'ils ont à contrôler, parce que, précisément, leur rôle est d'assurer la protection des travailleurs¹³⁶. »

Cette nécessité de rendre compte repose sur la conviction de ces auteurs que les interventions des agents de contrôle ne peuvent à elles seules garantir l'application du droit du travail. Elles représentent surtout un outil au service des salariés et de leurs représentants, les résultats des contrôles qu'ils effectuent pouvant devenir des points d'appui pour l'action revendicative. Jusqu'à peu, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) rendait d'ailleurs, le plus souvent, des avis favorables aux salariés ou aux syndicats s'étant heurtés à des refus de transmission de la part de l'inspection du travail. À l'appui d'une loi de 1978 sur les relations entre l'administration et le public¹³⁷, elle confirmait la possibilité pour tout citoyen d'accéder aux lettres d'observation et autres productions écrites de l'inspection, à l'instar de tous les documents produits par l'administration et aux mêmes conditions : selon la loi, le document ne doit notamment pas porter « une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne *physique*,

¹³⁴ Article 3 b de la convention internationale n° 81 de l'OIT, adoptée en 1947 et ratifiée par la France en 1950, à retrouver sur www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C081 [consulté le 17 avril 2017].

¹³⁵ Cité, par Gérald Le Corre, « Quelle contribution peut-on exiger de l'inspection du travail concernant le droit de la preuve ? », *Le Droit ouvrier*, n° 788, mars 2014, p. 225.

¹³⁶ Jacques Dechoz et Lydia Saouli, « Inspection du travail : lettre d'observation adressée à une entreprise, demande d'un salarié d'en obtenir copie, loi sur la transparence administrative, caractère communicable (oui) », *Droit ouvrier*, n° 777, avril 2013, p. 279.

¹³⁷ Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public, codifiée dans le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA).

nommément désignée ou facilement identifiable » ni faire « apparaître le comportement d'une *personne*, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice¹³⁸ ».

Après avoir rendu plusieurs avis favorables à la communication des lettres d'observation¹³⁹, la CADA opère toutefois un net revirement à partir de juillet 2013. Comme elle l'indique elle-même¹⁴⁰, « revenant sur sa doctrine antérieure », elle élargit au compte des personnes morales l'interdiction de divulgation d'informations qui leur porteraient préjudice. Les lettres d'observations émises par l'inspection du travail consistant à relever des manquements constatés à la législation et à la réglementation du travail, elle émet alors un avis défavorable à leur communication, ce document étant susceptible de porter préjudice à l'employeur. Confortée successivement par le tribunal administratif et le Conseil d'État qui se prononce pour la première fois sur cette question¹⁴¹, cette nouvelle doctrine renforce la Direction générale du travail dans ses orientations. Dans une note de service adressée à tous les agents de contrôle, elle souligne ainsi que :

« les évolutions de la doctrine de la CADA et de la jurisprudence confortent les positions restrictives prises par la DGT en matière de communication des lettres d'observations. [...] En conséquence, à la suite d'une demande d'un salarié ou de représentants du personnel, les agents de contrôle doivent continuer à écrire une lettre spécifique contenant les seules informations qui les concernent et s'abstenir de transmettre une copie des courriers adressés à l'employeur, sous peine de violer leur obligation de discrétion professionnelle ou de secret professionnel¹⁴². »

Dans ce contexte, de nombreux agents de contrôle choisissent de ne plus rien transmettre¹⁴³, quand bien même les organisations syndicales majoritaires dans l'institution préconisent des formes de communication et d'information en direction des salariés, contournant ces interdits¹⁴⁴. Dans le cadre de l'exercice de leurs missions, ils subissent aussi une pression grandissante de la part d'employeurs qui n'hésitent pas à porter plainte contre eux. Parmi d'autres affaires, un contrôleur du travail de Seine-Saint-Denis est ainsi jugé devant le tribunal correctionnel de Bobigny en octobre 2008

¹³⁸ Article 6 de la loi du 17 juillet 1978, devenu article L. 311-6 du Code des relations entre le public et l'administration.

¹³⁹ Avis CADA n° 20124880 du 10 janvier 2013, accessible sur <http://cada.data.gouv.fr/20124880> [consulté le 2 février 2017].

¹⁴⁰ Avis CADA n° 20131530 du 4 juillet 2013, accessible sur www.cada.fr/avis-20131530,20131530.html [consulté le 2 février 2017].

¹⁴¹ Conseil d'État, 10^e et 9^e sous-sections réunies, 17 avril 2013, n° 344924.

¹⁴² « Communication des lettres d'observations de l'inspection du travail », Note DGT n° 2015-04 du 27 juillet 2015, Service de l'animation territoriale, de la politique du travail et de l'action de l'inspection du travail, Département du soutien et de l'appui au contrôle, Bureau des recours, du soutien et de l'expertise juridique, DASC2.

¹⁴³ Par contraste, la convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement, signée en 1998, par une quarantaine d'États, établit un droit à l'information environnementale à tous citoyens. Voir le portail www.toutsurlenvironnement.fr qui répond à l'objectif d'« offrir à tout citoyen un point d'entrée unique vers les informations diffusées par les acteurs publics français en matière d'environnement » [consulté le 3 juin 2017].

¹⁴⁴ On peut par exemple retrouver plusieurs conseils en ce sens dans un article d'un inspecteur du travail, Gérald Le Corre, « Quelle contribution peut-on exiger de l'inspection du travail concernant le droit de la preuve ? », *Le Droit ouvrier*, mars 2014, n° 788, p. 218-229.

pour violation du secret professionnel, une première pour un fonctionnaire de l'inspection du travail¹⁴⁵. La plainte émanait d'un employeur, sanctionné devant les prudhommes au profit d'une de ses salariées ayant obtenu la copie par cet inspecteur d'une de ses lettres d'observation relevant les manquements au droit du travail. La convocation d'inspecteurs devant les tribunaux peut contribuer à freiner les velléités de transmission d'informations, même si cette question n'est pas toujours au cœur de la plainte. Si elles n'ont jusqu'à présent pas donné lieu à des condamnations, ces plaintes tendent à fragiliser les agents de contrôle, inégalement soutenus par leur hiérarchie¹⁴⁶, dans un contexte de réorganisation de la profession¹⁴⁷.

Ce détour par les traces issues de l'inspection du travail éclaire en retour sur les conditions de fabrication des traces de l'activité cancérigène de travail, leur conservation et aussi leur accessibilité. Il confirme l'inexistence d'une mémoire institutionnelle qui soit à portée des victimes d'expositions à effets différés. Observé au sein de l'inspection du travail, le verrouillage des possibilités de communication aux salariés de traces existantes s'observe dans d'autres organismes, comme le service de prévention de l'assurance maladie ou celui lié à la tarification des AT-MP : la liste des entreprises, voire des postes, en lien avec des maladies reconnues professionnelles est ainsi inaccessible au public, au prétexte de la confidentialité dont les entreprises ont le droit de bénéficier¹⁴⁸.

3.3. La mémoire des pairs au secours de la preuve

Face à cette carence en preuves du travail exposé, des structures syndicales développent des stratégies de construction et de préservation de traces, liant le plus souvent la question de la réparation à celle de la prévention.

¹⁴⁵ « Pour avoir aidé une salariée, un contrôleur du travail va être renvoyé devant le tribunal correctionnel de Bobigny pour violation du secret professionnel ! », tract édité par la CGT UNAS (Union nationale des affaires sociales), le 9 octobre 2007 [archives privées inspecteur du travail]. « La relaxe pour Alan Flicoteaux ! Pour le droit à l'information des travailleurs ! », tract édité par l'Union locale CGT de Bobigny et le syndicat CGT DDT93 (non daté) [archives privées inspecteur du travail].

¹⁴⁶ Dans une récente affaire, une inspectrice du travail qui avait contesté les termes d'un accord d'entreprise chez Tefal avait subi de fortes pressions de la part de l'employeur concerné. Elle a ensuite découvert des échanges de mail entre sa direction et celle de l'entreprise visant à sa mutation. Pour avoir communiqué aux organisations syndicales les termes de ces échanges de mails, cette inspectrice a été condamnée, en première instance puis en appel, pour violation du secret professionnel et recel de documents confidentiels. Un rapport de l'IGAS estime que « en ne prenant pas une position publique forte toute la chaîne de commandement (du niveau local au niveau national) a prêté le flanc à la critique d'un manque de protection de l'inspection du travail contre toute influence extérieure induite ». Voir notamment Bertrand Bissuel, « Inspection du travail : le rapport qui dérange », *Le Monde*, 21 février 2017. Dans

¹⁴⁷ Se reporter à l'article de Arnaud Mias, « Autonomie des agents et légitimité de l'inspection du travail », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 7 | 2015, accessible sur <http://nrt.revues.org/2314> [consulté le 15 janvier 2017].

¹⁴⁸ Dans un tout autre contexte juridique, des cabinets d'avocats mettent en ligne, aux États-Unis, la liste de toutes les entreprises concernées par la survenue d'un mésothéliome et donc réputée avoir exposés leurs salariés à l'amiante : si leur démarche s'inscrit dans une visée commerciale, elle rend visible aussi au public les espaces de risques passés et interroge les risques présents. Voir par exemple www.mesothelioma.com/asbestos-exposure/companies/ [consulté le 24 janvier 2017].

3.3.1. Construire la conservation des traces

Des « carnets d'exposition aux risques professionnels » (CEP) ont ainsi été élaborés en 1978 par la Fédération unifiée de la chimie (FUC) CFDT – plus précisément le « groupe produits toxiques¹⁴⁹ » – pour redonner aux salariés des entreprises, aux intérimaires et aux sous-traitants, le pouvoir d'agir sur la « maîtrise de leur santé ». Cette initiative s'inspire du « livret sanitaire et de risques individuels », expérimenté quelques années plus tôt par le conseil d'usine de Castellanza/Montedison. Un court article du magazine de la FUC en rend compte ainsi :

« L'ouvrier le détient, le remplit, s'en occupe. [...] Le carnet d'exposition est conçu comme un instrument pour cette prise en charge. D'abord pour conquérir des informations. Ensuite, comme instrument dans le syndicat qui le lui remet, avec lequel il se bat pour arriver à le remplir ! Une fois rempli, l'ouvrier peut le comparer avec celui de ses camarades d'atelier. Les gars ne se rendent compte de leurs conditions de travail que s'ils peuvent comparer. Par ce moyen, ils sortent de l'accoutumance, de l'impression de fatalité. C'est seulement à partir de là qu'ils commencent à poser des exigences au patron¹⁵⁰. »

Envisagée dans un objectif de prévention et dans la continuité du projet autogestionnaire porté alors par la CFDT, la promotion de ces carnets est également d'emblée liée à la question des maladies professionnelles : « [Le salarié] apprend à scruter son corps, son état de santé, identifiant les états anormaux ; il énumère ses troubles, qui peuvent conduire à une déclaration de maladie professionnelle. » Les carnets devaient aussi satisfaire un objectif épidémiologique, permettant le recensement des expositions des travailleurs aux toxiques, notamment cancérigènes. Renaud Bécot relate ainsi, à l'appui des archives du groupe « GP-Tox », le lien noué entre les promoteurs de ce carnet et le directeur du Centre international contre le cancer (CIRC), le docteur Lorenzo Tomatis, intéressé par cet instrument qui aurait pu permettre « d'obtenir, par l'intermédiaire des sections syndicales, la liste et la quantité des produits fabriqués dans l'établissement ainsi que le nombre de personnes exposées à chaque produit¹⁵¹ ». Mais diffusé à plusieurs reprises entre 1978 et 1980, en plusieurs milliers d'exemplaires, ce carnet ne parvient pas à intéresser les salariés, relativement méfiants¹⁵², au contraire de l'intérêt qu'il avait pu susciter en Italie quelques années auparavant. Dans ce pays, au contraire de la situation française, « la mobilisation politique du travailleur dans l'entreprise précédait [...] l'action du livret sanitaire, et

¹⁴⁹ Denis Duclos, « Syndicalisme et risque... », art. cité, 1983, p. 218-229.

¹⁵⁰ « Le carnet d'exposition aux risques professionnels », *Chimie-militants*, [coupure d'article non datée, mais postérieure à 1977, conservée dans les archives de Jean Hodebourg, ISH-CGT].

¹⁵¹ Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 291.

¹⁵² Sur la genèse de ce carnet et sa brève existence : Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 290-293. L'idée de ce carnet traversait également la CGT qui, dans son congrès confédéral de 1975, évoque cet outil au sein de son programme d'action. Elle a été reprise en 2006, à l'initiative de la Mutuelle familiale de Paris, sous le nom de « Mémo-Pro » pour « conserver la mémoire de son parcours professionnel, consigner ses expositions à risque et découvrir ses droits ». Cette expérience, promue par le Réseau départemental de prévention des cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, n'a toutefois pas dépassé le stade de maquette [archives personnelles].

l'enveloppait complètement¹⁵³ ». En France, les militants sont réservés à l'égard d'une démarche qui s'impose par le haut et se sentent invités à jouer un rôle qui n'est selon eux pas celui d'un syndicaliste, « étudier les “problèmes personnels” de ses collègues » :

« *Tout un rapport à l'aspect “privé” de la santé et du secret de la relation malade-médecin surgit ainsi au jour, dans la résistance, la timidité du syndicaliste lui-même*¹⁵⁴. »

Au-delà de cette expérience éphémère qui révèle la difficulté pour les militants syndicaux à se confronter à la maladie, ressentie comme de l'ordre du domaine privé, plusieurs structures syndicales portent attention à la conservation d'une « mémoire ouvrière » du travail, de ses gestes et procédés, de ses luttes et de ses sociabilités. Si elles ne sont pas envisagées d'emblée dans la perspective de soutenir des dossiers de déclaration en maladie professionnelle, elles peuvent toutefois jouer le rôle de traces et preuves du travail exposé. La CGT et la CFDT ont ainsi, à l'échelle confédérale, un service d'archives qui s'efforce de collecter et d'organiser les archives des structures professionnelles, par branche le plus souvent. Des fédérations organisent leur propre service de conservation et de valorisation, comme celle de la métallurgie pour la CGT. Sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, plusieurs sections d'entreprise ont également versé les traces de leur activité aux Archives départementales qui s'ouvrent ainsi, au-delà de leurs obligations administratives, aux archives privées¹⁵⁵. Mais la tâche demeure fragile et fastidieuse, comme l'exemple de la fonderie évoquée précédemment peut l'illustrer. Renaud Bécot, dans le cadre de sa recherche historique sur les liens entre syndicalisme et environnement, note que l'accès « aux archives des unions locales ou des sections d'entreprise est plus incertain puisque leur conservation repose fréquemment sur des initiatives associatives ou syndicales¹⁵⁶ ».

Au moment de la fermeture de son entreprise, la question de la préservation des archives a été l'une des préoccupations majeures de Bernard Massera, ancien responsable syndical CFDT à l'usine Chausson et déjà rencontré dans les pages précédentes¹⁵⁷. Les archives médicales et sociales – bulletins de paye, certificats de

¹⁵³ Denis Duclos, « Syndicalisme et risque... », art. cité, 1983, p. 223.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 224.

¹⁵⁵ On peut par exemple retrouver les archives des élus CGT du CHST de Romainville, Aventis Pharma SA (16 mètres linéaires couvrant la période 1949-2003), celles du syndicat CGT de Râteau La Courneuve (6 mètres linéaires) et celles des élus CGT du comité d'entreprise de Râteau La Courneuve (26 mètres linéaires couvrant la période 1938-1994). L'accès à ces archives est conditionné par l'autorisation des structures en question. Se reporter à l'inventaire proposé par les Archives départementales de Seine-Saint-Denis : <http://archives.seine-saint-denis.fr/Syndicats-et-elus-CGT-de-Seine.html> [consulté le 24 avril 2017].

¹⁵⁶ Renaud Bécot, *Syndicalisme et...*, thèse citée, 2015, p. 29.

¹⁵⁷ Bernard Massera est à l'initiative de la construction d'une association, « Chausson, une dignité ouvrière », imaginée au moment où s'amorçait la fermeture du site de Gennevilliers, à la fin des années 1990. Créée en 2000, elle regroupe 1 200 anciens travailleurs de chez Chausson. Elle est à l'origine d'un livre qui donne la parole à une diversité de salariés, reconstituant l'histoire de l'entreprise, du travail et des luttes, d'une exposition itinérante et d'un DVD qui sont autant d'outils pour « sauver la mémoire » et intervenir dans des maisons de jeunes, des centres sociaux, des écoles, des comités d'entreprise. Bernard Massera et Daniel Grason, *Chausson, une dignité ouvrière*, Paris, Éditions Syllepse, « Le Présent Avenir », 2004.

travail – ont ainsi été versées à Renault¹⁵⁸, charge à cette entreprise de les maintenir à la disposition des anciens salariés de Chausson qui souhaiteraient accéder aux documents les concernant. Le reste a été transmis aux Archives nationales du monde du travail (ANMT), à Roubaix. Un premier versement a lieu en 1999, sous la responsabilité d'archivistes venus sur place pour l'occasion. Bernard Massera rend compte des difficultés de l'exercice à quelques années d'intervalle :

« L'entreprise avait été mise en liquidation, un administrateur liquidateur nommé et son souci n'était pas du tout ces tonnes d'archives. Il voyait que c'était un coût parce que ça occupait un hall important dont il payait la location mensuellement. Il a fallu toute l'énergie des travailleurs pour imposer à notre liquidateur et aller au tribunal pour obtenir que le local soit encore payé pendant quatre mois le temps de faire venir les archivistes qui sont restés trois semaines, à trier, classer. La deuxième fois, ce fut encore plus difficile. Nous avons gardé un certain nombre d'archives, en lien avec une usine qui continuait à fonctionner. Quand elle a définitivement fermé, on a voulu emporter ces archives. Personne ne répondait au téléphone. Il a fallu aller à Roubaix pour essayer de voir de rencontrer des interlocuteurs parce que, par économie, on avait supprimé du personnel et qu'il n'était pas remplacé. [...] Personne ne pouvait plus venir sur place pour nous conseiller et faire le tri, on m'a simplement dit "jetez le moins possible, mettez dans des boîtes et sur des palettes pour nous emmener". On a dû se battre pour trouver un véhicule, on a obtenu que Renault nous mette à disposition un véhicule que j'ai dû conduire. Les archives du monde du travail, personne ne s'en occupe. [...] C'est proprement scandaleux qu'on fasse des choix comme ça et que des milliers d'archives se perdent, c'est toute une histoire ouvrière qui disparaît mais c'est aussi des documents dont les travailleurs vont avoir besoin pour accéder à leurs droits¹⁵⁹. »

Bernard Massera affirme ainsi l'exigence que les archives du « monde ouvrier » soient du ressort du service public, signe d'une reconnaissance de l'importance de cette histoire du travail et du rôle qu'elle peut continuer à jouer pour les chercheurs, mais aussi pour les (anciens) salariés. L'association revendique en effet une expertise sur les procès et conditions de travail qui favorise notamment la reconnaissance en maladie professionnelle pour les personnes concernées. La famille d'un patient du GISCOP93, M. Oubaali, ancien tôleux retoucheur, a pu en bénéficier.

3.3.2. Les travailleurs, « experts bruts¹⁶⁰ » de leurs conditions de travail

Ouvrier dans le bâtiment durant quatre ans pour une succession d'employeurs – neuf au total – M. Oubaali rejoint ensuite l'usine Chausson où il est salarié durant 23 ans, avant

¹⁵⁸ La mobilisation syndicale a porté cette revendication parce que l'entreprise Renault était le seul actionnaire encore existant au moment de la liquidation et parce qu'elle accueillait d'anciens salariés de Chausson dans le cadre de leur reclassement.

¹⁵⁹ Bernard Massera, intervention lors du séminaire « Des formes concurrentes ou complémentaires de l'expertise ? Mobilisations et production de connaissances pour l'intervention » (12 décembre 2014, Paris Dauphine).

¹⁶⁰ L'expression est empruntée à l'italien « *esperto grezo* » et fait référence aux conseils ouvriers mis en place dans les usines Fiat de Turin dans les années 1970 (se reporter au chapitre 1 sur Ivar Oddone). Elle est convoquée par Laure Pitti, dans son article sur la lutte des travailleurs de l'entreprise Pennaroya pour la reconnaissance de leurs expositions au plomb et l'amélioration de leurs conditions de travail. Laure Pitti, « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix, Revue des sciences sociales du politique*, n° 91, 2010, p. 103-132.

de partir en pré-retraite en 1992, à 57 ans. Son cancer broncho-pulmonaire est diagnostiqué 17 années plus tard. Dans l'entretien qu'il accorde pour reconstituer son parcours professionnel, il indique qu'il était « soudeur spécialisé » et répond surtout aux questions qui lui sont posées : il soudait sur de la tôle, pas du plastique, au chalumeau, les voitures étaient nues, pas encore peintes, il n'utilisait « aucun produit¹⁶¹ ». Il s'attarde toutefois sur l'atmosphère de fumées de soudage et les brûlures liées à la soudure qui lui laissent des marques. Le collectif d'experts du GISCO93 identifie alors une exposition aux fumées de soudage, cancérogènes, et à l'appui d'études épidémiologiques qui « mettent en évidence un excès de cancer chez les soudeurs que n'explique pas la consommation de tabac¹⁶² », recommande une déclaration en maladie professionnelle en dehors même de l'existence d'un tableau.

La perspective d'une reconnaissance est alors très incertaine¹⁶³, d'autant que M. Oubaali étant décédé entre temps, sa famille ignore tout de son travail et n'est pas en mesure d'enrichir son dossier. Sa fille aînée n'atteignait pas 7 ans l'année où son père cessait le travail. Elle n'en connaît rien d'autre que ce qu'il en disait, « que c'était pénible, que c'était dur, qu'il fallait être courageux, qu'on avait la chance de pouvoir étudier, que lui n'avait pas pu...¹⁶⁴ ». La découverte de l'existence de l'association « Chausson, une dignité ouvrière » et le contact pris avec Bernard Massera permet d'accéder à une reconstitution beaucoup plus fine de l'activité réelle de travail de M. Oubaali et de faire émerger d'autres expositions, inscrites celles-ci aux tableaux des maladies professionnelles. Il a en effet connaissance de tous les secteurs du site d'Asnières où exerçait l'ancien salarié décédé, pour y être intervenu comme électromécanicien, en charge du montage, du réglage et de l'entretien de toutes les machines. Il le reconnaît à partir d'une photo. Au sein de l'association des anciens de Chausson, il est ensuite en mesure d'identifier rapidement quatre anciens collègues qui, tous, vont témoigner d'une mode opératoire spécifique à l'atelier de soudage concerné, inconnu des experts du GISCO93, mais également de spécialistes de l'industrie automobile – chercheurs et médecins du travail.

S'il est courant en tôlerie de recourir aux pinces à souder électriques, réputées pour leur poids et les étincelles et fumées qu'elles peuvent dégager, l'activité de M. Oubaali, quant à elle, échappe à ce mode opératoire. Plus précis que soudeur, son poste correspond davantage à celui d'un tôlier retoucheur et, comme le précise Bernard Massera, « entre l'OS tôlier et le tôlier retoucheur qui est à côté, le tôlier "tout de main", il y a deux métiers aussi différents que sont la pince à souder et le chalumeau, comme entre un

¹⁶¹ Reconstitution du parcours AVI ONC 09 008 [Archives GISCO93].

¹⁶² Extrait du résumé d'expertise du 7 mai 2009 [Archives GISCO93].

¹⁶³ Sylvie Platel, « La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser... », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, 2009, p. 46-55.

¹⁶⁴ Entretien avec F. Oubaali, septembre 2010.

couteau et une fourchette, même si tous les deux servent à manger¹⁶⁵ ». Intervenant pour redresser ou décabosser une pièce, M. Oubaali recourt au chalumeau pour chauffer la pièce à redresser et se sert alors d'une sorte de pâte, « une simple pâte à modeler spéciale¹⁶⁶ », « comme un mastic qu'il modelait de ses mains et disposait sur la tôle pour contenir la flamme à un endroit précis¹⁶⁷ ».

« Dans le cadre de ses opérations, il était amené à casser des plaques d'amiante afin d'en faire de la poudre. Celle-ci était ensuite mouillée afin d'obtenir une pâte pour réaliser des cordons. Ceux-ci étaient posés autour des endroits à souder pour éviter des déformations. Comme d'autres salariés, M. Oubaali n'était pas informé de la nature des produits qu'il manipulait ni de leur dangerosité, ni des protections à prendre pour les manipuler¹⁶⁸. »

Les précisions que ces anciens collègues apportent par leurs témoignages font figure de preuves du travail exposé à l'amiante. La connaissance qu'ont ces anciens salariés de ce qui fut leur travail s'impose alors comme un savoir unique et irremplaçable dans l'accès au droit. L'exemple qui suit illustre plus encore la mise en réseau nécessaire à l'établissement de la preuve du travail exposé.

Mme Pernin a exercé durant 32 ans, de 1978 à 2010, au sein du secteur télécommunications des PTT (devenu France Telecom, puis Orange), comme monteuse câbleuse notamment. Sur la base de son parcours professionnel, le collectif d'experts parvient à identifier de l'amiante, en lien avec les activités de soudure qu'elle exerce : celles-ci se réalisent sur une plaque en amiante pour que la table de travail soit protégée du feu. Mais, faute d'une expérience dans ce secteur longtemps public et donc inaccessible aux acteurs de prévention du régime général¹⁶⁹, il ne peut aller plus loin dans l'analyse de procédés de travail très « indigènes ». La rencontre avec un syndicaliste de France Telecom impliqué dans la commission « santé et travail » de son organisation fait émerger d'autres expositions. À la lecture du parcours de Mme Pernin¹⁷⁰, il explique :

« Elle dit qu'elle travaille sur les câbles. Sur les câbles nationaux, il y avait une couche d'étanchéité faite de produits bitumineux. Les câbles ont longtemps été en plomb, quand il fallait les préparer, on devait les gratter, ce qui dégageait des poussières de plomb. Ils se terminent ensuite dans les baies. Sur leur trajet, ils passent dans des boîtes soudées où se trouve de l'amiante : il fallait protéger les câbles de la flamme au moment de la soudure. Elle dit qu'elle a fait des torons, c'est une forme de cordage, un toron égale 28 paires de [fils de] cuivres isolé par une protection en papier cartonné épais. Les manchons, eux, sont un système de protection à l'endroit des raccords entre les sections de câble. On a utilisé différents

¹⁶⁵ Bernard Massera, intervention lors du séminaire « Des formes concurrentes ou complémentaires de l'expertise ? Mobilisations et production de connaissances pour l'intervention » (12 décembre 2014, Paris Dauphine).

¹⁶⁶ Extrait du témoignage de M. C., 60 ans, ex-tôlier chez Chausson [Archives GISCO93].

¹⁶⁷ Extrait du témoignage de M. M., 71 ans, ex-électromécanicien chez Chausson [Archives GISCO93].

¹⁶⁸ Extrait du témoignage de M. D., 67 ans, ex-outilleur sur presse chez Chausson [Archives GISCO93].

¹⁶⁹ L'administration publique des PTT sépare son activité à la fin des années 1980, à l'origine de deux établissements autonomes : France Telecom en 1988, La Poste en 1991.

¹⁷⁰ Reconstitution du parcours MFE PNO 11 026 [Archives GISCO93]

matériaux au cours du temps. Avant, les années 1980, c'était du plomb. Ensuite, c'était des coques en résine sur feutre : on injectait une résine à base de styrène et sans protection. Il y avait peu de risques à l'installation mais beaucoup lorsqu'on les enlevait. Quand on ouvrait ces coques, on n'avait pas de mode opératoire, on les sciait avec une scie d'hôpital, comme un plâtre, ça faisait beaucoup de poussières. Elle a travaillé dans les répartiteurs pendant 17 ans. Là se trouvent des têtes de câble où arrivent les fils de cuivre. Elles étaient soudées avec une jarretière qui faisait la jonction. Sur ces têtes de câble, il y avait des protections, des fusibles, des parafoudres radioactifs. Une grande partie des dérangements pour lesquels intervenaient ces techniciens étaient liés à ces parafoudres. » [Entretien avec O. F, Sud Télécom, 2 décembre 2011]

On remarque ici l'extrême précision apportée dans la description du procès de travail qui permet d'étayer le récit plus succinct de Mme Pernin. Elle met au jour une exposition à plusieurs cancérogènes insoupçonnés. L'évocation des parafoudres radioactifs mérite à elle seule de s'y attarder : elle résulte d'une dynamique de construction de la connaissance particulièrement intéressante. À la fin des années 1990, un CHSCT d'un site France Telecom de la région lyonnaise soulève la question d'un nombre anormalement élevé de cancers du sein survenant chez des opératrices affectées aux essais et mesures dans un central téléphonique. Tandis qu'un volet épidémiologique est confié à une équipe de l'INSERM, un médecin du travail est chargé d'enquêter sur la responsabilité éventuelle du travail dans la survenue de ces cancers. Classiquement, il s'agit de s'intéresser aux causes de ces pathologies déjà identifiées dans la littérature et de réaliser ensuite un historique des expositions pour identifier d'éventuels liens. Cette enquête, il la restitue devant les membres du CHSCT :

« Je leur dis : "Écoutez, je n'ai rien trouvé. La seule chose qui pourrait expliquer ce nombre anormalement élevé de cancers du sein chez ces femmes, c'est l'exposition à des matériaux radioactifs. Or, ça n'a jamais existé à France Telecom." Et là, il y a un membre du CHSCT qui me dit : "Ah non ! Nous avons eu des parafoudres radioactifs." Je travaillais depuis presque 15 ans aux PTT et j'ignorais totalement cette histoire et c'était même quelque chose qui était ignoré par tout le monde. Il n'y en avait plus sur le réseau, ils avaient été démontés, mais un technicien en avait encore chez lui – les techniciens et agents des lignes en avaient toujours un petit stock chez eux, si jamais ils devaient intervenir pour réparer. Il m'en apporte, je vais voir l'Institut de physique nucléaire de Lyon et je leur dis : "Écoutez, j'ai des parafoudres. Vous ne pouvez pas me dire s'ils sont radioactifs ?" Ils regardent et me disent qu'il y a du radium dedans. Les membres du CHSCT avaient raison. C'est comme ça qu'est partie l'aventure¹⁷¹. »

Ici, se mesure toute l'importance de la mémoire du travail et de ses conditions. Sans l'intervention de ce élu CHSCT, sans la conservation de ce matériau au domicile privé d'un technicien, la preuve d'un lien entre l'activité professionnelle et la survenue des cancers n'aurait pu être révélée. La présence de corps radioactifs dans l'activité aurait été effacée. La poursuite de l'enquête démontre que près de 50 millions de ces parafoudres radioactifs ont été utilisés sur le réseau, à l'origine d'une exposition massive qui peut

¹⁷¹ Médecin du travail, assemblée générale de l'Association Henri-Pézerat, Riom-es-Montagne, juin 2016 [Archives privées].

expliquer l'apparition d'agrégats de cancers¹⁷² dans la population des salariés de France Telecom¹⁷³. Des militants syndicaux d'autres sites de France Telecom sont à leur tour alarmés, au milieu des années 2000, par l'augmentation du nombre de cancers de différentes localisations survenant chez leurs collègues, ils recourent au droit d'expertise de leur CHSCT¹⁷⁴. Confiées à un cabinet d'experts travaillant en lien avec l'équipe du GISCOP93¹⁷⁵, les enquêtes réalisées en Auvergne et dans l'Hérault identifient l'existence d'une dizaine de cancérogènes dans l'activité de travail de ces techniciens et agents des lignes¹⁷⁶. Le rapport précise qu'il « est très difficile de reconstituer l'historique avant 2002 », que « la direction n'a pas pu établir un historique des différentes activités et des effectifs affectés [...] ces dernières années » et qu'il a donc dû être reconstitué « à partir de la mémoire des salariés et des retraités¹⁷⁷ ».

D'autres dynamiques du même type, sur le territoire national, nourrissent une reconstitution extrêmement précise des procédés de travail et facilitent ainsi, même si ce n'est pas toujours leur objectif principal, l'accès au droit des (anciens) salariés malades. Les anciens mineurs lorrains victimes de pathologies liées au travail peuvent ainsi appuyer leurs demandes de reconnaissance en maladie professionnelle sur un appareil de preuves très convaincantes. Celui-ci a été construit pas à pas par les animateurs de la section syndicale CFTD des mineurs lorrains¹⁷⁸. Des séances de travail collectives avec des anciens travailleurs ont été organisées par secteur, par puits ou par thème. Elles dressent un état du travail réellement effectué, à rebours des prescriptions et des textes, distinguant plusieurs époques, les documentant, illustrations et photos à l'appui, s'intéressant également aux écarts et aux incidents, sources d'expositions spécifiques. Cette démarche méthodique a permis d'identifier et de recenser plus d'une dizaine de situations exposant les mineurs à des cancérogènes avérés. Sur le site de la Houve par exemple, à Creutzwald en Moselle, plus de 90 % des travailleurs auraient été exposés à l'amiante, à la silice, aux gaz d'échappement diesel, aux fumées de tirs, plus de 60 % aux huiles de coupe et aux huiles de vidange, aux peintures et vernis, au créosote,

¹⁷² Un agrégat de cancer correspond à la survenue de plusieurs cas de cancers (en général du même type) observés au sein d'un groupe d'individus, dans une zone géographique plus ou moins précisément délimitée et sur une période réduite.

¹⁷³ La pose ou la dépose de ces parafoudres est en cause dans l'apparition de cancers du sein, mais aussi de cancers de la lèvre par exemple, les agents des lignes ayant pour habitude de porter ces parafoudres dans leur poche de chemise ou à la bouche pendant leur intervention. Pour en savoir plus, voir l'association EDATET (Entraide et défense des acteurs de télécoms exposés aux toxiques), créée en 2012, sur <http://edatet.org/Documentation.php> [consulté le 17 mars 2017].

¹⁷⁴ L'historique et les documents liés à cette alerte sont accessibles sur www.asso-henri-pezerat.org/parafoudres/ [consulté le 17 mars 2017].

¹⁷⁵ Yves Colombat et al., « Coopération syndicalistes-chercheurs : action en CHSCT pour la prévention de l'exposition aux parafoudres radioactifs à Orange, ex France-Telecom », Colloque international « Briser l'invisibilité des cancers professionnels », MSH Paris Nord, Saint-Denis, 1^{er} et 2 juin 2017.

¹⁷⁶ Le rapport d'expertise « suite au constat d'un nombre anormalement élevé de cancers sur le site de Riom-ès-Montagne » (2010) est accessible en ligne sur le site de l'association EDATET.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 29.

¹⁷⁸ Le paragraphe qui suit s'appuie sur de nombreux échanges avec François Dosso, l'un des animateurs de cette démarche et des permanences d'accueil des victimes du travail à Merlebach. Un article de la revue *Santé et travail* est consacré à cette dynamique : Joëlle Maraschin, « Permanences syndicales pour victimes du travail », *Santé et travail* n° 58, avril 2007, p. 38-40.

au formaldéhyde, au trichloréthylène, aux champs électromagnétiques, plus de 50 % au benzène¹⁷⁹... La démarche est de même nature, à quelques variantes près, pour les anciens verriers de Givors¹⁸⁰, les dockers de Nantes et leurs collègues des métiers portuaires¹⁸¹, les salariés des industries du bassin de Fos-sur-Mer¹⁸², les anciens ouvriers d'État du nucléaire de l'Île-Longue, à Brest¹⁸³. Certaines de ces démarches aboutissent à une cartographie du risque (voir en annexe un exemple datant de 1981).

3.3.3. Des espaces sans preuve

Tous ces exemples rendent compte d'une possibilité de construire une connaissance en rassemblant des savoirs dispersés et fragmentés. Cette construction bénéficie d'une unité de secteur d'activité ou de territoire. Mais de nombreux espaces de travail demeurent condamnés à l'oubli des conditions de travail, entravés en tous cas dans leur reconstitution.

Plusieurs contextes s'avèrent en effet extrêmement défavorables à la production de preuves : celui des parcours morcelés, des contrats courts et précaires – les patients de l'enquête du GISCOP93 ont travaillé en moyenne pour cinq à six employeurs différents, jusqu'à quarante pour certains d'entre eux – et celui du travail en effectif réduit. Le morcellement des parcours est à l'origine d'un morcellement de la mémoire, de la difficulté à identifier et retrouver des collègues, d'un morcellement des expositions : les preuves sont alors encore plus nombreuses à trouver, entreprise par entreprise, activité par activité, ce qui rend l'exercice souvent impossible à réaliser. Ces (anciens) salariés ont le plus souvent changé de lieu de résidence au cours de leur parcours professionnel ou au moment de leur retraite, rendant plus délicat encore la recherche de témoignages¹⁸⁴.

Sur un territoire composé majoritairement de moyennes et petites, voire très petites entreprises, dont beaucoup ont fermé, le travail d'exhumation de preuves est le plus souvent vain. Elles représentent selon le ministère du Travail, celles « pour lesquels l'accès au droit, et au droit du travail en particulier, est le moins aisé, tant pour les

¹⁷⁹ « Compte-rendu des rencontres sur les nuisances subies par les demandeurs », Action préjudice de contamination, Syndicat des mineurs et des personnels du régime minier, 2014.

¹⁸⁰ Pascal Marichalar, *Qui a tué...*, ouvr. cité, 2017. Pour en savoir plus, consulter leur site Internet www.verriers-givors.com [consulté le 8 avril 2017].

¹⁸¹ Patrick Chaumette et al., *Enjeux de santé au travail et cancers : Les expositions à supprimer dans les métiers portuaires. Une recherche-action sur le Grand Port Maritime de Nantes/Saint-Nazaire : Programme Escales*, <halshs-01053748>.

¹⁸² Dans l'ouvrage qu'il consacre à la genèse de cette expérience, Pierre Roche revient sur cette démarche de prévention, inspirée des travaux de Ivar Oddone, « qui se donne pour objectif la construction d'une "grande communauté scientifique" à l'intérieur de laquelle techniciens de la santé et travailleurs seraient sur un pied d'égalité, chacun apportant son savoir spécifique ». Pierre Roche, *Une santé d'acier*, éditions du CNRS, Paris 1987. Se reporter au site Internet de l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) issue de cette démarche : <http://www.apcme.net> [consulté le 2 avril 2017].

¹⁸³ Voir leur page Internet sur www.asso-henri-pezerat.org/brest/ [consulté le 30 janvier 2016].

¹⁸⁴ Les adhérents de l'ADDEVA93 par exemple, qui accompagne les démarches de victimes contaminées par l'amiante sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, résident dans une quarantaine de départements différents. Les travailleurs migrants ont pu, quant à eux, repartir pour leur retraite dans leur pays d'origine.

employeurs que pour les salariés¹⁸⁵. » Celles où les textes encadrant la prévention ne sont guère appliqués, où les activités ne sont guère contrôlées, où les preuves du travail exposé risquent donc de ne pas être fabriquées. Une récente publication de l'INRS note ainsi :

« Remarquons que l'argument de la preuve en cas de procès pour faute inexcusable ne touche pas les très petites entreprises (TPE) en raison du fort turn-over de leurs salariés (Citation d'un employeur TPE : "On ne pourra jamais prouver que c'est moi.").¹⁸⁶ »

La citation prêtée à cet employeur révèle qu'il mesure tout l'intérêt de l'inexistence des preuves. Le recours à l'intérim et à la sous-traitance peuvent faire partie de cette stratégie qui brouille les possibilités de parvenir à « tracer » le risque, en faisant écran à la recherche des preuves. Si ces formes d'emploi permettent aux employeurs de réduire leur propre masse salariale et de bénéficier d'une certaine flexibilité dans l'organisation du travail, elles concernent souvent de surcroît les activités souvent les plus exposées : dans ce sens, on peut dire qu'elles organisent un transfert de risques des salariés de l'entreprise donneuse d'ordre vers les salariés des entreprises sous-traitantes. Le cas des ouvriers du nucléaire a déjà été largement documenté¹⁸⁷ ainsi que celui des migrants saisonniers agricoles¹⁸⁸ ou des travailleurs de la chimie et pétrochimie¹⁸⁹, le travail dans l'entretien et la maintenance est également particulièrement concerné¹⁹⁰. Le changement de raison sociale est également l'un des procédés employés par certains employeurs¹⁹¹.

Si l'expérience et les connaissances du collectif d'experts du GISCOP93 favorisent le plus souvent le dévoilement d'expositions cancérigènes autrement ignorées par les patients eux-mêmes et leurs proches, elles ont aussi leurs propres limites. Il subsiste en effet des zones d'ignorance ou non identifiables. Le récit du travail est parfois tellement imprécis ou lacunaire – selon l'état de santé de l'enquêté, sa maîtrise de la langue française mais aussi sa place dans la division du travail – qu'il n'offre pas aux experts la possibilité de

¹⁸⁵ Ministère du travail, *L'inspection du travail en France en 2013*, p. 216.

¹⁸⁶ Irina Guseva-Canu (INVS) et Maylis Telle-Lambeton (IRSN), « Traçabilité et évaluation rétrospective des expositions », dans Michel Héry et Pierre Goutet (dir), *Construire en permanence...*, ouvr. cité, 2015, p. 60.

¹⁸⁷ Marie Ghis Malfilatre, « La CGT face au problème de la sous-traitance nucléaire à EDF. Le cas de la mobilisation de Chinon (1987-1997) », *Sociologie du travail*, vol. 59, n° 1, janvier-mars 2017, en ligne sur <http://sdt.revues.org/570> [consulté le 22 avril 2017]. Annie Thébaud-Mony, *L'industrie nucléaire...*, ouvr. cité, 2000.

¹⁸⁸ Frédéric Décosse, « Entre "usage contrôlé"... », art. cité, 2013.

¹⁸⁹ Magali Turquis et Annie Thébaud-Mony, *Etude de la connaissance de l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) des salariés des entreprises intervenant dans la chimie, la pétrochimie et l'automobile en Haute-Normandie*, rapport final pour la DIRECCTE Haute-Normandie, GISCOP93, Université Paris 13, 2011.

¹⁹⁰ Annie Thébaud-Mony et al., *Expositions professionnelles aux cancérigènes et parcours professionnels. Post-enquête Sumer 2002-2003*, rapport final pour la Dares, GISCOP93, Université Paris 13, 2009.

¹⁹¹ Un documentaire récent s'intéresse ainsi aux démarches menées par un ancien salarié de la SAFT, leader mondial des batteries au cadmium, pour obtenir un jugement en faute inexcusable de son employeur. Âgé de 51 ans, il est atteint d'un cancer du poumon après avoir été exposé pendant 30 ans au cadmium, sur le site de Nersac. L'activité se poursuit dans les mêmes locaux et avec les mêmes dirigeants mais l'entreprise a été vendue et a changé de nom, elle échappe ainsi à toutes responsabilités sur les expositions passées. Liza Fanjeaux, « Perdre sa vie à la gagner », *Le monde en face*, France 5, accessible sur <https://neplusperdresaviealagagner.org/perdre-sa-vie-a-la-gagner-reportage-de-liza-fanjeaux/> [consulté le 3 avril 2016].

l'analyser. L'exercice est encore plus difficile lorsque la reconstitution de son parcours n'a pu avoir lieu de son vivant. Dans ce cas, si d'anciens collègues n'ont pu être retrouvés ou contactés, elle se construit avec les traces de papier et les proches qui n'ont une connaissance que très partielle du travail effectué et de ses conditions. Elle est par ailleurs déformée par la représentation qu'a bien voulu en donner le salarié ou l'ancien salarié, désireux par exemple de ne pas informer ses proches de ses conditions de travail et des risques pris¹⁹².

Ainsi, si la mémoire des pairs peut parfois suppléer l'absence des preuves institutionnelles du travail exposé, il est des situations de travail et d'emploi qu'il demeure impossible à documenter.

Conclusion

On a vu dans ce chapitre combien l'accès au droit à réparation repose sur un appareil implicite de preuves, concernant tout autant les caractéristiques du cancer que les conditions de travail et d'emploi, difficiles d'accès pour le requérant voire pour certaines inaccessibles ou inexistantes.

Pour rassembler les preuves médicales, les salariés ou anciens salariés atteints de cancer broncho-pulmonaire n'ont qu'une faible marge de manœuvre. Elle passe par la confrontation avec le corps médical et soumet les médecins soignants à des exigences très éloignées de leur cœur de métier, de leur formation et de leurs représentations.

Pour prouver son travail, et compte tenu du délai de latence du cancer, le requérant se confronte aux enjeux de l'archivage et de la conservation des fiches de paye et des contrats de travail. Celle-ci requiert un savoir-faire dépendant des conditions et des projets de vie et ne se poursuit généralement pas au-delà de la retraite. Ces traces de papier ne sont pas non plus construites pour rendre compte des tâches réellement effectuées.

Prouver ses expositions revient à se confronter à l'absence de traçabilité des expositions cancérogènes au travail. Parvenir à retrouver les traces du travail exposé, 20 à 40 ans en arrière, relève d'une démarche de « détective » qui consiste à explorer les espaces de traces disponibles et à éprouver leurs possibilités d'accès. Face aux limites et aux fragilités de ces espaces de traces, la mémoire des pairs est alors essentielle. Elle ne peut se construire toutefois que dans certaines conditions.

On mesure alors toute la difficulté pour salariés et anciens salariés atteints de cancer de satisfaire aux critères des tableaux, le travail et les ressources que cela suppose et les

¹⁹² Marie Ghis Malfilatre, « L'impossible confinement du travail nucléaire. Expérience professionnelle et familiale de salariés sous-traitants exposés à la radioactivité », *Travail et emploi*, vol. 147, n° 3, 2016, p. 101-124.

tensions et frottements avec ces différents espaces de preuve. Le chapitre suivant se consacre à observer comment l'Assurance maladie mène l'instruction de leurs dossiers.

Chapitre 7

Les dossiers de demande de reconnaissance : dans les coulisses de l’instruction

On a pu voir combien la construction d’un tableau résulte d’une bataille au cours de laquelle chaque critère est discuté pied à pied, au signe près, sur des fondements au final fort éloignés de la connaissance scientifique et médicale. Une fois créé ou modifié par décret, un tableau entame son existence, il devient l’un des outils principaux sur lesquels se base l’instruction des dossiers de déclaration en maladie professionnelle au sein des Caisses primaires d’Assurance maladie.

Du droit à son application, il existe de nombreuses formes d’écarts. Un cadre légal et réglementaire n’est jamais totalement prescriptif et offre en effet une marge d’appréciation plus ou moins importante aux agents en charge de son application, individuellement et collectivement¹. Les rapports administratifs et parlementaires rendent d’ailleurs compte régulièrement d’une forte hétérogénéité selon les caisses dans la gestion des AT-MP, les taux de reconnaissance pouvant varier pour certaines pathologies de 8 % à 80 %².

¹ Je renvoie ici notamment aux travaux de Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l’immigration*, Paris, Raisons d’agir, 2008, et de Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relations administratives et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999.

² Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche, *Le financement de la branche AT-MP : préserver le dialogue social - revenir à l’équilibre. Rapport d’information n° 657 (2011-2012) fait au nom de la mission d’évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, audition de Franck Gambelli, président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles*, 12 juin 2012, en ligne sur accessible sur www.senat.fr/rap/r11-657/r11-6578.html#toc135 [consulté le 24 juin 2016].

Si les organismes de protection sociale³ ont fait l'objet de nombreux travaux en sciences sociales⁴, les caisses d'Assurance maladie sont, au terme des travaux pionniers d'Antoinette Catrice-Lorey publiés à la fin des années 1970⁵, restées longtemps un terrain inexploré jusqu'à la publication récente d'un ouvrage collectif consacré au « travail à l'Assurance maladie⁶ ». L'étude des conditions d'activité des agents en charge de l'application du droit à réparation demeure toutefois le plus souvent absente de ces travaux, à l'exception notoire de ceux que Jorge Muñoz a consacré au « processus de reconnaissance complexe⁷ » des accidents du travail et au « travail quotidien des techniciens chargés d'examiner les déclarations d'accidents du travail⁸ ». L'étude conduite par Annie Thébaud-Mony à la fin des années 1980 semble être l'une des seules à aborder plus spécifiquement les logiques et les acteurs sous-tendant l'instruction des dossiers de maladies professionnelles⁹.

On se propose ici de suivre la trajectoire des dossiers de déclaration en maladie professionnelle adressés par les salariés, anciens salariés ou leurs proches à la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis et d'étudier ainsi, à partir des obstacles qu'ils rencontrent, l'application du droit à réparation en actes.

Pour ce faire, on bénéficie d'un contexte facilitant. Depuis 2002, la CPAM93 apporte en effet un soutien financier au dispositif du GISCOP93 qui vise à favoriser la connaissance des expositions cancérigènes au travail et la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle. Un partenariat plus ou moins formalisé s'est construit entre le secteur Risques professionnels de la caisse, en charge de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, et l'équipe de recherche. Quand je rejoins le GISCOP93, en 2009, sur le poste de « chargé du suivi de la réparation », il se réduit à un échange de données avec le « chargé des relations partenariales à la CPAM93 », celui-ci confirmant, dossier par dossier, leur réception et informant de leur aboutissement. En 2011,

³ Le terme « Sécurité sociale », voire la « Sécu », est sujet à confusion. D'une part, il désigne l'ensemble du système de protection sociale : sont concernés les systèmes de retraite, d'allocations familiales, d'Assurance maladie et de réparation des AT-MP. D'autre part, il désigne souvent, plus spécifiquement, la seule « Assurance maladie ». Pour éviter cette confusion, je recours au terme d'Assurance maladie.

⁴ La plupart des travaux consacrés au travail au sein des organismes de Sécurité sociale concernent les Caisses d'allocations familiales, la CNAF ayant initié de nombreux travaux, notamment au travers d'une politique de financement de thèses et de prix. Parmi ces travaux : Isabelle Sayn, *Droit et pratiques de droit dans les caisses d'allocations familiales*, rapport de recherche CNAF, Paris, 1998, et « Le pouvoir de l'organisation : maîtrise des ressources juridiques et maîtrise du recours au juge dans la branche famille de la Sécurité sociale », *Droit et société*, vol. 67, n° 3, 2007, p. 649-669 ; Vincent Dubois, *La vie au guichet...*, ouvr. cité, 1999 ; Jean-Marie Weller, *L'État au guichet*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

⁵ Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de la Sécurité sociale. Du système de pouvoir à la fonction personnel*, Centre de recherche en sciences sociales du travail (CRESSST), Université Paris Sud, 1980.

⁶ Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, collec. « Des sociétés », 2015.

⁷ Jorge Muñoz, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, collec. « Des sociétés », 2002.

⁸ Jorge Muñoz, « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 4, 2003, p. 81-103.

⁹ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991.

l'arrivée d'une nouvelle personne à ce poste, Sédami Zinsou, a considérablement ouvert le champ des possibilités d'exploration, en parallèle au début de cette recherche.

L'instruction des dossiers a pu être étudiée entre 2011 et 2015, dans le cadre de l'accompagnement des patients dans leur accès au droit, sous quatre modalités principales. Tout d'abord, les réponses transmises par Sédami Zinsou aux questions qui lui étaient posées sur telle ou telle difficulté rencontrée par les patients dans leurs relations avec la Caisse (courrier non transmis ou absence de réponse, impossibilité d'accéder aux pièces du dossier, mauvais calcul de la rente, notification de refus de prise en charge, etc.)¹⁰. Ensuite, les réunions au cours desquelles, à l'initiative de cette chargée de partenariat, ont pu être examinés les dossiers les plus problématiques, en présence des différents acteurs concernés par l'instruction (deux à trois par an). Enfin, les entretiens que j'ai pu formellement réaliser avec la responsable du secteur Risques professionnels, Jacqueline Giry, d'anciennes salariées et les cinq enquêteurs en charge de l'instruction des dossiers de maladies professionnelles. À cela s'ajoute le corpus de dossiers d'instruction recueilli au cours de l'accompagnement et des archives transmises par Jacqueline Giry.

Il a ainsi été possible d'accéder aux coulisses de la CPAM93 et, plus particulièrement, celles de son secteur Risques professionnels – et d'étudier, à l'aune de l'expérience des patients, une partie du travail des agents concernés par l'instruction des dossiers de maladie professionnelle et leur environnement.

Dans ce chapitre, on s'attachera d'abord à situer dans quel cadre institutionnel se déroule l'instruction des cancers professionnels. La gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles est située au sein des Caisses primaires d'Assurance maladie, quand bien même elle ne relève pas du même financement ni du même cadre de droit et de procédure. On verra qu'elle a longtemps fait l'objet d'une attention marginale dans ces organismes de protection sociale.

Organismes de droit privé, les Caisses primaires d'assurance maladie bénéficient d'une relative autonomie les unes par rapport aux autres dans leur organisation interne et leur choix d'affectation des ressources. Il importe alors de présenter ce qu'il a pu être possible de saisir sur les caractéristiques de la CPAM93, dans les conditions particulières où se déroule cette recherche et précisées ci-dessus, avant d'aborder la trajectoire des dossiers de maladie professionnelle lorsqu'ils parviennent à la Caisse.

On observe d'abord les formes de « modernisation » du travail administratif à la Caisse et leurs conséquences, tout à la fois sur la relation des salariés ou anciens salariés ou leurs proches avec l'organisme en charge d'instruire leur dossiers et sur la gestion des dossiers elle-même.

¹⁰ De 2011 à 2015, les échanges avec elle ont été réguliers, de deux ou trois fois par mois en moyenne, le plus souvent par téléphone et par mail.

On explore ensuite les modalités d'instruction des dossiers en cancer professionnel qui repose sur une articulation entre un secteur médical et un secteur administratif, dépendant tous deux de hiérarchies et de logiques différentes, et sur un conflit d'intérêt entre salariés et employeurs. On s'intéresse plus précisément au travail des enquêteurs AT-MP, en charge d'instruire les preuves du travail et des expositions, à la lumière des spécificités des cancers professionnels.

Enfin, on remarque que la gestion des dossiers de maladie professionnelle s'exerce sous la pression des employeurs, à l'origine d'un important contentieux pour que le coût des maladies professionnelles reconnues ne leur soit pas imputé.

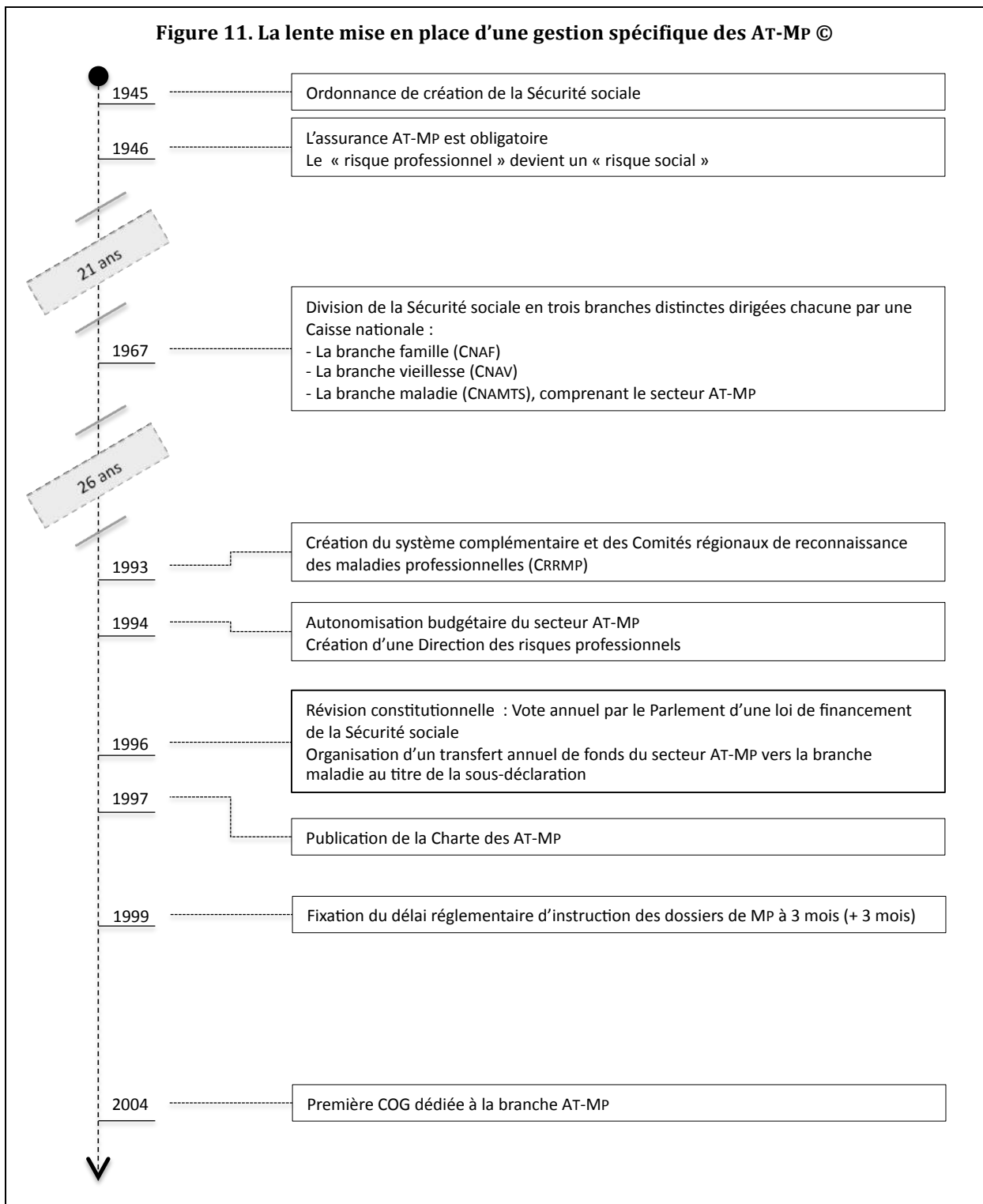
1. Les maladies professionnelles : une gestion intégrée à l'Assurance maladie

Au terme d'une restitution des résultats de l'enquête GISCOP93 aux agents de la CPAM93, au cours de laquelle avaient été présentés les multiples obstacles à la déclaration, à la reconnaissance et à l'indemnisation du point de vue des patients, la directrice du service Risques professionnels s'adresse à l'auditoire de ses salariés : « Nous venons de voir ce qui ne fonctionne pas très bien et ce qu'il nous faut améliorer. Mais, vous ne le savez pas, il y a eu d'énormes progrès que les plus jeunes d'entre vous ne peuvent mesurer. On a fait bien davantage pour les maladies professionnelles ces quinze dernières années que depuis 1945¹¹. » En reconstituant à grands traits l'histoire de la gestion des maladies professionnelles au sein des caisses d'Assurance maladie du régime général, il apparaît en effet qu'elle a longtemps pu être marginalisée.

Après avoir précisé les principes sur lesquels se fonde l'insertion de ce dispositif assurantiel particulier, financé par les seuls employeurs, dans la Sécurité sociale, on s'intéresse ensuite aux indices de la longue marginalisation de la gestion des AT-MP au sein des Caisses, jusqu'au moins le milieu des années 1990, au moment où s'autonomise le budget des AT-MP au sein de l'Assurance maladie et qu'est créée une Direction des risques professionnels (DRP), au sein de la CNAMTS, comme l'illustre la frise chronologique ci-dessous. Plusieurs dispositifs sont alors mis en place visant notamment à réduire l'hétérogénéité de la gestion des dossiers de maladie professionnelle constatée dans de nombreux rapports administratifs et parlementaires, notamment la publication d'une charte des AT-MP et, à partir de 2004, la signature d'une Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée avec l'État.

¹¹ Jacqueline Giry, Journée de restitution des résultats de l'enquête GISCOP93 devant les agents du secteur risques professionnels de la CPAM93, Bobigny, mars 2013.

Figure 11. La lente mise en place d'une gestion spécifique des AT-MP ©



1.1. De la gestion du risque professionnel à celle du risque social

Dans l'esprit du programme du Conseil national de la Résistance (CNR) qui préconisait, au titre des mesures sociales à appliquer dès la Libération, « un plan complet de Sécurité sociale¹² », l'ordonnance du 4 octobre 1945 acte dans son article premier :

« Il est institué une organisation, de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. »

Dans cette perspective, la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles est confiée aux caisses primaires et régionales de Sécurité sociale nouvellement créées. Un an plus tard, la loi du 30 octobre 1946 complète ce dispositif en instituant une assurance obligatoire pour tous les employeurs – à l'exception de certaines grandes entreprises et des administrations publiques qui conservent leur régime spécifique –, en lieu et place des compagnies privées qui assuraient jusqu'alors le « risque professionnel ». Coexistent ainsi, au sein d'une même organisation, des prestations qui diffèrent dans leurs modes de financement : quand la prise en charge de la maladie, de la maternité ou encore de la retraite repose sur les cotisations de la collectivité – salariés et employeurs –, celle des AT-MP repose sur les seules cotisations des employeurs.

L'intégration de la gestion des AT-MP à cette nouvelle institution de la Sécurité sociale – à l'origine d'une vive opposition de la part des représentants des organisations patronales, des sociétés de secours mutuel et des compagnies d'assurance¹³ – correspond aux recommandations de l'ORT¹⁴. Mais le gouvernement de la Libération entend surtout substituer à la notion de risques professionnels, celle de risque social, à l'instar de ce qui fonde déjà la prise en charge de la maladie, de la retraite, de la maternité. Comme en rend compte Henri C. Galand, il s'agit de dépasser une simple logique de réparation :

« La nouvelle législation, fondée sur les principes de la caisse unique et de l'unité de risque, bouleversa l'ancien système en faisant des accidents du travail et des maladies professionnelles un élément du risque social. L'indemnisation n'est que la dernière ressource ; la priorité doit être accordée aux mesures de prévention, à la rééducation et à la réadaptation professionnelle, afin d'aider le travailleur à recouvrer sa capacité de travail. La couverture est obligatoire et entière¹⁵. »

¹² Programme d'action du Conseil National de la Résistance adopté le 15 mars 1944, accessible sur <http://museedelaresistanceenligne.org/> [consulté le 5 janvier 2017].

¹³ Henri C. Galant, *Histoire politique de la Sécurité sociale française, 1945-1952*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2004 [1955], p. 49.

¹⁴ Michel Dreyfus et al., *Se protéger...*, ouvr. cité 2006, p. 286.

¹⁵ Henri C. Galant, *Histoire politique de...*, ouvr. cité, 2004 [1955], p. 117.

Dans cette perspective, le mode de tarification mis en place pour le financement des AT-MP a pour objectif d'inciter les employeurs à la prévention : les taux de cotisation auxquels ceux-ci sont soumis varient selon la fréquence des accidents et des maladies provoqués dans leur entreprise, mais ils peuvent également bénéficier de ristournes financières en fonction des efforts qu'ils consentent pour mettre en place des dispositifs de prévention. En 1947, la création d'un Institut national de la Sécurité (INS) comme « instrument de la politique de prévention des AT-MP » vient compléter le dispositif : financé par le fonds des AT-MP et administré paritairement, il est conçu dans l'objectif de maintenir une veille documentaire, d'assister et de former les acteurs de la prévention¹⁶. Alors que les assurances privées ponctionnaient jusqu'à 29 % des primes encaissées pour assurer leurs frais de gestion, les promoteurs de la Sécurité sociale estiment quant à eux que ces frais ne dépasseront pas la barre des 6 %¹⁷ et espèrent ainsi qu'« une gestion désintéressée permettra l'adaptation des cotisations au coût réel des risques¹⁸ ».

À la création de la Sécurité sociale, les agents des caisses sont en charge de la gestion de toutes les prestations – qu'elles soient liées à la maladie, aux AT-MP, à la retraite ou à la politique familiale. La réforme de 1967¹⁹ constitue une première rupture, en créant trois branches distinctes, chacune gérée par une caisse nationale spécifique : la branche vieillesse (gérée par la CNAV), la branche famille (gérée par la CNAF) et enfin la branche maladie (gérée par la CNAMTS). C'est à cette dernière branche, « la partie la plus bureaucratique, la plus quantifiable aussi, et la plus facilement offerte à une "tertiarisation industrielle"²⁰ » selon Numa Murard, qu'est confiée la gestion des AT-MP, jusqu'à y être relativement négligée.

1.2. Les AT-MP, parent pauvre dans l'organisation des caisses

Au sein des caisses d'Assurance maladie, le travail des agents est en effet avant tout consacré à « liquider » les droits des assurés, c'est-à-dire à traiter, manuellement jusque dans les années 1980, des milliers de feuilles de soins et de maladie pour en organiser le remboursement²¹. La gestion des risques professionnels est alors extrêmement marginalisée, subordonnée à celle des actes de maladie « simple » dont le flux est massif et continu :

¹⁶ Michel Dreyfus et al., *Se protéger...*, ouvr. cité 2006, p. 288.

¹⁷ *Ibid.*, p. 286.

¹⁸ « Le bilan de la première année d'application de la nouvelle législation sur les accidents du travail », *Revue française du travail*, n° 4-5-6, avril-mai-juin 1948, p. 180.

¹⁹ Ordonnances dites Jeanneney d'août 1967.

²⁰ Numa Murard, « Travailler à la Sécurité sociale : de l'institution à l'organisation », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'Assurance...*, ouvr. cité, 2015, p. 25.

²¹ Il est possible de découvrir les différents métiers et modalités de travail sur un site Internet consacré à la mémoire du travail au sein des organismes de protection sociale (de 1945 à nos jours), à l'appui de plusieurs entretiens menés auprès de divers acteurs de l'institution : www.memoiredutravailalasecuritesociale.org/ [consulté le 15 septembre 2015].

« Quand vous étiez dans un centre d'une commune, tous les matins des centaines de feuilles de soins arrivaient : des feuilles de soins et de consultation, des actes de chirurgie, d'infirmière... tous les métiers. Le risque professionnel, ça représentait pas plus de 50 documents alors qu'on en avait 1 000 ou 1 500 à traiter en Assurance maladie. La masse des documents correspondant à la maladie était telle que vous aviez cinquante techniciens en ligne pour les gérer, quand vous n'en aviez que deux ou trois dans chaque centre pour les AT. On y mettait les techniciens qui s'intéressaient le plus à ce volet, mais on les mettait quand on avait fini avec le flux de la maladie. Ils restaient trois mois parce que ça demande un peu de suivi et ils tournaient. En fin de compte, s'il fallait organiser les activités prioritaires, les AT passaient après. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

S'appuyant sur un cadre de droit extrêmement spécifique – le droit à réparation –, la gestion des AT-MP requiert par ailleurs une formation spécialisée. Selon les témoins de la CPAM93, si les techniciens devaient en principe maîtriser les deux législations pour être ensuite polyvalents et tourner sur les différents postes, dans les faits, l'encadrement ne proposait cette formation qu'aux techniciens expérimentés, à « ceux qui exprimaient le souhait²² ». L'application de cette législation ouvre en effet un champ d'action particulier aux salariés des caisses, sans rémunération spécifique. Il offre à certains d'entre eux la possibilité de sortir des « routines » imposées par la gestion des actes de maladie, comme en témoigne par exemple Marie-France Oreste, entrée en 1972 « à la Sécu²³ » :

« Moi qui n'aimais pas trop le risque maladie, maternité... Rembourser des médicaments, des consultations, c'est pas le pied, c'est des automatismes, je n'y trouvais pas mon compte. Et, quand j'ai découvert les AT, ça a été le coup de foudre.

Pourquoi le coup de foudre ?

Parce que c'est intéressant, il faut décider, même si on est supervisé. J'aime avoir une marge de manœuvre, des responsabilités et j'aimais cette façon de questionner les salariés d'un côté, les employeurs de l'autre, j'y trouvais mon compte, j'avais vraiment un rôle à jouer en termes de réparation, un rôle social. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

L'instruction des dossiers peut ainsi représenter un précieux espace d'autonomie au sein d'une administration où la production est industrialisée, et nourrir une « volonté de servir à quelque chose²⁴ ». Mais ce volet spécifique de l'activité peut également dérouter d'autres salariés de la Caisse peu enclins à prendre ce type de responsabilité : à la différence de la gestion des actes de maladie, celle des risques professionnels les positionne en effet au cœur d'un espace de conflit, celui opposant un assuré à son employeur. De leur intermédiation dépend la prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, c'est-à-dire l'obtention d'une indemnisation pour la victime et d'une sanction financière pour l'employeur concerné.

²² Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014.

²³ Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015.

²⁴ Entretien avec M. Marin, ancien gestionnaire AT-MP (40 ans d'ancienneté), septembre 2015.

« Ça peut faire peur. La maladie c'est $2 + 2 = 4$, j'ai une consultation, je rembourse au tarif Sécurité sociale. Les AT²⁵, ce n'est pas ça. C'est j'analyse, je réfléchis, la situation répond-elle à la définition du fait accidentel, est-ce que j'ai un témoin ou pas de témoin, et lorsque je dois conclure, je fais quoi, je prends ou je ne prends pas ? Il y a ce pouvoir de décision et ça ne convient pas du tout à certaines personnes de devoir décider.

Quelle responsabilité prend-on vraiment ?

Si on prend en charge un AT, ce sont peut-être des milliers d'euros. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

D'une part, la formation au droit à réparation n'est donc pas partagée par tous les agents des caisses et, d'autre part, ceux qui ont pu en bénéficier ne quittent pas pour autant le domaine de la maladie « simple » auquel ils sont prioritairement affectés : ils gagnent juste en polyvalence et sont en mesure de « tourner » d'un secteur à l'autre, selon les besoins. Au sein des caisses d'Assurance maladie, la gestion des AT-MP est ainsi orchestrée, confrontant une infime partie de leurs salariés à l'obligation de jongler entre des cadres de droit, des procédures, des modes de financement et des cultures extrêmement distincts quand les autres peuvent en rester ignorants.

Si la gestion des accidents du travail est – pour reprendre les termes d'une ancienne cadre de la CPAM93 – le « parent pauvre de l'Assurance maladie²⁶ », celle des maladies professionnelles l'est plus encore. Technicienne à la caisse, Rosa Fina se souvient ainsi ne pas avoir prêté attention à l'éventuelle origine professionnelle du cancer broncho-pulmonaire de son père, diagnostiqué en 1978. Chaudronnier, traceur, soudeur, tôlier dans une entreprise de climatisation, il était continuellement exposé à l'amiante :

« Il nous a répété que ce cancer ne venait pas des quelques cigarettes qu'il fumait mais de son travail où il respirait beaucoup de poussières et de fumées. Préoccupée par son état de santé, je n'ai pas prêté attention à ses paroles. On ne parlait alors pas beaucoup de maladies professionnelles et encore moins des dangers de l'amiante. J'étais technicienne à la Sécurité sociale, je traitais les dossiers d'accidents du travail, mais nous étions très peu formés sur les maladies professionnelles, gérées par les médecins-conseils²⁷. »

La question des maladies professionnelles apparaît ainsi totalement marginale, jusqu'à être « masquée », par celle de l'accidentologie, qui fait davantage nombre : à la fin des années 1970, on recense en effet à l'échelle nationale moins de 5 000 cas de maladies professionnelles reconnues pour plus d'un million de cas d'accidents du travail avec arrêt²⁸, soit 0,5 % de la masse des dossiers à traiter. Réunis sous l'appellation d'AT-MP sous l'argument d'avoir en partage les principes de présomption d'origine et de réparation forfaitaire qui fondent le système de réparation, les accidents du travail et les maladies professionnelles ne répondent cependant pas aux mêmes exigences en termes

²⁵ La terminologie « At » s'impose le plus souvent à tout le secteur des AT-MP, signe de la prédominance de la gestion des accidents du travail sur celle des maladies professionnelles.

²⁶ Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015.

²⁷ Rosa Fina, « J'ai fait reconnaître la maladie de mon père 25 ans après son décès », *Le bulletin de l'Andeva*, n° 42, avril 2013.

²⁸ Ministère du travail, rapport cité, 1980, p. 8.

de droit à respecter et de procédures à mettre en œuvre. Tout d'abord, la déclaration, à l'initiative de l'employeur dans le cas de l'accident du travail, doit l'être à l'initiative de l'assuré dans le cas des maladies professionnelles. Ensuite, l'instruction des dossiers s'inscrit dans d'autres délais et séquences réglementaires et repose notamment sur la connaissance des critères de chaque tableau et leur réinterprétation au regard de chaque dossier : elle requiert une formation tout à la fois spécifique et continue et exige une forte coordination médico-administrative :

« La culture de départ, c'est l'AT. Après, les MP, c'est pour ceux qui veulent se spécialiser. C'est plus complexe. On est parti avec des tableaux et qui dit tableaux dit limites parfois discutables. La MP qui correspond très exactement au tableau, c'est un peu compliqué, il y a toujours un chouïa qui fait que la question se pose. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014.]

Indice de ce faible intérêt manifesté par l'organisation des Caisses à l'égard des maladies professionnelles, « l'instruction pouvait durer le temps qu'on voulait²⁹ ». Fixé à 60 jours³⁰ jusqu'en 1999, le délai maximal d'instruction est en effet régulièrement contourné par le recours à une disposition prévue par le droit, la « contestation préalable » ou « réserve de principe ». Initialement prévue pour donner à la Caisse le temps de réaliser une enquête, cette réserve de principe prend dans les faits la forme d'un « refus provisoire³¹ » et permet à la caisse d'être délivrée de toute échéance :

« À l'époque, il y avait très peu de maladies professionnelles et je ne sais pas qui s'en occupait, ce n'était pas de la gestion parce que personne n'y connaissait rien. Quand il en arrivait une, je crois qu'il n'y avait pas de prise en compte véritable, pas de formation. [...] Le dossier arrivait : contestation préalable ! Il n'y avait pas d'échéance. On avait des pochettes dans des boîtes avec des papillons et on reculait les dates à chaque fois. Il y avait des dossiers où, trois ans après, on n'avait toujours pas pris de décision. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

Cette situation est d'ailleurs régulièrement dénoncée par une diversité d'acteurs. Le rapport Buhl-Lambert de 1982 en fait mention, tout comme le livre sur les *Risques du travail* qui relève « l'emploi quasi systématique par les caisses de la procédure de contestation préalable des déclarations de maladies professionnelles » :

« La longueur des procédures, qui dépassent souvent une année, est particulièrement dissuasive pour les victimes qui ne comprennent pas leur déroulement et ne voient bien souvent que les désagréments entraînés par une déclaration de maladie professionnelle³². »

²⁹ Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015.

³⁰ D'abord fixé à 20 jours, le délai réglementaire est passé à 60 jours en 1985 (décret du 27 mars 1985), sans pour autant modifier les pratiques antérieures de contestation préalable justifiées par la Caisses au prétexte du manque de temps. En 1999, il est fixé à trois mois, avec une possibilité de recourir à trois mois supplémentaires dans le cas d'instructions complexes.

³¹ Jean-Claude Zerbib, *Comment déclarer une maladie professionnelle ? La défense du dossier de la victime*, Paris, INPACT, 1989.

³² Dominique Huez, « Les dédales de... », chap.. cité, 1985, p. 42.

Ce mode de gestion n'affecte pas seulement les victimes du travail qui ne parviennent pas à être reconnues en maladie professionnelle, il nuit également au fonctionnement du système de réparation qui, depuis sa création, tente de faire fonctionner ensemble réparation et prévention. Les archives du ministère du Travail donnent à voir elles aussi des indices de cette gestion négligente. Le cas Battiston peut servir d'illustration. En 1953, le directeur du travail s'enquiert auprès du directeur général de la Sécurité sociale des chiffres de la reconnaissance du tableau dédié à l'asbestose, tout juste créé³³ : « À diverses reprises, les représentants de l'industrie de l'amiante-ciment ont contesté l'existence de cas d'asbestose chez les travailleurs qu'ils emploient. Or, au cours de l'année 1951, deux déclarations ont été transmises aux inspecteurs du travail, l'une en date du 2 mai 1951 par la société du Fibrociment à Poissy au nom de M. Battiston [...]. Je vous prie de bien vouloir me faire connaître si le caractère professionnel de ces affections a été reconnu par les caisses ou par les juridictions de Sécurité sociale qui en ont été saisies³⁴. » En retour, la Caisse primaire centrale de la région parisienne concernée par ce cas justifie n'avoir jamais notifié de décision à l'assuré Battiston au prétexte que « la déclaration de maladie professionnelle a été établie par l'employeur et qu'elle mentionnait seulement "présomption de maladie professionnelle" ». Le ministère rétorque alors directement à l'adresse du directeur régional de la Sécurité sociale :

« Il est regrettable que [la Caisse] ne se soit pas souciée des éléments techniques. Il lui appartenait à tout le moins de se mettre en rapport avec l'employeur afin de faire préciser la nature présumée de la maladie ainsi que l'agent nocif incriminé. Elle pouvait également se mettre en rapport avec l'inspecteur du travail compétent, saisi d'un exemplaire de la déclaration. Je vous serais obligé de bien vouloir porter les remarques qui précèdent à la connaissance de la Caisse primaire en cause et l'inviter à prendre, si cela n'a pas été fait, toutes dispositions dans le sens ci-dessus³⁵. »

Le cas Battiston révèle les difficultés de l'administration du travail à faire respecter par les caisses l'application du droit qu'elle a participé à construire. De nombreux courriers s'échangent entre la direction du travail et celle de la Sécurité sociale, voire en direction des directeurs des caisses eux-mêmes, comme autant de rappels à l'ordre. Les enjeux liés à la réparation des maladies professionnelles – notamment l'identification des risques pour leur prévention et pour la création de nouveaux tableaux ou leur évolution – apparaissent ainsi menacés par ce mode de gestion au sein de l'Assurance maladie. Si la construction des tableaux se réalise sous la tutelle du ministère du Travail, leur application lui échappe ensuite, placée sous la tutelle du ministère de la Santé, en charge de la Sécurité sociale, plus éloigné des spécificités de ce droit.

³³ Inscrite depuis 1945, dans un tableau commun à la silicose et à la sidérose, l'asbestose prend place dans un tableau dédié en 1950, le tableau 30. Décret n° 50-1082 du 31 août 1950 (JO du 2 septembre 1950).

³⁴ Ministère du travail, directeur du travail au directeur général de la Sécurité sociale, 2 février 1953, CAC, art 19920443/35.

³⁵ Ministère du travail, direction du travail au directeur régional de la Sécurité sociale de Paris, 28 août 1953, CAC, art 19920443/35.

C'est parfois à l'échelle départementale que le rappel à l'ordre s'effectue. Le directeur départemental du travail et de l'emploi de Maine-et-Loire interpelle ainsi en 1987 le directeur de la CPAM d'Angers :

« Comme suite à une récente vérification, il s'avère que les services d'inspection du travail d'Angers opérant dans le ressort d'activité de votre caisse ne reçoivent plus d'exemplaires de déclaration de maladies professionnelles. Après recherches et entretien avec vos services, il s'avérerait que ces derniers ont cessé d'expédier ces copies de déclaration pour des raisons administratives. En l'occurrence, outre le fait que cette situation est extrêmement préjudiciable à l'action "sur le terrain" en matière de prévention des maladies professionnelles des services de l'inspection du travail, elle contrevient aux dispositions de l'article L. 499 du Code de la Sécurité sociale prévoyant la nécessité de faire parvenir une copie de la déclaration de maladie professionnelle à l'inspecteur du travail³⁶. »

Ces rappels à l'ordre surviennent en dehors de toute ligne hiérarchique. En ce sens, ils témoignent surtout des difficultés du ministère du Travail pour faire respecter l'application du droit à réparation. Au sein même de l'Assurance maladie, les trois pôles censés travailler en toute complémentarité, la réparation (CPAM), la prévention et la tarification (CRAM) sont eux-mêmes très cloisonnés, la CNAMTS relevant encore en 2012 que « les trois métiers fonctionnent encore trop souvent en "silos", c'est-à-dire sans avoir pleinement conscience de l'impact de leurs décisions/actions sur les autres³⁷. »

1.3. Un budget spécifique qui devient l'objet d'attentions

Cette gestion négligente des AT-MP connaît toutefois de réelles évolutions à partir de la fin des années 1980 et surtout du milieu des années 1990. On a vu précédemment la formation d'une dynamique critique du système de réparation, diverse et multiforme, s'exprimant au sein même du ministère du Travail, par la voix notamment des statisticiens en charge de construire des indicateurs sur les liens entre santé et travail. D'autres considérations, d'ordre comptable notamment, sont à l'origine de changements importants dans la prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles au sein de l'Assurance maladie.

Dans un contexte idéologique de remise en cause de « l'État social³⁸ », le budget des AT-MP, quoique extrêmement réduit au regard de celui de l'Assurance maladie – il ne représente

³⁶ Directeur départemental du travail et de l'emploi de Maine-et-Loire, courrier au directeur de la CPAM d'Angers, 16 juillet 1987 [Archives Annie Touranchet].

³⁷ Orientations Cog, branche ATMP 2013-2016, texte adopté par la CAT-MP le 12/09/2012, p. 16.

³⁸ À la suite de Robert Castel, je privilégie la terminologie d'« État social » à celle d'« État providence ». Selon lui, cette dernière expression est impropre et sert les propos des détracteurs de l'intervention publique. Elle semble ignorer que l'existence de protections sociales, au fondement de l'État social, est le résultat d'une construction longue et laborieuse, nourrie de combats et de négociations et qu'elle ne repose pas sur la charité mais sur un système de redistribution. Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, « Folio/essais », 1999.

alors pas plus de 10 % de l'ensemble³⁹ –, devient l'objet de multiples attentions. Au moment où le débat politique se radicalise sur le déficit de la Sécurité sociale⁴⁰, le mode de financement spécifique des accidents du travail et maladies professionnelles – cotisations à la charge exclusive des employeurs et ajustées aux dépenses – garantit l'équilibre de ces comptes et favorise même un excédent important⁴¹. Or, comme le dénonce la Cour des comptes dans son rapport public annuel de 1989, celui-ci disparaît dans les comptes de l'Assurance maladie faute d'une gestion rigoureuse au sein des caisses :

« Au terme d'une étude d'ensemble et d'une enquête menée dans onze caisses primaires, la juridiction a fait plusieurs constats : les charges du risque sont mal maîtrisées et mal traduites dans les comptes nationaux ; la réglementation, inutilement compliquée, est imparfaitement prise en compte dans les schémas d'organisation et les programmes de gestion informatisée des caisses, définis à l'échelon national ; de ce fait, les gestionnaires des caisses primaires et les médecins-conseils sont insuffisamment attentifs aux conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations d'accidents du travail, qui appellent pourtant une vigilance particulière⁴². »

La Cour des comptes remarque ainsi que la baisse continue du nombre d'accidents du travail avec arrêts ne se traduit pas par une réduction des dépenses imputées aux employeurs. Au contraire, selon elle, ceux-ci héritent même de « charges indues » en lien avec la gestion négligente des caisses, le rapport évoquant « des transferts occultes [qui] sont effectués à l'intérieur de la CNAMTS au détriment de la branche des accidents du travail⁴³ » avant de préconiser la transparence des comptes, l'ajustement précis des cotisations aux dépenses réelles et l'allègement de celles-ci. À peine six ans plus tard, c'est toutefois l'inverse qui est mis en avant dans le rapport d'un conseiller maître à la Cour des comptes, Alain Deniel : considérant que « la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles pèse de manière anormale sur la branche maladie », il en évalue le coût à près d'un milliard de francs, soit environ 150 millions d'euros, tout en précisant que cette estimation est « très inférieure à la réalité des dépenses que la branche accidents du travail-maladies professionnelles devrait supporter⁴⁴ ».

³⁹ En 1989, les dépenses en maladie s'élèvent à près de 426 milliards de francs et celles des AT-MP à près de 40 milliards. Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité...*, ouvr. cité, 2005, p. 247, et Cour des comptes, *Rapport public annuel 1989*, Paris, La Documentation française, 1989, p. 245.

⁴⁰ Selon Bruno Palier, le déficit de la Sécurité sociale existe depuis les premières années de sa création, dès 1949, mais ces « problèmes financiers ne font pas l'objet d'une dramatisation politique aussi forte qu'à partir du milieu des années 1970 ». La Sécurité sociale, comme les politiques sociales en général, sont davantage envisagées comme facteur de croissance que comme des « coûts ». À partir de la fin des années 1970 cependant, « on parle de plus en plus de "comptes", d'"équilibres financiers" et d'"économie" au ministère des Affaires sociales, jusque-là habitué aux thèmes de la "solidarité", de la "justice sociale" et de l'extension et de la généralisation de la Sécurité sociale. Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité...*, ouvr. cité, 2005, p. 138 et 177.

⁴¹ L'excédent est d'un milliard de francs en 1999, selon Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité...*, ouvr. cité, 2005, 2002. Il est ensuite en déficit depuis le milieu des années 2000, de par le coût des contentieux notamment, abordé dans les pages suivantes. Il redevient excédentaire en 2013 (source : rapports annuels de gestion de la CNAMTS).

⁴² Cour des comptes, *Rapport public annuel 1989*, Paris, La Documentation française, 1989, p. 245.

⁴³ *Ibid.*, p. 247.

⁴⁴ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la Sécurité sociale pour 1997*, octobre 1997.

Entre les deux, une réforme de la Sécurité sociale intervient qui, au prix d'une révision de la Constitution de la V^e République⁴⁵, instaure un vote annuel par le Parlement d'une loi de financement de la Sécurité sociale. Plus important que le budget de l'État, celui de la Sécurité sociale – et donc ses orientations – est désormais soumis au débat parlementaire et inscrit à « l'agenda institutionnel⁴⁶ » du gouvernement. La première d'entre elles, en 1996, est à l'origine de la création d'une commission⁴⁷ ayant pour objectif d'évaluer le nombre de maladies qui auraient dû être déclarées et reconnues en lien avec le travail et, par là même, d'estimer le coût qui aurait dû être pris en charge par les employeurs au lieu de l'être par la collectivité. Sur la base de cette estimation réactualisée tous les trois ans, le Parlement vote ainsi chaque année le montant que le secteur AT-MP doit reverser à la branche maladie. Depuis 1997, première année d'application de cette loi, le montant de ces transferts n'a cessé d'augmenter comme le montre la figure ci-dessous. En 2015, il s'élève à 1 milliard d'euros⁴⁸, sur la base d'une fourchette proposée par la commission « allant de 695 millions d'euros à 1,3 milliard d'euros⁴⁹ », dont près de la moitié pour la pathologie cancéreuse.

Le montant de ces transferts et la publication trisannuelle de ces rapports sont l'une des expressions récurrentes des insuffisances du système de réparation. Ce transfert opéré d'un budget à l'autre est la marque d'une reconnaissance institutionnelle de l'existence d'une sous-déclaration. Il correspond toutefois davantage à la volonté d'alimenter par de nouvelles recettes le budget, déficitaire, de la branche maladie⁵⁰. La loi de 1994 relative à la réorganisation administrative et financière de la Sécurité sociale⁵¹ a quant à elle davantage d'impacts sur les modalités de gestion et d'instruction de ces maux du travail : elle donne en effet naissance à une véritable sous-branche AT-MP, sous la forme d'une Direction des Risques professionnels (DRP), toujours située au sein de la CNAMTS,

⁴⁵ Révision constitutionnelle du 22 février 1996 qui, dans son article 47.1 inscrit une nouvelle catégorie de lois, les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

⁴⁶ Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité...*, ouvr. cité, 2005, p. 199.

⁴⁷ Article L. 176-1 du Code de la sécurité sociale (issu de l'article 30 de la loi du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, modifié par l'article 54-II de la loi du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002). Cette commission est présidée par un magistrat de la Cour des Comptes.

⁴⁸ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité sociale pour 2015 – Titre III : Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents du travail et maladie professionnelles.

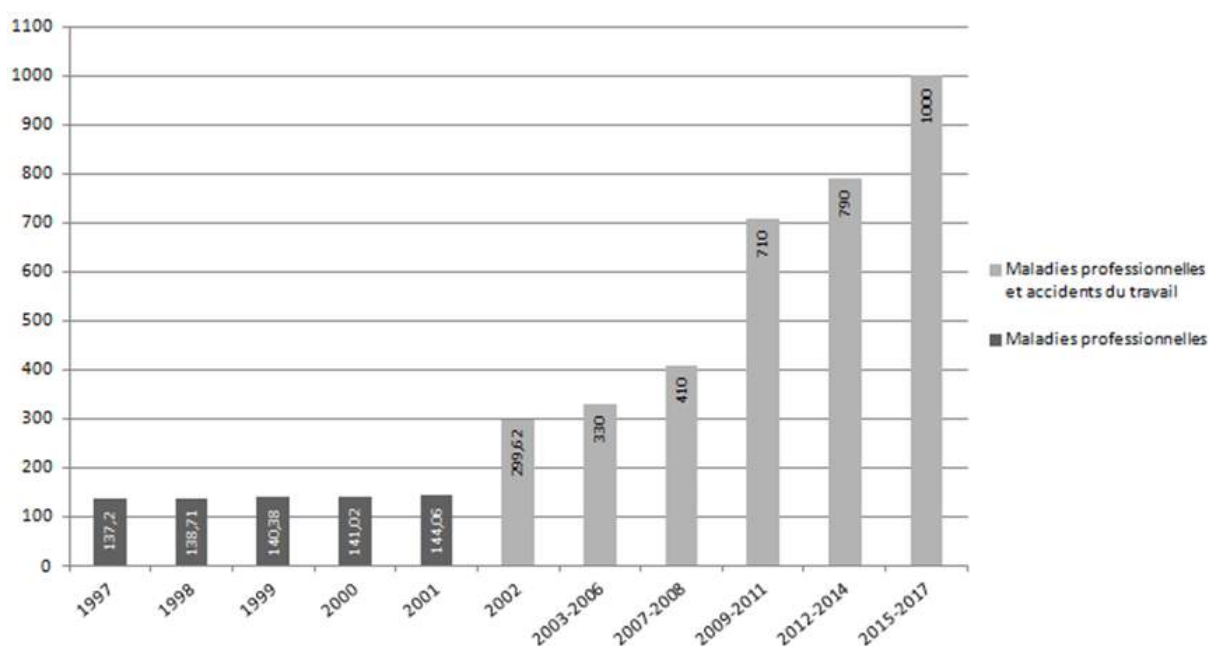
⁴⁹ Rapport de la commission instituée par l'article L 176-2 du Code de la Sécurité sociale, dit « rapport Bonin », juin 2014, p. 101, accessible sur www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-At-Mp?id_mot=65 [consulté le 16 septembre 2016].

⁵⁰ Le patronat s'oppose à la mise en place de ce transfert et au contenu du rapport de la commission qu'il estime « calomnieux » et non probant (AFP, « Le patronat critique vivement un rapport sur les accidents du travail », 22 décembre 1997). Il dénonce des « prélèvements » injustifiés de la part du gouvernement et « soulignant que la branche accidents du travail a généré un excédent cumulé de quelque 30 milliards de francs de 1984 à 1997 qui a toujours bénéficié à l'assurance-maladie », il refuse que « du pillage institutionnalisé, on passe au pillage légalisé » (Michèle Lecluse, « Accidents du travail : nouvelle pomme de discorde entre le CNPF et le gouvernement », *Les Échos*, 23 décembre 1997, n° 17549).

⁵¹ Article L 200-2 de la loi du 25 juillet 1994.

mais désormais dotée d'une autonomie budgétaire et d'un conseil d'administration paritaire compétent dans les domaines de la prévention, la tarification et la réparation⁵².

Figure 12. Évolution du montant que la branche AT-MP doit reverser à la branche maladie au motif de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance (en millions d'euros)



(Schéma réalisé à partir des rapports de la Commission instituée par l'article L 176-2 du Css)

Les effets de cette réorganisation sont visibles assez rapidement dans les caisses. Celles-ci peuvent désormais profiter de « référents », des interlocuteurs spécialisés en AT-MP, pour les soutenir dans l'instruction et la prise en charge de ce qui était jusqu'alors « noyé dans l'Assurance maladie⁵³ ». Une charte nationale des AT-MP est publiée en septembre 1997 et régulièrement actualisée depuis. Elle invite chaque acteur concerné par la réparation à faire preuve d'un « esprit de service » et rappelle les enjeux attachés à la gestion des AT-MP censée garantir :

- « - à la victime ou à ses ayants droit une juste réparation des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle (indemnisation des préjudices) ;
- à l'entreprise qui emploie du personnel salarié, une juste contribution aux charges de la branche (tarification de l'assurance) ;

⁵² La commission des AT-MP (CAT-MP) est composée de dix membres titulaires et dix membres suppléants représentant à parts égales employeurs et salariés. Il est convenu que le président soit un représentant d'employeur et les deux vice-présidents issus des organisations syndicales. Elle se réunit au moins dix fois par an en séance ordinaire et de façon plus irrégulière en séminaire.

⁵³ Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014.

- au monde du travail dans son ensemble, une meilleure maîtrise des facteurs de risques d'atteinte à la santé (prévention des risques)⁵⁴. »

La charte vise à offrir aux différents services concernés un éclairage sur les textes et sur leur application au moyen de fiches et tableaux procéduraux les plus précis possible, et à favoriser une homogénéité dans le traitement des dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles à l'échelle des différentes caisses du territoire. Dans le préambule de sa première édition, il est bien fait constat du faible intérêt porté jusqu'alors à leur endroit et de « l'affaiblissement des savoirs spécialisés par la pratique d'organisations polyvalentes » :

« Bien que les AT-MP constituent un "risque social" à part entière, leur gestion n'a pas toujours retenu toute l'attention souhaitable. Leur mode de financement original, garantissant l'équilibre annuel des comptes, n'a pas contribué à en faire un sujet de préoccupation prioritaire et la gestion de la réparation AT-MP s'est trouvée partiellement fondue dans celle de l'Assurance maladie⁵⁵. »

À cette date, en 1997, moins de la moitié des CPAM ont mis en place un service spécialisé dédié à la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles⁵⁶. La mention du public visé par la diffusion de cette charte – « à l'usage des personnels administratifs et techniques des CPAM, CRAM et CGSS et des personnels médicaux et administratifs des échelons régionaux et locaux du service du contrôle médical ayant à traiter les dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles » – est le reflet de la multiplicité des acteurs concernés par la réparation et de leur cloisonnement : il s'agit notamment de rappeler à chacun « les incidences et les enjeux de ses décisions et de ses pratiques sur le travail de ses partenaires ». Réalisée par l'échelon national du service médical, elle rend compte des « modalités spécifiques » à la prise en charge des maladies professionnelles⁵⁷. Elle invite par ailleurs à donner « un caractère exceptionnel » à la procédure de contestation préalable, préconisant de la réserver aux instructions complexes comme celle des pathologies cancéreuses par exemple. Cette procédure disparaît deux ans plus tard, à la faveur d'un nouveau décret⁵⁸ qui redéfinit les délais réglementaires d'instruction : les CPAM doivent rendre leur décision en moins de trois mois, auxquels peuvent s'ajouter trois autres mois dans le cas d'instruction complexe, soit six mois au maximum. Cette nouvelle obligation les contraint à revoir leur

⁵⁴ Cnamts, *Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Direction des risques professionnels, échelon national du service médical, février 2001, p. 7.

⁵⁵ Cnamts, *Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Direction des risques professionnels, échelon national du service médical, septembre 1997. Cette charte est réactualisée en 2001 sous format papier, puis régulièrement sous version numérique. En 2008, elle fait l'objet d'une importante campagne de presse, à l'adresse de tous les professionnels concernés et des victimes. Elle est alors en accès libre durant plusieurs mois, avant d'être à nouveau inaccessible au public et cantonnée à un usage interne. À ma demande d'accès à cette charte, la direction des risques professionnels, mission communication entreprises, a répondu : « Cette charte étant un document interne, elle n'est pas disponible au grand public » [courriel du 26 janvier 2012].

⁵⁶ *Ibid.* p. 245.

⁵⁷ Huit fiches sont communes aux AT et aux MP, six fiches sont consacrées spécifiquement aux AT et huit aux MP. Cnamts, charte citée, 1997, p. 105-107.

⁵⁸ Décret n°99-323 du 27 avril 1999.

organisation, en parallèle au développement de l'informatisation de leurs activités. Un effort de formation est déployé auprès des agents gestionnaires et des enquêteurs AT-MP au sein des CPAM, mais aussi de ceux en charge de la tarification et de la prévention au sein des CRAM ainsi que des médecins-conseils, dans la perspective d'harmoniser les pratiques et de rendre visibles, pour mieux les coordonner, les liens devant exister entre la réparation et la prévention.

Ainsi, peu à peu, après des décennies durant lesquelles elle a été fondue dans l'Assurance maladie, la gestion des accidents du travail et, surtout, des maladies professionnelles, bénéficie d'un secteur dédié au sein de la CNAMTS, au moment même où le nombre des pathologies reconnues devient plus important. À la différence des années précédentes⁵⁹, les années 1990 sont en effet marquées par l'augmentation du nombre de maladies reconnues en lien avec le travail. Deux facteurs principaux en sont à l'origine : la naissance en 1993 du système complémentaire qui permet de prendre en charge des maladies ne correspondant pas à tous les critères d'un tableau ou n'étant inscrite dans aucun d'entre eux, et la refonte de deux tableaux, celui consacré aux « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail » – c'est-à-dire aux TMS – et celui consacré à la surdité. Les statistiques de la reconnaissance, longtemps plafonnées à moins de 5 000 cas par an, passent à plus de 8 000 cas en 1993, pour atteindre plus de 10 000 cas en 1995 – soit une augmentation de plus de 15 % en 3 ans⁶⁰. Une ancienne cadre de la CPAM 93 témoigne ainsi avoir assisté, à partir de la fin des années 1990, à une « véritable r volution⁶¹ » dans la prise en charge des maladies professionnelles⁶².

Avec quelques années de retard par rapport aux autres branches de la Sécurité sociale, le secteur At-MP est lui aussi, depuis 2004, lié à l'état par des conventions d'objectifs et de gestion (COG), déclinées à l'échelle départementale, avec les Cpm, en contrats pluriannuels de gestion (CPG). La dernière d'entre elles a notamment pour objectif de « gagner en efficience par une meilleure harmonisation des pratiques et des moyens du réseau » :

« En ce qui concerne le processus de réparation en particulier, des évolutions sont indispensables tant sur le plan de l'organisation et de l'harmonisation des pratiques entre les Caisses que sur celui

⁵⁹ « A l'exception d'un pic à 5 000 cas en 1983-1984, le nombre annuel de nouveaux cas indemnisés de maladies professionnelles officiellement recensés par la CNAM (pour le régime général, le régime minier et la SNCF) est resté stable (autour de 4 000 cas) pendant plus de trente ans, comme si la logique d'assurance qui régit le système supposait une "hauteur-plafond" du risque assuré, quel que soit le nombre de tableaux de maladies professionnelles et les modifications qui leur sont apportées. » Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 15.

⁶⁰ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi né 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la Sécurité sociale pour 1997*, octobre 1997.

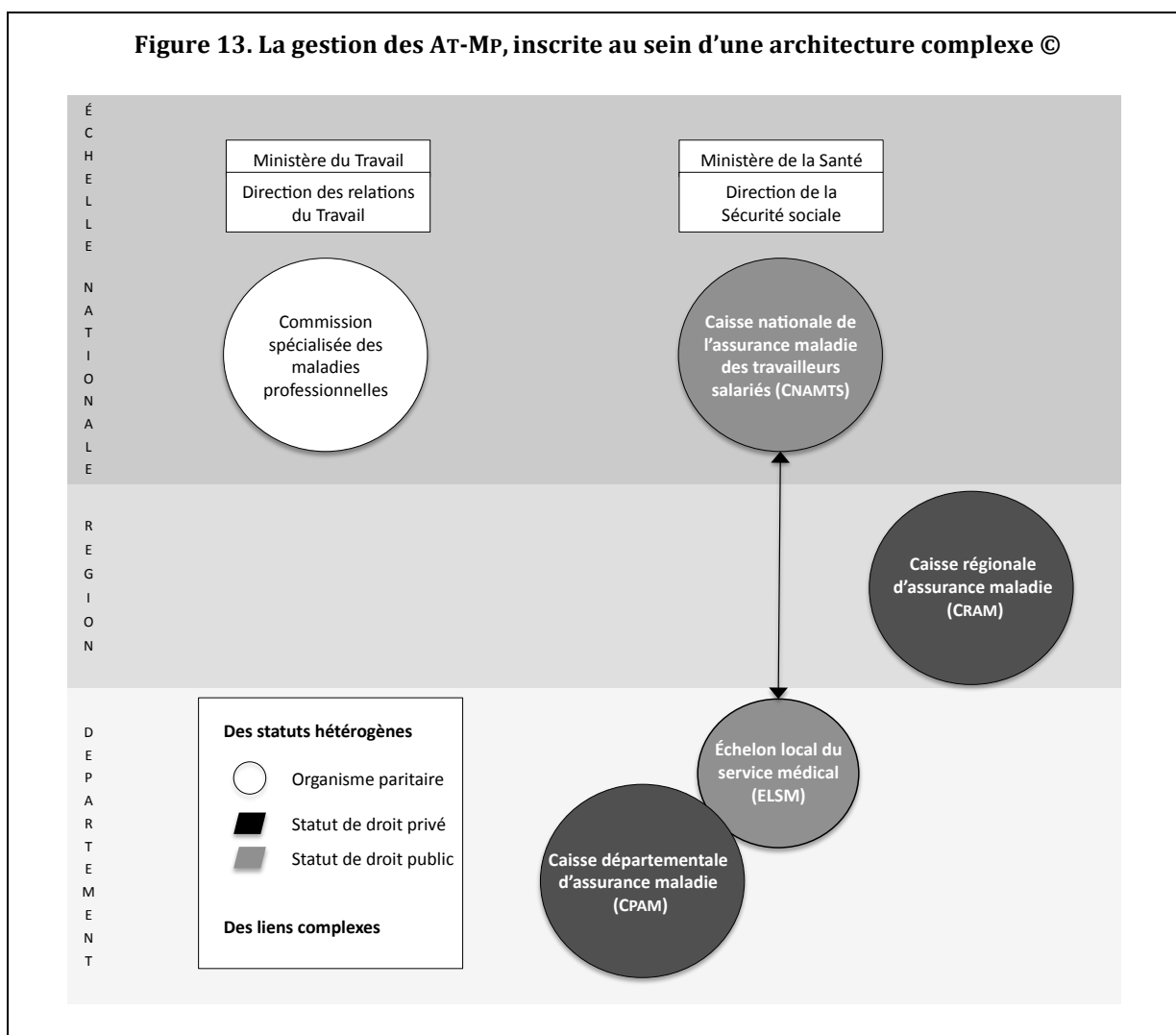
⁶¹ Entretien avec Mme Oreste, (retraitt e), mars 2015.

⁶² En 2016, 48 762 maladies professionnelles – des Tms dans 87 % des cas – ont été indemnisées pour un montant de 2,2 milliards d'euros imputés aux entreprises (et 626 227 accidents du travail pour 3,6 milliards d'euros). CNAMTS, *L'essentiel 2016. Santé et Sécurité au travail*, Assurance Maladie-Risques Professionnels, septembre 2017, en ligne sur <http://risquesprofessionnels2016.fr/Lessentiel.pdf> [consulté le 16 octobre 2017].

des systèmes d'information dédiés. Aujourd'hui le traitement des dossiers reste encore trop hétérogène sur le territoire⁶³. »

Pour comprendre et mesurer l'hétérogénéité dont il est ici question, il faut garder en tête l'organisation – hybride – de l'Assurance maladie. « Entreprendre une recherche sur la dynamique interne de la Sécurité sociale, c'est [...] appréhender un système complexe quant à ses acteurs et ses structures, un système lourd d'idéologies concurrentes et de projets conflictuels⁶⁴ », prévenait Antoinette Catrice-Lorey en préambule de son ouvrage. Structure de droit public sous tutelle du ministère en charge de la Sécurité sociale et de celui en charge des finances, l'existence de la CNAMTS répond à une mission de service public. Mais celle-ci est mise en œuvre sur le terrain par des structures de droit privé – les caisses départementales (CPAM) et régionales (CARSAT – ex CRAM)

Figure 13. La gestion des AT-MP, inscrite au sein d'une architecture complexe ©



⁶³ CNAMTS, *Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 pour la branche AT-MP*, 2014, p. 30, accessible sur www.risquesprofessionnels.ameli.fr/strategie/objectifs.html [consulté le 2 septembre 2017].

⁶⁴ Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de...*, ouvr. cité, 1980, p. 3.

1.4. Une gestion très hétérogène d'une Caisse à l'autre

Si, depuis les ordonnances de 1945, la tutelle de l'État s'est progressivement renforcée sur les caisses, en parallèle à la réduction des pouvoirs de leurs conseils d'administration⁶⁵, les CPAM demeurent maîtresses dans leur organisation et fonctionnement interne.

À la fin des années 1970, Antoinette Catrice-Lorey constate « une grande élasticité dans la conception du service à rendre⁶⁶ ». Elle note par exemple qu'en 1967, il existe 80 modèles différents d'imprimés pour les feuilles de remboursement en maladie. Illustration particulièrement forte de cette absence de standardisation, les caisses sont laissées libres de choisir leur prestataire lorsque, dans le milieu des années 1980, l'informatisation se substitue au traitement manuel des actes :

« Au lieu d'informatiser à partir d'un seul système, on a laissé les caisses choisir entre IBM et Bull, ce fut une catastrophe. En Seine-Saint-Denis, on est parti en Bull, mais à chaque fois qu'au plan national ils développaient des applications, il leur fallait prévoir un développement IBM, un développement Bull, parce que ce n'était pas les mêmes systèmes d'exploitation. Ça a duré quasiment dix ans, cela ne pouvait être satisfaisant. Au lieu que l'informatisation devienne une force de progrès, c'était un frein, on n'avancait pas. Jusqu'au jour où [une nouvelle responsable informatique] est arrivée à la CNAMTS vers 1995-97. Elle a tout mis à plat et décidé de retenir un seul système d'exploitation, Unix, et toutes les caisses sont passées en Unix. Tous les produits ont été développés dans ce système. Avant cela, c'était ubuesque. »
[Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

Concernant l'instruction des maladies professionnelles, Annie Thébaud-Mony relevait à la fin des années 1980 que « l'autonomie des caisses et des régimes de Sécurité sociale conduit à des "traditions" différentes dans l'application de la législation sur la réparation des maladies professionnelles⁶⁷ ». Au terme d'une étude monographique menée auprès des mineurs du bassin du Nord-Pas-de-Calais sur les conditions de reconnaissance de la silicose, elle met en évidence l'existence de liens entre les particularités territoriales et l'application du droit :

« Les stratégies des différents acteurs ne peuvent se comprendre indépendamment de leur appartenance à cette société régionale et des rapports de pouvoir qui s'y inscrivent : médecins salariés de la Sécurité sociale minière, experts soumis à des formes de contrôle de leur expertise par les médecins des houillères, Sécurité sociale minière n'ayant d'autre rôle dans la réparation des maladies professionnelles que la gestion des rentes, syndicats et ouvriers engagés dans la "bataille du charbon" et pour qui la silicose est perçue comme risque inhérent au métier de mineur, comme

⁶⁵ Bruno Palier, *Gouverner la Sécurité...*, ouvr. cité, 2005. Lire aussi Bernard Friot et Christine Jakse, « Une autre histoire de la Sécurité sociale », *Le Monde diplomatique*, décembre 2015, p. 3 : « L'intervention de l'État ne fut jamais absente. D'abord légère, elle s'accroît au fil des ans : contrôle financier (1948), mise sous tutelle des caisses déficitaires (1950), création de l'Inspection générale de la Sécurité sociale (1960), réduction des pouvoirs des conseils et professionnalisation des dirigeants des caisses (1960). »

⁶⁶ Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de...*, ouvr. cité, 1980, p. 22.

⁶⁷ Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des...*, ouvr. cité, 1991, p. 78.

rente d'honneur aussi, mineurs marocains précocement vieilliss par le travail au fond et pris en charnière entre la fermeture des puits du Nord-Pas-de-Calais et l'impossible retour au pays⁶⁸. »

Ce qu'elle observe dans le cas du régime spécial minier peut s'appliquer aux caisses du régime général, dont le fonctionnement peut aussi refléter l'état du tissu économique et des dynamiques locales autour des questions de santé au travail. La disparité du taux de reconnaissance d'une CPAM à l'autre est d'ailleurs régulièrement signalée, dans les rapports administratifs comme dans des travaux scientifiques. À partir de l'exemple emblématique du mésothéliome, une pathologie cancéreuse faisant figure de « marqueur » d'exposition à l'amiante ou encore de « signature », l'épidémiologiste Marcel Goldberg montre ainsi que sa probabilité de reconnaissance est dix fois moins importante à Montpellier et Clermont-Ferrand qu'à Nantes⁶⁹. Le conseiller maître à la Cour des comptes Alain Deniel, rapporteur de la commission mise en place pour évaluer le coût de la « sous-déclaration », note en 1997 que « les pratiques des différentes caisses sont très diverses quant à la qualité et la précision des enquêtes, ce dont la commission a pu prendre conscience à la lecture des différents types d'imprimés, non standardisés et très divers utilisés par les CPAM⁷⁰ ». Les taux de reconnaissance s'en ressentent :

« La région parisienne regroupe 25,3 % de la population active salariée affiliée au régime général mais ne donne lieu qu'à 12,5 % des reconnaissances maladies professionnelles. À l'inverse, la CRAM de Nantes ne concerne que 5,1 % de la population affiliée au régime général mais donne lieu à 12,5 % des reconnaissances. [Dans les CRRMP], les proportions d'avis favorables varient entre 22 % (Marseille) et 77 % (Dijon)⁷¹. »

La structuration en 1994 de la Direction des risques professionnels au sein de la Cnamts, la mise en place en 2004 des CoG spécifiquement dédiées à la gestion des AT-MP et le développement d'applications informatiques favorisent incontestablement une plus grande vigilance dans le traitement des dossiers et une relative standardisation des procédures. Cependant, de l'avis même du président de la CAT-MP, en 2012 encore, les « taux de reconnaissance dans les caisses primaires peuvent varier pour certaines pathologies de 8 % à 80 %⁷² ». À la seule échelle de l'Île-de-France et pour la même année, « en mettant à plat les statistiques, il existe aujourd'hui un écart d'au moins 25 % dans les décisions d'une caisse à l'autre, sans parler des différences dans les délais de traitement⁷³ ». Entre autonomie et subordination, chaque caisse fait ainsi montre d'une relative singularité dans l'application du droit à réparation. Ces fortes disparités invitent

⁶⁸ *Ibid.* p. 62-63.

⁶⁹ Marcel Goldberg, « Disparités régionales de reconnaissance du mésothéliome de la plèvre », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 47, 1999, p. 421-431.

⁷⁰ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la Sécurité sociale pour 1997*, octobre 1997, p. 9.

⁷¹ *Ibid.* p. 7.

⁷² Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche, *Le financement de...*, rapport cité, 2012.

⁷³ Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2014.

à préciser le cadre d'instruction des dossiers de déclaration en maladies professionnelles sur le terrain de cette recherche, la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Seine-Saint-Denis.

2. La CPAM 93 et les maladies professionnelles : une histoire singulière

À l'instar de toutes les caisses des départements de la région parisienne, celle de Seine-Saint-Denis est de création relativement récente. Jusqu'aux débuts des années 1980, il n'existe en effet qu'une seule caisse pour tous les assurés de l'Île-de-France, la Caisse primaire centrale d'Assurance maladie de la région parisienne (CPCAMRP), qui fait figure de véritable « État dans l'État⁷⁴ » :

« Le directeur général, à Paris, ne se sentait pas subordonné à l'État ou à la CNAMTS, personne n'avait la pression politique suffisante pour lui imposer quelque chose. Il y avait une équipe d'au moins trente directeurs pour gérer la région, c'était énorme. Avec 20 000 agents sur toute l'Île-de-France. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2015.]

Un arrêté du 10 juillet 1981 organise la décentralisation de cette caisse centrale et donne naissance à sept Caisses primaires, dotées chacune d'un Conseil d'administration et de services centraux propres et « pendant longtemps, chaque département a vécu sa vie, en étant rattaché à la CNAMTS, nouvelle tête de réseau⁷⁵ ». Au sein de la CPAM93, l'organisation de la gestion des AT-MP évolue progressivement, jusqu'à devenir relativement pionnière dans la mise en place de partenariats avec des structures associatives, universitaires ou hospitalières, dans la construction d'un pôle spécialisé sur les « maladies professionnelles » et dans la construction d'une coordination des différents services AT-MP des caisses d'Île-de-France. Cette évolution est notamment à mettre en lien avec l'expérience de Jacqueline Giry, responsable du secteur Risques professionnels au moment de notre recherche.

2.1. Un attachement fort au rôle social de l'institution

Entrée en 1973 à la Caisse de Paris, Jacqueline Giry a rejoint la Sécurité sociale par « vocation », une vocation qu'elle relie à l'enfance. Alors qu'elle n'a encore qu'une dizaine d'années, ses parents lui confient le soin de se faire rembourser les frais médicaux auprès des guichets de la Caisse de la ville où ils résident, en région parisienne. Jusqu'au milieu des années 1980, le paiement des prestations a effectivement lieu sur place et en liquide :

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2015.

« Je regardais ces dames, là, au guichet, puis la caissière, et je me disais “vraiment, voilà des gens qui font un métier super parce que grâce à eux les gens comme nous, et bien, on peut faire soigner les enfants, on peut continuer à manger, etc. Voilà des gens qui finalement travaillent pour le bien de l’humanité, pour le bien de la population. Donc franchement, ils ont de la chance, ils font un beau métier”. Et donc à partir de là, je m’étais dit “moi aussi, je serai gestionnaire. Il faut que je fasse un métier au service des autres”. Je ne suis pas rentrée par accident dans l’Assurance maladie.

C’est presque par vocation...

Oui, la protection sociale, pour moi, c’est une vocation. Parce que franchement, la moitié, enfin... tous les gens qui travaillent, qui ont des salaires au Smic ou même un peu plus, si on n’avait pas ce système de protection sociale, combien d’enfants mourraient chaque jour, combien de personnes âgées ne pourraient pas se faire soigner, combien de personnes “normales”, on va dire, ne pourraient pas même financer ne serait-ce qu’un accouchement, une appendicite... Pour moi, c’est..., c’est majeur ! » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d’ancienneté), septembre 2015]

Après son baccalauréat, Jacqueline Giry passe l’examen d’entrée, débute à la Caisse de Paris et connaît ensuite, au terme de plusieurs formations, examens et nouveaux diplômes – elle obtient notamment un DESS Sécurité sociale et santé à la Sorbonne à l’âge de 40 ans –, un parcours ascendant dans la hiérarchie, jusqu’à terminer sa carrière en mars 2017 comme directrice adjointe de la CPAM93. Très attachée à la dimension sociale de l’institution, elle représenterait en ce sens, selon plusieurs témoins de l’intérieur de la Caisse, un profil plutôt atypique. Il semble l’être déjà au moment de son embauche, dans les années 1970, à en croire l’analyse produite par Antoinette Catrice-Lorey :

« Plusieurs décennies de fonctionnement des organisations de Sécurité sociale ont introduit une considérable distance entre les employés et les assurés : le rythme d’accroissement et l’élargissement du recrutement d’un personnel autrefois coopté dans un milieu homogène, le renouvellement rapide des agents d’exécution, l’augmentation continue de la taille des administrations, le développement de l’informatique sont largement responsables du fait, qu’à présent, pour une large majorité, les employés de la Sécurité sociale tendent à se considérer faisant partie “d’une administration comme une autre”. [...] En tout état de cause, la motivation de service n’est plus une motivation d’entrée à la Sécurité sociale⁷⁶. »

Le constat réalisé par Antoinette Catrice-Lorey se confirme par les effets de la réforme managériale entamée dans les caisses depuis le milieu des années 1990 qui disqualifie les modes de fidélité que l’institution attendait jusqu’alors de ses cadres, « fondée sur une forme d’engagement militant consacré à la fois à la mission sociale et de service public⁷⁷ » de la Sécurité sociale.

Comme tous les nouveaux embauchés, Jacqueline Giry démarre par la liquidation de dossiers maladie et, rapidement, elle se forme à la gestion des AT-MP avant de suivre un parcours de cadre dans l’institution. À la fin des années 1990, elle rejoint la Caisse de

⁷⁶ Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de...*, ouvr. cité, 1980, p. 26.

⁷⁷ Pascal Martin, « L’ethos de l’État social managérial », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l’Assurance...*, ouvr. cité, 2015, p. 94.

Seine-Saint-Denis sur un poste de coordinateur départemental de la gestion des Risques professionnels. La publication simultanée de la charte des AT-MP et du premier rapport livrant une estimation du coût de la sous-déclaration sont à la naissance d'une nouvelle dynamique dans la CPAM93, et notamment d'un audit qu'elle réalise⁷⁸. Le rapport qu'elle remet à sa direction relate l'existence de « dysfonctionnements » dans la prise en charge des AT-MP graves, liés au manque de moyens matériels, à la complexité des relations avec les services médicaux, aux modes de classement et de conservation des dossiers, au cloisonnement des services et à une faible circulation de l'information, au final à l'absence de coordination entre les acteurs concernés par la réparation et à l'hétérogénéité de traitement des dossiers : le rapport remarque, par exemple, l'existence de « types de courriers différents d'un service à l'autre ce qui revient à dire que, sur le département, les assurés recevaient sur un même sujet, des documents différents de par leur forme⁷⁹ » ou que le mode de classement des dossiers des assurés se réalise parfois par matricule, parfois par numéro de rente rendant complexe le suivi des dossiers⁸⁰. Le personnel en charge de la gestion des AT-MP sur la CPAM 93 est alors majoritairement âgé, surtout féminin et pour un quart à temps partiel : « Il n'a bénéficié que d'un minimum de formation professionnelle⁸¹. » Les moyens matériels mis à disposition sont « extrêmement réduits » et d'une « obsolescence certaine ».

« Chacun des 47 centres d'Assurance maladie du département fonctionnait dans son coin, sans pilotage départemental. Là où on avait des gens très impliqués, très investis, on trouvait un niveau de qualification intéressant, ailleurs, on avait des agents qui essayaient de se débrouiller par eux-mêmes pour comprendre les textes et les prises de décision n'étaient pas toujours les plus adaptées. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

Dans un contexte général de forte augmentation du nombre de maladies professionnelles reconnues – plus 112,4 % entre 1990 et 1998 – le rapport précise que « le département de la Seine-Saint-Denis a un poids de dépense de prestations AT nettement supérieur aux taux nationaux⁸² ». Sur ce territoire de près d'1,5 million d'habitants alors, le pourcentage d'ouvriers par rapport à la population active est de 31,75 % (contre 22,34 % en région parisienne) et le pourcentage d'emplois précaires (ouvriers non qualifiés et intérimaires) est le plus fort d'Île-de-France après Paris⁸³. Au vu des caractéristiques du département, ce rapport parvient à convaincre les directeurs successifs de la CPAM93 de l'importance de mettre en place une sorte de pôle de référence sur la gestion des maladies professionnelles : leur réglementation étant très

⁷⁸ CPAM 93, *Harmonisation, coordination et modernisation de la gestion des dossiers Accidents du travail Maladies professionnelles – rentes*, Rapport d'opportunité, direction de la circonscription administrative de Bobigny, décembre 1998, p. 6 [Archives CPAM93].

⁷⁹ *Ibid.*, p. 49.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 18.

⁸¹ *Ibid.*, p. 32.

⁸² *Ibid.*, p. 9.

⁸³ *Ibid.*

complexe et comportant des aspects tant administratifs que médicaux ou encore techniques, il préconise la construction d'un « service centralisé et d'un accueil adapté ».

C'est d'abord à l'échelle de la circonscription dirigée par Jacqueline Giry que la construction de ce pôle de référence est expérimentée avant d'être élargie à tout le département.

2.2. Un réseau pour favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles

À l'échelle de sa circonscription, Jacqueline Giry confie à deux anciennes déléguées syndicales alors en voie de réintégration professionnelle la tâche de mettre en place ce pôle de référence sur la gestion des maladies professionnelles. L'une de ces anciennes déléguées syndicales, Marie-France Oreste, vient juste de quitter son poste de permanente CGT au sein du comité d'entreprise de la Caisse et envisage, à 50 ans et au terme de près de 15 ans de travail syndical, de réaliser un bilan de compétences. À son terme, elle en restitue les résultats devant Jacqueline Giry :

« Elle m'a fait part de son projet de mettre en place une structure de coordination qui superviserait la gestion des AT-MP, qui aurait un rôle d'accompagnement et m'a demandé si je voulais rejoindre son équipe.

Vous la connaissiez ?

Oui, je l'avais connue quand j'étais permanente syndicale, on était plutôt adversaires dans ce contexte. D'ailleurs, je lui ai dit d'entrée de jeu : « Vous me connaissez, il y a des choses que je ne ferai pas. » Mais on avait des points communs : elle est très sociale, elle dit toujours que, derrière un numéro de Sécurité sociale, il y a un assuré, de la souffrance, une personne malade, avec des problèmes financiers, et c'est la seule personne que j'ai entendu dire ça dans l'institution. À sa façon, elle mène un combat et je pense que c'est ce qui nous a réunies, on était des combattantes toutes les deux. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

Le dispositif qui se construit au sein de la Caisse à partir du début des années 2000 se décline en deux volets principaux. Le premier d'entre eux consiste à s'approprier le contenu de la Charte nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles publiée en 1997 et, dans la perspective de « l'appliquer à la lettre », de concevoir des formations et des outils pour soutenir les agents en charge de la gestion des dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La période coïncide avec la mise en place d'un nouvel applicatif informatique, spécifiquement dédié à la gestion des AT-MP, conçu à l'échelle nationale et baptisé Orphée, qui favorise la mise en place de modes opératoires relativement standardisés :

« On a tout écrit, le mode opératoire, les formations, un diaporama pour expliquer l'instruction du dossier, ce qu'on entend par délai de prise en charge par exemple. On travaillait beaucoup avec les médecins-conseils de l'échelon régional, on était la seule caisse à l'époque à faire colloque avec eux. On vivait dans un monde très cloisonné et notre rôle, ça a été de faire tomber les cloisons les unes après les autres. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

Au sein de la CPAM 93, un secteur Risques professionnels voit le jour, coordonnant l'activité de trois pôles spécialisés dans la gestion des AT-MP – « ce qui n'existe toujours pas dans le département où je vis aujourd'hui », précise Marie-France Oreste – situés sur les centres du Raincy, de Saint-Denis et de Bobigny, pour couvrir tout le territoire. Des référents spécialisés en maladies professionnelles sont mis en place dans chacun de ces centres, des « agents sortis du lot » :

« On a considéré qu'à la gestion des maladies professionnelles, si on voulait lui redonner la place qu'elle devait avoir, on devait y mettre des agents qui s'y sentent bien, qui évoluent bien et mesurent les enjeux, qu'ils ne soient pas seulement de bons techniciens, mais des agents qui mesurent les enjeux spécifiques des maladies professionnelles. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

Le second volet consiste en la construction et l'animation d'un réseau de partenaires. Il s'agit de s'appuyer sur d'autres structures présentes sur le territoire pour favoriser la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles : le thème de la sous-déclaration est alors très visible dans l'espace public, notamment porté par le mouvement social des victimes de l'amiante⁸⁴. En Seine-Saint-Denis, ces cancers dus à l'amiante pèsent lourd dans le champ de la réparation : en 2006, ils représentent près de 90 % des décès constatés en maladie professionnelle⁸⁵. Une première convention de partenariat est signée par la Caisse avec la consultation de pathologies professionnelles située au sein de l'hôpital Avicenne : elle donne naissance à un rendez-vous annuel, sous la forme d'une « journée des pathologies professionnelles » co-organisée par la CPAM93, cette consultation et l'Université Paris 13, à destination des professionnels du secteur sanitaire et social pour les sensibiliser à cette question. Une autre est signée avec le GISCOP93, dès 2002 lorsque le dispositif fonctionne sous statut associatif (SCOP93), puis en 2006, avec l'Université Paris 13 qui représente le nouveau GIS. D'autres conventions suivent rapidement, notamment avec l'association départementale des victimes de l'amiante (ADDEVA93). La gestion des dossiers transmis par ces structures bénéficie d'une attention particulière :

« L'objectif était d'optimiser la reconnaissance des maladies professionnelles, avec vous [le GISCOP93], la reconnaissance des cancers, avec l'ADDEVA93, celle des maladies de l'amiante, et avec la consultation de pathologies professionnelles, toutes les MP. Je vous accompagnais. Vous aviez un dossier, vous le portiez à ma connaissance et je le suivais. Si ça bloquait, je vous appelais et je vous disais où ça bloquait et le GISCOP débloquait, ou l'inverse. Vous, c'était parfait, il y avait un interrogatoire des patients, tout roulait beaucoup mieux. On envoyait des dossiers tellement complets que le service médical pouvait accepter tout de suite. On a gagné en qualité. Et parfois, l'un des partenaires pouvait me sortir un dossier de derrière les fagots et on a pu sauver les meubles. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

⁸⁴ L'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA) s'est créée en 1996, à l'initiative principale de l'ALERT, de la FNATH et du Comité anti amiante Jussieu.

⁸⁵ Données chiffrées issues de CPAM93, « Les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis », diaporama, DRPRE, 2008, à l'occasion de la journée de formation organisée par Oncologie 93 sur « identification, certification et réparation des cancers professionnels », samedi 14 juin 2008, Université Paris 13 [Archives CPAM93].

Les archives du GISCOP93 témoignent de cette démarche volontariste de la Caisse. Les messages et relances de Marie-France Oreste sont réguliers et nombreux et organisent un suivi au cas par cas de tous les dossiers de déclaration transmis à la CPAM93 : ils alertent sur telle ou telle précision à apporter ou sur tel document à fournir par la famille. Les résultats de cette dynamique partenariale sont éclairants. Concernant plus spécifiquement la reconnaissance des cancers professionnels, les chiffres sont, au début du partenariat, en nette augmentation d'une année sur l'autre : de 7 cancers reconnus en 2000 par la CPAM 93, on passe à 21 un an plus tard, puis à 55 en 2002, pour atteindre 75 en 2005 et 68 en 2006. Les cancers représentent ainsi cette année-là 6,64 % des maladies professionnelles reconnues à l'échelle de la Seine-Saint-Denis contre une fourchette de 3 à 4 % à l'échelle nationale⁸⁶. Les dossiers du GISCOP93 représentent la moitié des cas de cancers reconnus en maladie professionnelle parmi les assurés du département.

2.3. Une organisation très dépendante des personnes

L'animation par la CPAM93 de ce réseau de partenaires répond officiellement à un double objectif : ce réseau favorise l'accompagnement des victimes du travail dans leurs démarches d'accès au droit à réparation et permet dans le même temps « d'affecter les dépenses au bon risque⁸⁷ » en ne faisant pas reposer sur la branche maladie des pathologies qui tirent leur origine dans l'activité professionnelle. Mais il semble jouer, comme on le constate dans le dispositif d'accompagnement, d'autres rôles pour la Caisse.

D'abord, il permet de débloquer des situations et d'éviter un contentieux aux victimes comme à la Caisse. L'ADDEVA 93 fait ainsi la promotion de cette démarche dans l'un de ses rapports d'activité : « Une douzaine de dossiers ont été présentés au service des rentes avec une demande de recalcul. Ils ont été traités sans contentieux, dans un esprit de rigueur et de compréhension mutuelle. Les sommes obtenues grâce à ces démarches ont été parfois très importantes.⁸⁸ » Il représente donc en ce sens un espace informel de conciliation.

Ensuite, il offre à la direction du secteur Risques professionnels la possibilité d'un écho régulier, de la part des associations partenaires, sur les pratiques de ses agents et permet des réajustements. Il peut ainsi s'apparenter à une forme d'évaluation informelle. Enfin, selon la responsable du secteur, Jacqueline Giry, ce partenariat avec les associations permettrait également de redonner du sens à l'activité des agents, éloignée sans cela des assurés. Ainsi, l'organisation de journées de restitution de l'enquête du

⁸⁶ Données chiffrées issues de CPAM93, diaporama cité, 2008.

⁸⁷ Jacqueline Giry, intervention lors de la X^e journée de pathologies professionnelles de la Seine-Saint-Denis, 24 novembre 2011, Université Paris 13, Bobigny [retranscription d'enregistrement].

⁸⁸ ADDEVA 93, Rapport moral pour l'assemblée générale du 23 février 2013, p. 8 [Archives privées].

GISCOP93 à destination de tous les agents du secteur Risques professionnels est selon elle l'occasion de « rappeler le rôle social, les objectifs, les choses importantes » : « C'est très important qu'ils puissent entendre ce que vivent les assurés, ça redonne une dimension humaine aux dossiers qu'ils gèrent⁸⁹. » On peut alors supposer que le partenariat représente ainsi un contrepoids au management par objectifs et à la mise à distance des assurés liée à la dématérialisation de la procédure en maintenant une fenêtre ouverte sur leurs difficultés et leurs préoccupations.

En miroir, cette dynamique partenariale montre également comment la Caisse, par ses seuls moyens, contribue à la sous-reconnaissance des maladies professionnelles : les assurés dont les dossiers ne sont pas suivis par les organisations membres du réseau ne bénéficient pas des mêmes possibilités de suivi et d'intervention. Le partenariat représente ainsi un dispositif d'exception. À ce titre, il n'est pas pérenne et dépend fortement de la motivation des personnes qui l'animent. Suite au départ en retraite de Marie-France Oreste en 2008, il s'est ainsi mis en sommeil durant plusieurs années. Ses archives elles-mêmes se sont égarées, au cours d'un déménagement lié à une réorganisation. Se destinant ensuite à rejoindre le secteur du contentieux, son successeur n'a pas envisagé le poste de la même manière. À son départ, en 2011, un espace d'échange parvient de nouveau à se mettre en place, dans la perspective de favoriser le droit à réparation des salariés et anciens salariés, atteints notamment de cancer d'origine professionnelle. Il s'appuie sur la mise en place d'une cellule spécialisée dans la gestion des maladies professionnelles au sein de la CPAM93, en lien direct avec les médecins-conseils et les enquêteurs AT-MP, à la naissance d'une nette amélioration de la prise en charge des dossiers.

Mais ce choix d'organisation peut être remis en cause par une nouvelle direction. Adopté en 1994, le principe d'une gestion budgétaire distincte entre la branche maladie et la direction des risques professionnels n'a en effet pas concerné la « fonction personnel⁹⁰ », pour reprendre la terminologie de Antoinette Catrice-Lorey : chaque CPAM a ainsi un budget de fonctionnement prévu pour l'ensemble de ses missions. Elle les arbitre sous la pression du « poids mis au maximum sur la maladie⁹¹ » :

« La CNAMTS, c'est une énorme entreprise. Et cette coordination entre les équipes qui portent la maladie et celles qui portent le risque professionnel, c'est difficile. Faute d'un budget affecté spécifiquement à la gestion du risque professionnel, personnel compris, il existe toujours des conflits d'intérêt dans les choix d'affectation. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

Il apparaît ainsi que les disparités dans les taux de reconnaissance d'une Caisse à l'autre et l'hétérogénéité dans la gestion des dossiers sont liées tout à la fois aux moyens et aux

⁸⁹ Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2014.

⁹⁰ Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de...*, ouvr. cité, 1980.

⁹¹ Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014.

formes d'organisation des caisses, mais aussi aux dynamiques associatives locales. On peut ainsi établir le lien entre les taux de reconnaissance en maladie professionnelle enregistrés à Nantes – longtemps parmi les plus importants de France – et l'existence d'un réseau actif de médecins du travail et d'ingénieurs de prévention, né au milieu des années 1980 autour des campagnes de déclaration des MCP⁹².

3. Entre « modernisation » et enquête sous pressions : L'instruction des dossiers sous tension

L'application du droit à réparation est imbriquée dans les choix et moyens de l'organisme auquel elle est confiée et dans les relations sociales qui lient les employeurs aux salariés. Dans le cadre de l'accompagnement des patients du GISCOP⁹³, il est possible, d'une part, de mesurer les impacts de la « modernisation » des services de l'Assurance maladie sur l'accès au droit et, d'autre part, d'identifier dans quels termes et auprès de quels acteurs se déroule l'instruction des dossiers de maladies professionnelles.

3.1. Pression de la « modernisation » du travail administratif

La majorité des requérants ignorent tout des conditions dans lesquelles se prend la décision concernant leur déclaration de maladie professionnelle et l'éventail des acteurs concernés. C'est d'abord le décalage entre la singularité de leur situation, son caractère critique (la maladie, le deuil et leurs impacts psychologiques et sociaux) et le traitement dépersonnalisé qui en est fait par la Caisse qu'ils ressentent douloureusement, même lorsque le traitement de leur dossier a été rapide et aboutit favorablement. En ce sens, la durée de l'instruction ne dit pas tout de l'épreuve que représentent des démarches d'accès au droit à réparation.

Ce que ces patients atteints de cancer ou leurs proches éprouvent tout d'abord, ce sont les conséquences de l'organisation et de la division du travail au sein de la CPAM. Ce qui pourrait sembler anecdotique, comme la valse des signatures en bas des courriers qu'ils reçoivent, devient dans leur contexte de fragilité source d'inquiétude quant au bon déroulement de la procédure. Questions restées sans réponse, courriers qui demandent plusieurs fois les mêmes documents, contradictions dans les explications obtenues..., leurs motifs d'anxiété sont pluriels :

« La Sécu ne nous répond pas. C'est pénible ! J'ai appelé plusieurs fois, on me répond "votre dossier est en cours", "la maladie est reconnue" et, la dernière fois, "je n'ai pas trace de dossier". "Alors là, c'est grave", je lui ai répondu. "Si c'est le bordel dans vos bureaux, ça devient grave", je lui ai dit ça. On en a marre. » [Épouse de M. Lavoine, avril 2010]

⁹² Se reporter au chapitre 5.

La Caisse condamnée pour ces « atermolements » : l'exemple de M. Tounsi

Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire diagnostiqué en septembre 2008, M. Tounsi a rempli à peine deux mois plus tard, à l'invitation et en présence d'un enquêteur AT-MP de la caisse, un formulaire de déclaration en maladie professionnelle qu'il lui a remis en mains propres. Comme il manquait au dossier des certificats de travail, il a ensuite transmis sous enveloppe les pièces manquantes en février 2009 : « J'ai apporté l'enveloppe directement à mon antenne sécu. Je préfère faire comme ça, c'est plus sûr. Je n'ai pas confiance avec la Poste, là, c'est remis en mains propres. » Dans l'ignorance des délais réglementaires d'instruction, il a ensuite attendu jusqu'à ce qu'il soit contacté fin 2009 par le GISCOP93 qui souhaitait connaître l'aboutissement du dossier: « Je n'ai toujours rien, mais on m'avait dit qu'il fallait attendre, que ce serait long. ».

Devant cette absence de réponse au terme de plus de six mois d'instruction, je lui propose, en lien avec le cabinet d'avocats partenaire, un modèle de courrier pour demander une reconnaissance implicite de sa maladie pour non-respect des délais : adressé en janvier 2010 au directeur de la CPAM93 en courrier recommandé avec accusé de réception, ce courrier lui est aussitôt retourné sans aucune allusion à sa requête, accompagné d'une invitation à remplir un nouveau dossier de déclaration. Cette démarche aurait permis à la Caisse, si M. Tounsi avait rempli ce nouveau formulaire, de faire démarrer les délais d'instruction à cette nouvelle date et de reporter d'autant le point de départ de la rente auquel il aurait eu droit en cas de reconnaissance de son cancer en maladie professionnelle. Il reçoit d'ailleurs un mois plus tard un courrier évoquant la réception d'une déclaration en février 2010, soit plus de deux ans après sa déclaration effective. Entretemps, le paiement de ses indemnités journalières en maladie parvenu au terme des trois ans réglementaires a été brutalement interrompu, laissant M. Tounsi et sa famille sans revenu⁹³. C'est devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) qu'il obtient finalement, en janvier 2012, un jugement favorable, quatre mois avant son décès. Fait rare, le TASS condamne même la Caisse au versement de 7 000 euros de dommages et intérêts au bénéfice de M. Tounsi, qu'il motive ainsi dans le jugement rendu :

« À l'évidence, le délai mis par la Caisse pour réceptionner la déclaration de maladie professionnelle, la manière dont elle a instruit la demande et le délai pour transmettre le dossier au CRRMP caractérisent un manquement de la caisse à son obligation de diligence. [...] [Celui-ci] a causé à M. Tounsi un préjudice financier évident puisqu'il l'a privé pendant plus de six mois de ressources, pour un montant total de l'ordre de 6 500 euros. Il lui a également causé un tracass certain alors qu'il ressort des certificats médicaux produits qu'il est d'un naturel anxieux que les atermolements de la Caisse n'ont fait que renforcer. » [Jugement du TASS du 5 janvier 2012, M. Tounsi contre CPAM93, Archives GISCOP93]

La reconnaissance en maladie professionnelle du cancer de M. Tounsi a finalement été obtenue, au terme d'un contentieux devant le TASS. Le juge n'a, dans son cas, pas tranché sur les liens entre les expositions cancérigènes professionnelles qu'il aurait subies et la survenue de pathologie : il s'en est tenu à apprécier la forme de la procédure, condamnant la Caisse pour n'avoir pas respecté les termes du droit à réparation. Au cours de cette recherche, onze dossiers – sur douze recours déposés devant le TASS – ont ainsi pu être gagnés « sur la forme », au regard des « manquements » de la Caisse ou de ses « atermolements ». Ils représentent les formes exacerbées des nombreuses difficultés auxquelles sont confrontés la plupart des requérants au droit à réparation. Au demeurant, la fréquence de leurs appels téléphoniques dans le cadre du dispositif d'enquête est une illustration de leur peine à saisir les termes de la procédure et à maîtriser leurs relations avec leur caisse d'Assurance maladie.

C'est aussi par exemple M. Plussat à qui l'on demande ses fiches de paye de l'année en cours alors qu'il est retraité depuis quatre ans, Mme Marcotullio à qui l'on refuse une prestation qu'elle n'a pourtant jamais demandée, M. Charpentier qui reçoit un courrier l'invitant à prendre contact avec le service social de la CRAMIF en raison de son arrêt

⁹³ Se reporter au chapitre 3.

maladie de longue durée alors qu'il est décédé depuis plus d'un an, ou encore M. Foresti recevant un courrier destiné à un homonyme :

« J'en ai ras le bol, je n'ai même plus envie d'aller chez le médecin. Même avec la sécu, je reçois des courriers bizarres, il y en a un qui me disait que j'étais en accident du travail depuis le 23 mai, je ne savais plus quoi faire, j'ai appelé le 3646, ils m'ont dit que ce n'était pas moi, mais un autre qui portait le même nom que moi et ils m'ont demandé de lui envoyer le courrier que j'avais reçu, j'ai dit que je ne le connaissais pas, que je ne lui écrirais pas. J'ai dû aller au guichet, ils m'ont dit qu'ils s'occuperaient de tout, je n'en peux plus. » [Journal de terrain, octobre 2011]

Sauf à ce que l'exercice du droit revête un sens très important ou réponde à une nécessité économique, on mesure à cet endroit le coût physique et moral que cette démarche peut représenter et les facteurs d'abandon. De l'analyse d'un certain nombre de dossiers et des échanges réguliers avec le service Risques professionnels de la CPAM⁹³, il ressort que plusieurs de ces « dysfonctionnements » seraient liés aux multiples réorganisations qu'a connues la Caisse en peu de temps. Concernant le dossier de M. Tounsi par exemple (voir encadré ci-dessus), il s'agirait d'« un dossier mal parti depuis le début, qui est tombé dans la période de la réorganisation. Ce monsieur a rencontré un cumul de problèmes. Son dossier a sans doute été perdu dans les déménagements⁹⁴ ».

Sous l'impulsion des Conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées avec l'État et au prétexte de « modernisation⁹⁵ », l'organisation du travail dans les caisses d'Assurance maladie a connu des changements majeurs et des transformations rapides : fermeture de points d'accueil, réduction des effectifs, regroupements de centres, redéfinition des métiers, déménagements... À l'échelle de son activité d'enquêteur AT-MP, M. Fouchet en rend compte ainsi :

« Je suis arrivée en 2007 et j'ai vu déjà trois réorganisations. Avant, chaque enquêteur avait son secteur géographique, son portefeuille. Ensuite, on a supprimé les portefeuilles, on avait un data commun dans un gros pot commun, sauf sur les dossiers sensibles (cancer, AT mortel, RPS) qui doivent être faits en priorité et avec un entretien. C'est revenu par portefeuille, celui-ci n'est plus géographique mais par matricule, c'est-à-dire par mois de naissance. Et durant toute cette période, on a été rattaché à trois services successifs. À partir du mois de mars 2013, on sera intégré par binôme dans les portefeuilles du pôle MP. » [Enquêteur, M. Fouchet, réunion janvier 2013]

Ces nombreuses transformations ont pu déstabiliser le travail des équipes, des dossiers ont été transportés et pu être égarés, oubliés. On montrera comment, au prétexte d'une logique d'« efficacité », les modalités de l'accueil physique et téléphonique ont été transformées. Les relations postales elles-mêmes sont subordonnées à de nouvelles exigences techniques, « invisibles » pour les requérants. Les agents gestionnaires (ou

⁹⁴ Responsable du pôle maladies professionnelles, rencontre avec le pôle spécialisé MP du 31 janvier 2013.

⁹⁵ Danièle Linhart, *Les différents visages de la modernisation du service public*, Paris, La Documentation française, 2007.

encore techniciens) de la caisse, saisis dans des logiques productives, ont peu d'espace pour gérer des situations qui sortent de l'ordinaire des procédures standardisées.

3.1.1. La logique d'« efficacité » face à la fracture numérique

Ces réorganisations successives s'inscrivent dans la philosophie de la nouvelle gestion publique, traduction française de la notion de *New Public Management* – « ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglo-saxons) et de rationalisations doctrinales réalisées par des organisations transnationales (OCDE, Banque mondiale, etc.)⁹⁶ ». Celle-ci vise à réduire les coûts des services publics, à améliorer leur « performance » tout en soumettant leurs activités à un contrôle permanent sous la forme d'évaluations et de certifications. À l'instar d'autres administrations ou services publics, les Caisses se sont donc converties au « management par objectifs » à partir du début des années 2000. Comme le précise Pascal Martin, « la réalisation des objectifs constitue l'un des éléments qui déterminent les rémunérations des agents de direction, les performances enregistrées permettant également de distribuer aux agents subalternes des promotions individuelles appelées “pas de compétences”⁹⁷ ». De la réalisation des objectifs et des scores à atteindre dépend le classement annuel des Caisses.

C'est dans cette logique que s'est inscrite la dématérialisation des procédures. À partir de 1998, le développement de la carte Vitale, support dématérialisé concernant toutes les dépenses en maladie, a ainsi permis, parce qu'il rendait inutile de nombreux contrôles manuels, de réduire les effectifs⁹⁸ et de réduire aussi considérablement les délais de remboursement des prestations pour les assurés :

« En termes de progrès, c'est incontestable, même pour l'assuré social. Dans le temps, vous pouviez attendre votre remboursement pendant un mois ou un mois et demi et passer en plus une demi-journée d'attente au centre de sécu. Lorsque j'ai pris mon premier poste de direction de circonscription administrative en 1996, ce qui représentait treize communes, il y avait déjà, à l'échelle d'une seule de ces communes, 40 000 dossiers en stock qui n'étaient pas traités, depuis des semaines et des semaines, sans parler du stock de tous les autres. Aujourd'hui, il n'en existe même pas 40 000 pour tous les assurés du département. Donc la marge de progrès est incontestable. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), juillet 2014]

⁹⁶ Philippe Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, vol. 126, n° 6, 2005, p. 26-37. Voir aussi le numéro consacré à la « Modernisation des entreprises publiques », *Sociétés contemporaines*, vol. 1, n° 97, 2015.

⁹⁷ Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'Assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, p. 34-41.

⁹⁸ « En 2009, en moyenne, 86% des demandes de remboursement étaient traitées sans papier, ce qui “a permis une économie de personnel d'environ 4 000 ETP entre 2005 et 2009” (Cour des comptes, 2011, p. 380). » Sacha Leduc et Jorge Muñoz, « Que nous apprend l'analyse du travail sur l'évolution de l'Assurance maladie ? », *Informations sociales*, vol. 189, n° 3, 2015, p. 55.

De même, à partir de 2007, le déploiement du site ameli.fr invite les assurés à créer leur espace personnel pour effectuer en ligne un éventail toujours plus large de requêtes, sans avoir à se déplacer dans les points d'accueil. Il représenterait aujourd'hui, avec plus de douze millions de visites mensuelles, « le premier point de contact entre l'Assurance Maladie et ses publics, avant même le téléphone et l'accueil physique⁹⁹ ». Quant au courrier postal, il bénéficie maintenant d'une adresse unique et se trouve numérisé dès son arrivée pour permettre ensuite une gestion de tous les documents reçus, distribués automatiquement par flux informatique dans les « corbeilles électroniques » des services concernés quelques heures après leur réception.

Mais cette dynamique de dématérialisation, simplifiant les relations administratives pour de nombreux usagers, peut également renforcer le non-recours aux droits et prestations pour d'autres :

« À l'usage, ces services en ligne se révèlent souvent hétéroclites, incomplets, non mis à jour et abscons tandis que, devant la complexité des procédures, nombre d'usagers renoncent à demander leurs droits. L'e-administration, contrairement à l'intention affichée jusque dans la loi, contribue à doubler la fracture sociale d'une fracture numérique¹⁰⁰. »

Dans l'un de ses derniers rapports publics, le Défenseur des droits remarque ainsi que la progression effective de l'équipement numérique en France ne dit rien des usages et des compétences des personnes qui l'utilisent : ainsi près de 20 % des usagers déclarent rencontrer des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes. Mais ce pourcentage est plus important encore dans le cas des jeunes entre 18 et 34 ans (qui ont plutôt de l'Internet un usage ludique), dans celui des personnes âgées, des ouvriers et des agriculteurs¹⁰¹. Il en est de même pour les patients de l'enquête du GISCOP93, qui sont majoritairement retraités et ouvriers et qui sont également confrontés à des situations complexes à résoudre, au croisement de la pathologie grave, de l'accès aux droits liés à la maladie et à ceux liés au droit à réparation. Ces nouvelles formes d'organisation modifient leurs relations avec la caisse et sont à l'origine de la plupart des soucis qu'ils rencontrent, jusqu'à les pousser à l'abandon de leurs démarches, coûteuses en temps, en énergie et en inquiétudes.

3.1.2. L'accueil sous la pression du chronomètre

Les réorganisations s'accompagnent de la réduction du nombre des points d'accueil physique, là où le contact direct est possible. En Seine-Saint-Denis, département de la petite couronne parisienne qui compte 1,5 million d'assurés au régime général, près des

⁹⁹ L'Assurance maladie, « Votre site ameli se refait une santé », 31 mai 2017, en ligne sur www.ameli.fr/paris/assure/actualites/votre-site-ameli-se-refait-une-sante [consulté le 3 décembre 2017].

¹⁰⁰ Geneviève Koubi, « Services en ligne et droits sociaux », *Informations sociales*, vol. 178, n° 4, 2013, p. 44-51.

¹⁰¹ Défenseur des droits, *Enquête sur l'accès aux droits. Relations des usagères et usagers avec les services publics : le risque du non-recours*, mars 2017, p. 10.

trois quarts des points d'accueil ont ainsi été fermés : sur soixante-dix¹⁰² au début des années 2000, il en subsiste aujourd'hui dix-huit quand le personnel est passé dans le même temps de 2 000 à 1 500 agents¹⁰³. Les modalités mêmes de l'accueil ont été transformées en vertu de la logique de management par objectifs introduite dans les caisses à partir du début des années 2000. Dans cette recherche d'indicateurs d'évaluation, le temps d'attente apparaît comme le principal item mesurable dans les centres d'accueil. Ainsi selon des normes nationales ne tenant pas compte des disparités territoriales et « indifférentes aux besoins des usagers¹⁰⁴ », les agents ne doivent pas dépasser les 3 mn lors du pré-accueil, où s'effectue le tri entre les demandes qui nécessitent un rendez-vous effectif et celles qui peuvent être renvoyées vers « l'offre libre-service » (Internet, téléphone ou bornes automatiques), 20 mn lors des accueils de « 2^e niveau » et 30 mn lors des rendez-vous organisés : le temps de leurs échanges se déroule sous le contrôle d'un logiciel qui active sur leur écran une « lumière rouge avec un petit gyrophare¹⁰⁵ » lorsqu'il dépasse la limite pour laquelle un score les concernant est établi. Pascal Martin analyse les différentes stratégies mises en œuvre par les agents pour respecter ou contourner ces objectifs difficiles à tenir dans un département qui cumule de nombreux indicateurs sociaux défavorables : relégation de la file d'attente à l'extérieur pour maintenir l'attente invisible, basculement sur le deuxième niveau pour gagner du temps, voire sur le troisième qui nécessite de revenir ultérieurement dans le cadre d'un rendez-vous. Par ailleurs, la formation au droit spécifique des AT-MP est portion congrue chez les agents d'accueil, dont la plus grande part de l'activité consiste à accueillir et orienter de potentiels bénéficiaires de la CMU¹⁰⁶.

Les réorganisations affectent également les modalités de l'échange téléphonique. Ainsi, depuis le début des années 2000, il n'est plus possible de joindre directement au téléphone les agents de la caisse : une plateforme téléphonique a été mise en place dotée d'un numéro unique, le 3646, dans l'objectif là encore de segmenter les demandes et surtout d'inviter les assurés à créer un espace sur le site AMELI « pour qu'ensuite ils n'appellent plus¹⁰⁷ ». De dix téléconseillers au départ, la plateforme en emploie sept fois plus en 2011, reflet de l'augmentation de son volume d'activité, le service social, le service médical et le service courriel étant désormais reliés à cette structure écran. Organisés par « plateau » ou « nid d'abeille », ces téléconseillers sont placés sous la responsabilité de superviseurs qui veillent au respect d'indicateurs, avant tout quantitatifs : ils doivent ainsi tenir un objectif de 75 à 80 appels par agent en moyenne

¹⁰² Il existait 46 centres d'Assurance maladie et 24 points d'accueil ponctuels.

¹⁰³ Source CPAM93. Voir aussi AFP, « Malgré la précarité, la Sécu ferme la moitié de ses accueils en Seine-Saint-Denis », 4 juin 2015.

¹⁰⁴ Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et... », art. cité, 2011.

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Responsable de la plateforme téléphonique, présentation du service organisée à l'adresse du service social de la CRAMIF, novembre 2011 [journal de terrain]. Toutes les citations et informations qui suivent sont issues, sauf mention contraire, de cette rencontre à laquelle j'ai pu participer.

par plateau – « on ne demande pas la même chose à un junior et à un senior » –, un taux de « décroché » de 90 % et ne pas dépasser 3'20" par appel. Il en est de même pour les réponses aux courriels dont 80 % doivent être réalisées dans les 48 heures. Sur l'ordinateur du superviseur, l'activité de chaque téléconseiller est visible en temps réel – connecté ou en pause, nombre d'appels par heure, temps de communication, ancienneté... – tout comme le score réalisé par l'équipe au regard des autres équipes. Quant à l'évaluation qualitative, elle s'effectue par l'écoute par les superviseurs « d'au moins deux communications par mois, au regard d'une grille d'écoute nationale, comme chez n'importe quel opérateur ». Des scores réalisés par les téléconseillers dépend l'attribution de primes d'intéressement.

Cette organisation calquée sur celle des plateformes téléphoniques commerciales est particulièrement inadaptée à l'exposé des situations complexes, notamment dans l'état de fragilité lié à la maladie grave et au deuil. Les propos du responsable de cette plateforme reflètent déjà l'inadaptation de cette offre aux besoins de la population du département :

« En Seine-Saint-Denis, la population est jeune et très équipée sur Internet, il y a beaucoup d'envois par courriel, c'est même le plus gros volume de mails d'Île-de-France. On pensait que le courriel allait faire diminuer l'accueil physique et téléphonique – on est d'ailleurs scorié sur le taux d'adhésion à *ameli.fr* –, mais non, ce ne sont pas les mêmes, ça n'a pas fait baisser le téléphone. On est en pic toute la journée, avec 43 appels en attente, un mauvais score. À chaque restructuration de la CPAM, on se prend tout dans la figure, on est le baromètre du *front office*. » [Journal de terrain, novembre 2011]

Le mauvais score qu'affiche cette plateforme traduit l'existence, en Seine-Saint-Denis, d'une demande forte de contact personnel de la part d'un grand nombre d'assurés qui persistent à privilégier l'échange oral à l'écrit. Si certaines requêtes peuvent être satisfaites relativement facilement sur *ameli.fr*, comme l'accès à des attestations ou des relevés d'indemnités journalières, il est très difficile d'exposer par écrit une situation qui ne parvient pas à se réduire à l'expression de questions précises, mais nécessite plusieurs échanges pour se préciser, sans compter les difficultés d'expression écrite, de maîtrise de la langue et de confrontation au langage administratif extrêmement spécifique. L'augmentation du nombre d'appels à chaque réorganisation de la caisse témoigne bien de la difficulté d'un grand nombre d'assurés à supporter la distance imposée par la dématérialisation.

À cette forte sollicitation des assurés se superpose une difficulté à stabiliser les équipes au sein de la plateforme téléphonique, sujettes à un fort *turn over*. Lors de la création de cette structure, la reconversion d'agents autrefois affectés à l'accueil physique était privilégiée dans la composition des équipes, au regard de leurs compétences en droit de la Sécurité sociale, mais les impératifs managériaux ont nécessité de réorienter les recrutements vers des salariés davantage compétents en téléphonie qu'en protection

sociale : « Ça marchait moins bien avec les agents en interne, ils venaient d'une autre culture, trop attachées au dossier papier¹⁰⁸. » Les exigences du travail sur la plateforme sont telles que les téléconseillers, dont la moyenne d'âge est de 35 ans, ne restent en moyenne pas plus de cinq ans à ce poste. « Parfois, au bout de deux ans, ils n'en peuvent plus. » Ce phénomène d'usure au travail des salariés des centres d'appel est identifié dans nombre d'enquêtes¹⁰⁹. Parce qu'ils doivent être « opérationnels » en six mois, leur formation est extrêmement rapide : « Les agents ne sont experts en rien mais ils doivent tout connaître puisqu'ils représentent le point d'entrée. » Ils ne sont donc la plupart du temps pas en mesure de répondre aux questions pointues et spécialisées liées au droit à réparation. Celles-ci ne représentent d'ailleurs qu'un pourcentage infime des motifs d'appel, pas plus de 2 % contre 18,5% pour les prestations en espèces par exemple, pas de quoi peser dans l'évaluation des téléconseillers¹¹⁰.

3.1.3. Des relations subordonnées aux impératifs techniques

Les échanges postaux peuvent quant à eux paradoxalement s'égarer et ne jamais parvenir à leurs destinataires depuis la mise en place d'un dispositif de dématérialisation des courriers entrants par un service dédié, chargé de « préparer les lots, numériser, typer, indexer ou coder¹¹¹ » tous les documents reçus à l'adresse unique pour qu'ils soient ensuite électroniquement distribués. Dans le cadre du dispositif d'intervention et dans le cas de courriers adressés à l'Assurance maladie par les patients de l'enquête du GISCOP93 ou par leurs proches, il a été possible d'observer à plusieurs reprises la « perte » de documents et notamment de certificats médicaux initiaux (CMI) en maladie professionnelle, pièces essentielles pour déclarer sa maladie. Inquiète de voir la situation se répéter, la responsable des partenariats au sein de la CPAM93 parvient à trouver une explication :

« Ces CMI ne nous sont pas parvenus parce qu'ils n'étaient pas rédigés sur le formulaire CERFA mais sur papier libre : le logiciel Diadème ne peut pas les reconnaître, ils sont envoyés à la corbeille générale. Et si personne ne pense à aller y jeter un coup d'œil de temps en temps, ils restent là sans être traités. C'est pareil pour tous les courriers écrits sur papier libre, lorsque les assurés ne précisent pas leur numéro de Sécurité sociale par exemple. » [Journal de terrain, janvier 2012]

Alors qu'aucun texte réglementaire n'oblige les médecins à rédiger leur certificat sur un formulaire CERFA, les contraintes techniques imposées par la nouvelle organisation

¹⁰⁸ Responsable de la plateforme téléphonique, présentation du service organisée à l'adresse du service social de la CRAMIF, novembre 2011 [journal de terrain].

¹⁰⁹ Stéphanie Boini and *al.*, « Relationships between organizational workplace characteristics and perceived workplace strain in call-centers in France », *American Journal of Industrial Medicine*, n° 56, novembre 2013, p. 1317-28. Denis Bérard, « Les CAT (centres d'appels téléphoniques) », *Études et documents*, Lyon, ANACT, 2000.

¹¹⁰ Responsable de la plateforme téléphonique, présentation du service organisée à l'adresse du service social de la CRAMIF, novembre 2011 [journal de terrain].

¹¹¹ Selon une offre d'emploi « agent administratif Fend » paru sur Handicap-Job.com.

dématérialisée font obstacle à la réception de ceux qui sont rédigés sur papier libre. Des envois peuvent être laissés en suspens dans un espace qui demeure rarement exploré par les agents déjà concentrés à gérer ce qu'ils reçoivent dans leurs « corbeilles » attitrées. Ces nouvelles contraintes techniques demeurent totalement ignorées par les assurés sociaux qui ne peuvent soupçonner l'impact de leur forme d'écriture et d'envoi sur les possibilités d'arrivée à bon port de leur dossier. En miroir, les précisions apportées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) aux demandeurs d'une indemnisation témoignent de l'extrême attention qu'il convient de porter à ses envois dans un contexte de dématérialisation. Intitulé « Modalité d'envoi de votre dossier », un onglet du site Internet du FIVA est totalement consacré à présenter la liste des consignes à respecter par les requérants dans leurs échanges postaux. Il est ici copié *in extenso* pour rendre compte de la puissance de ces nouvelles exigences :

- « - ne pas agraffer les documents, sous aucun prétexte. Préférer le cas échéant les trombones ;*
 - prêter attention au caractère lisible des documents photocopiés que vous nous adressez (faire particulièrement attention aux cartes nationales d'identité qui doivent être suffisamment claires) ;*
 - préférer dans la mesure du possible les formats standards A4 pour l'envoi des documents ;*
 - ne pas chercher à photocopier sur une seule page plusieurs documents (la carte d'identité et le RIB) ;*
 - ne pas nous adresser deux documents sur une feuille recto-verso (la carte d'identité au recto et le RIB au verso).*
- Cette mise en place d'une solution de numérisation est une étape nécessaire dans l'amélioration du service rendu par le FIVA. Nous vous saurions gré de faciliter sa réalisation pour une meilleure prise en charge de votre demande d'indemnisation¹¹². »*

À la lecture attentive de ces modalités d'envoi, il est possible de mesurer l'impact de la dématérialisation sur la normalisation et la standardisation des échanges. C'est désormais sur les requérants et leurs capacités à respecter strictement ces nouvelles prescriptions que repose « l'amélioration du service rendu ». Or, dans le cas des assurés de la CPAM, aucune information de cette nature ne leur est communiquée. Quant aux médecins, ils ne sont pas tenus par les textes de rédiger leur CMI sur le formulaire CERFA dédié et, au contraire, nombre d'entre eux considèrent le recours au papier libre comme l'occasion d'être plus précis dans leur description de la maladie et des expositions qu'ils soupçonnent. Par ailleurs, tous n'ont pas de liasses de formulaires CERFA à disposition. C'est par exemple le cas de deux services hospitaliers sur les trois qui participent à l'enquête du GISCOP93. Faute de maîtriser ces nouveaux codes qui demeurent implicites, les patients de l'enquête subissent les échecs répétés de leur correspondance sans les comprendre.

¹¹² Accessible sur www.fiva.fr/documents/Modalite_envoi_dossier.pdf [consulté le 3 juillet 2017].

3.1.4. L'inadaptation des courriers, corollaire de leur standardisation

En parallèle, l'envoi des courriers que la Caisse doit adresser aux assurés est externalisé à une société sous-traitante dont les agents ignorent la localisation géographique. Ces derniers n'ont qu'à effectuer une commande sur leur logiciel correspondant à telle ou telle séquence dans la procédure au nom de tel assuré pour qu'un modèle de courrier standardisé, issu de la « bibliothèque de courriers » élaborée à l'échelle nationale, soit ensuite expédié par cet opérateur à distance. L'activité des gestionnaires est ainsi allégée d'un nombre considérable d'envois postaux ; en retour, ils ne sont plus en mesure de vérifier que le courrier est effectivement parti ni son contenu exact. Certains dossiers de reconnaissance en cancer professionnel peuvent être portés avec succès devant le TASS parce que la CPAM93 n'était pas en mesure de présenter les accusés de réception faisant preuve d'un envoi postal en recommandé, faute que son prestataire extérieur, dont elle n'est pas le seul client, n'ait pu les lui transmettre.

La nouvelle organisation, qui s'appuie sur des procédures informatiques standardisées, accorde très peu de place à la singularité des situations et à tout ce qui relève des cas les plus en marge des normes adoptées. Il est ainsi assez fréquent que des agents en charge de la gestion des dossiers répondent à l'inquiétude ou aux interrogations des patients ayant reçu des demandes inadaptées à leur situation, de « ne pas en tenir compte » ou de « ne pas prêter attention à telle ou telle formulation », sans mesurer le caractère anxiogène de la situation pour des personnes attentives à se faire comprendre et à ne pas être prises en défaut. De même, la possibilité pour une Caisse de mettre en place un mode de gestion spécifique comme c'est le cas en Seine-Saint-Denis, dans le cadre du réseau partenarial, pour les assurés déclarant leur cancer en maladie professionnelle, ne peut se construire qu'en se superposant sur le système standard existant, quitte à créer des contextes complexes de chevauchement et peu compréhensibles pour les personnes concernées.

Ainsi, lorsque leur dossier de déclaration a bien été réceptionné à la CPAM93, les patients reçoivent un questionnaire à remplir sur leurs activités et sur leurs expositions. Ce formulaire commun à toutes les pathologies déclarées est particulièrement inadapté dans le cas de la pathologie cancéreuse qui survient au terme d'un long délai de latence¹¹³. C'est pour cette raison que les enquêteurs AT-MP de la Caisse se rendent au domicile des patients :

« Souvent, les assurés nous appellent en nous disant qu'ils ont reçu ce questionnaire et qu'ils ne savent pas le remplir. On leur dit de ne pas y répondre. On s'était mis d'accord avec les gestionnaires pour qu'ils ne l'envoient plus mais comme il y a mention de ce questionnaire dans le courrier qu'ils reçoivent [pour accuser réception de leur déclaration], les assurés

¹¹³ Lors d'une journée de formation organisée par le service social de la CRAMif en direction de ses agents, une assistante sociale témoigne que remplir ce questionnaire est très ardu, même pour elle : « J'ai mis une demi-journée pour le remplir avec l'assuré » [Journée de formation « amiante » organisée par le service social de la CRAMif avec l'ADDEVA93, Bobigny, 19 mai 2014].

s'inquiétaient de ne pas l'avoir. Alors on le met, mais on leur explique ensuite que ce n'est pas la peine de le remplir, que c'est les applicatifs qui sont comme ça... » [M. Fouchet, enquêteur AT-MP, rencontre CPAM93, janvier 2013]

Cet écart entre les textes reçus et les pratiques effectives de la Caisse contribuent à insécuriser fortement les requérants, dans la peur de commettre un faux pas. Les informations qu'ils reçoivent sont déjà difficiles à comprendre qu'en plus il leur est dit de ne pas en tenir compte.

3.1.5. Mise à distance de l'assuré et perte de sens du travail des agents

En modifiant considérablement l'activité des gestionnaires, la gestion dématérialisée des dossiers les met également à distance des enjeux relatifs au contenu de chaque dossier et à ce qu'ils représentent pour les assurés concernés. De l'avis de l'ancienne responsable du secteur Risques professionnels, les gestionnaires peuvent en oublier que « derrière un dossier ou un numéro de Sécurité sociale se trouve un assuré et sa famille » :

« L'informatisation et la dématérialisation ont pu être des outils de progrès. Mais cela a sans doute été trop vite, on a fait évoluer nos personnels au pas de course et les finalités de notre activité sont parfois oubliées. [...] Il a fallu monter des outils, créer des modes opératoires, faire des formations à outrance [...]. C'est malheureux à dire, mais je fais le constat que beaucoup d'agents se transforment en ordinateurs. Or, surtout dans le domaine des AT-MP, il y a besoin de cerveaux humains, il y a toujours une part d'appréciation à avoir. » [Entretien Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2015]

L'informatisation n'est pas en elle-même à l'origine de cette transformation des finalités de l'activité, mais elle y contribue par son couplage avec des objectifs de productivité. Au terme d'une enquête menée par observation et entretiens dans les services de gestion des accidents du travail de trois caisses différentes, Jorge Muñoz montre ainsi comment les gestionnaires ont pu eux-mêmes se sentir, avec l'informatisation, « dépossédés » de leur activité d'analyse des faits pour respecter leurs indicateurs, atteindre leurs objectifs et réaliser leurs scores :

« L'application Orphée en structurant l'activité à partir d'un plan type et d'un échéancier, contraint les techniciens à suivre de manière presque mécanique les propositions de l'application d'autant plus systématiquement que les consignes des responsables des services (objectifs chiffrés) sont affichées et régulièrement rappelées. [...] Une expression revient dans les propos recueillis : "On ne prend plus en charge, on saisit"¹¹⁴. »

Comme en rend compte l'analyse de certains dossiers d'instruction des patients du GISCOP93, les gestionnaires, attentifs à satisfaire les échéances prévues par le logiciel –

¹¹⁴ Jorge Muñoz, « La dématérialisation du travail au sein de l'Assurance maladie : nouvelle épreuve ou nouvel avatar de la rationalisation du travail administratif ? », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'Assurance...*, ouvr. cité, 2015, p. 109.

comme « sous dépendance¹¹⁵ » – mettent parfois en œuvre des pratiques d'ajustement et de bricolage pour s'affranchir des délais réglementaires qui pourraient « gripper » la procédure informatique : un patient peut ainsi recevoir des courriers l'informant d'étapes non encore accomplies, comme l'information selon laquelle son dossier est transmis au CRRMP alors que l'enquête au sein de la Caisse est encore en cours ou que le médecin du travail n'a pas encore transmis son rapport.

On a vu qu'en adressant son dossier de déclaration en maladie professionnelle à la caisse, le salarié ou ancien salarié atteint d'un cancer ou ses proches peut buter, avant même l'instruction de son dossier, sur une série d'obstacles organisationnels et techniques pouvant compromettre son accès au droit. Ses sollicitations, parce qu'elles sortent des procédures les plus courantes et échappent à toute standardisation, peuvent rester sans réponses ou souffrir d'erreurs d'orientations.

3.2. La Caisse face aux tableaux : un espace d'interprétation

Si l'élaboration par la CNAMTS d'une charte des accidents du travail et des maladies professionnelles de près de 300 pages a été rendue nécessaire, c'est que l'application du droit à réparation des maladies professionnelles s'avère extrêmement complexe. D'une part, elle dépend tout d'abord d'une législation et d'une réglementation très mouvantes : le contenu des tableaux n'est pas fixé une fois pour toutes et, sous la pression d'un important contentieux dont les pages suivantes rendront compte, des changements interviennent très souvent dans les modalités d'application du droit à réparation, précisées par décret ou par circulaires. D'autre part, cette application repose sur une diversité d'acteurs et dépend de leurs moyens respectifs et de leur coordination.

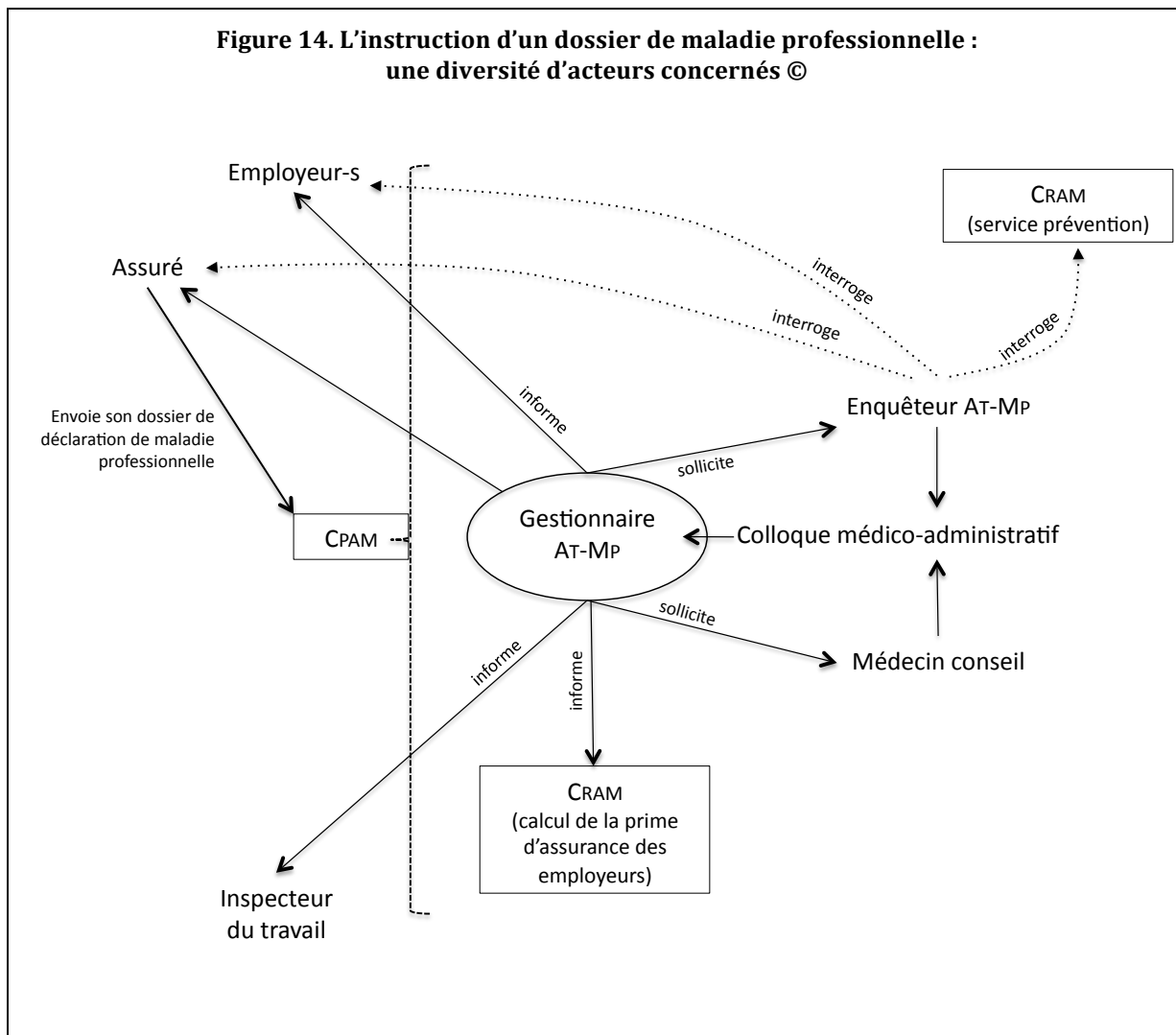
Quand un assuré fait parvenir son dossier de déclaration en maladie professionnelle à la CPAM à laquelle il est affilié, il est pris en charge, comme l'illustre la figure ci-dessous (qui sera explicitée au fur et à mesure de ce chapitre), par un agent « gestionnaire », plus ou moins spécialisé selon les Caisses, qui joue un rôle de coordination entre les différents acteurs concernés. Cet agent doit d'abord l'enregistrer dans l'applicatif dédié – Orphée – et en adresser immédiatement une copie à l'échelon régional (pour le service en charge de la tarification), une autre à l'inspection du travail. Il doit également en adresser une autre au dernier employeur ayant exposé l'assuré, c'est-à-dire en pratique au dernier employeur¹¹⁶. Le gestionnaire doit également dans le même temps transmettre une demande d'enquête médicale au service médical des médecins-conseils et une demande d'enquête administrative au service des enquêteurs AT-Mp¹¹⁷. La maladie ne peut être

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ Le respect du principe contradictoire oblige la Caisse à informer l'employeur dès réception de la déclaration en maladie professionnelle. Or, à cette étape, il n'est le plus souvent pas possible de déterminer qui est l'employeur exposant.

¹¹⁷ Je fais le choix dans cette partie de privilégier le terme d'enquêteur plutôt que celui d'inspecteur, afin d'éviter la confusion avec les inspecteurs du travail. En pratique, les deux termes sont utilisés, selon les Caisses.

reconnue qu'à condition de satisfaire tant aux critères dits administratifs (réalité et durée de l'exposition, travaux figurant sur la liste indicative ou limitative, délai de prise en charge) qu'aux critères médicaux.



L'instruction des dossiers se déroule par ailleurs selon le principe dit du contradictoire, qui suppose la prise en compte des éléments apportés, d'une part, par le salarié ou ancien salarié et, d'autre part, par l'employeur concerné. Pour ces deux parties, il est en principe garanti le même accès aux informations contenues dans le dossier et le même droit à contester les décisions. Au final, comme le résume un ancien ingénieur-conseil en prévention :

« Une déclaration de maladie professionnelle sans aucune difficulté va intéresser au minimum quinze personnes dépendant de quatre organismes différents, c'est-à-dire distincts géographiquement, disposant d'une relative autonomie de gestion ainsi que d'une indépendance politique en matière de décision et d'organisation lié à des conseils d'administration spécifiques. Ces organismes sont la Caisse primaire dont dépend le salarié, la

Caisse régionale dont dépend l'entreprise, la Caisse nationale au travers de son échelon local du service médical et, en dernier lieu, l'URSSAF locale qui collectera les cotisations de l'entreprise¹¹⁸. »

L'application du droit à réparation et la mise en œuvre de la charte des accidents du travail et des maladies professionnelles sont donc pleinement dépendantes de la formation et de la compétence des acteurs concernés et de leur coordination. Elles reposent sur l'attention portée par la caisse sur ce volet de l'activité – marginal, comme on l'a vu, au regard de l'Assurance maladie – sur les moyens alloués, sur les formes d'organisation mises en place, sur les motivations personnelles et collectives, le tout saisi dans la contrainte des six mois de délai réglementaire.

À partir de l'analyse des dossiers des patients, des rencontres régulières avec les agents du service Risques professionnels de la caisse et des entretiens menés à l'occasion de cette recherche avec les enquêteurs AT-MP, il est possible de préciser l'impact des conditions d'instruction sur l'aboutissement des dossiers de maladies professionnelles. On observera tout d'abord la difficile rencontre entre les exigences médicales et administratives puis les caractéristiques de l'enquête administrative, illustrées autour des dossiers de cancers professionnels issus du dispositif d'enquête du GISCOP93.

3.2.1. L'articulation médico-administrative : une réalisation compliquée

L'articulation entre les volets administratif et médical de l'enquête est l'un des traits caractéristiques de la définition des maladies professionnelles, une catégorie hybride reposant sur des critères de nature différente. Elle est fortement promue par la Charte qui préconise la réalisation *systématique* et *précoce* de concertations entre les services concernés, sous le nom de « colloques médico-administratifs ». Ceux-ci peuvent prendre la forme d'une rencontre physique ou, « lorsque les entités sont géographiquement éloignées, [...] de contacts téléphoniques, de courriels » et se concrétisent par une fiche figurant dans le dossier d'instruction, « support de leur analyse partagée¹¹⁹ ». Du premier colloque dépend l'orientation de l'instruction du dossier. Au vu des pièces fournies, se résumant le plus souvent au formulaire de déclaration et au certificat médical en maladie professionnelle, le médecin-conseil confirme ou choisit un numéro de tableau ou préconise une orientation « hors tableau » vers le CRRMP. Dans le premier cas, l'enquêteur AT-MP recherche si l'assuré a effectivement été exposé à l'agent concerné par ce tableau, dans le second cas il explore à quels agents l'assuré a pu être exposé. La décision prise à cette étape peut donc être déterminante dans l'aboutissement des dossiers et conditionner notamment des refus de reconnaissance.

¹¹⁸ Jean-Claude Bodard, *Maladies professionnelles/Accidents du travail. Traitement des dossiers : éloge de la simplicité*, septembre 1998 [Archives privées].

¹¹⁹ L'Assurance maladie risques professionnels, Charte AT-MP, fiche « Colloque médico-administratif en MP », mise à jour juin 2014 [Document interne CNAMTS].

M. Renou, par exemple, se voit refuser sa reconnaissance en maladie professionnelle au motif que « les conditions médicales ne sont pas réunies ». Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire diagnostiqué à l'âge de 60 ans, il a été exposé, selon le collectif d'experts du GISCOP93 qui a examiné son parcours professionnel, à plusieurs cancérogènes : peintre en bâtiment durant toute sa carrière, de 1963 à 2004, en intérieur comme en extérieur, il a notamment été au contact du chrome hexavalent et du plomb présents dans les peintures utilisées, de l'amiante et de la silice au cours de ses activités de ponçage et de rénovation des surfaces, des solvants chlorés, du benzène¹²⁰... L'analyse rétrospective des pièces de son dossier au cours d'une rencontre au sein de la Caisse révèle que l'enquête administrative qui aurait permis d'établir ces expositions n'a pas eu lieu, sur décision du médecin-conseil, « la maladie ne figurant pas au tableau ». Celui-ci avait en effet décidé de s'appuyer sur le tableau 1, concernant le plomb, un agent toxique que le médecin ayant rédigé le CMI avait cru bon de mentionner, à côté de son activité de peintre. Or, sur ce tableau effectivement, la pathologie « cancer broncho-pulmonaire » n'est pas inscrite. Elle l'est en revanche sur treize autres tableaux, mais le médecin-conseil, faute d'y avoir prêté attention, a mis un terme à toute possibilité de reconnaissance de l'origine professionnelle du cancer de M. Renou.

Dans le cas de M. Saladin, décédé à 57 ans d'un cancer broncho-pulmonaire, un refus de reconnaissance parvient à son épouse dans les cinq mois suivant la déclaration au motif que sa maladie « ne correspond pas à la législation sur les Risques professionnels ». Le collectif d'experts du GISCOP93 a pourtant estimé que M. Saladin, chauffeur-livreur durant 15 ans, avait pu être exposé aux gaz d'échappement diesel parce qu'il chargeait et déchargeait son camion, moteur allumé, dans un espace confiné. Son dossier devait donc être instruit « hors tableau » et transmis au CRRMP. L'examen ultérieur de son dossier révèle qu'une enquête administrative a bien été réalisée mais qu'elle visait à rechercher une exposition à... l'amiante, exposition qui n'a pas été trouvée. Lors d'une rencontre du GISCOP93 avec le secteur Risques professionnels, un gestionnaire commente : « Nous voulions l'instruire en hors-tableau mais c'est le médecin-conseil qui a décidé que c'était un tableau 30 bis » [gestionnaire AT-MP, rencontre CPAM93, janvier 2013].

Le médecin-conseil joue donc un rôle le plus souvent déterminant dans l'aboutissement des dossiers de maladie professionnelle. D'une part, il ouvre ou ferme la possibilité d'une enquête sur les expositions, comme dans le cas de M. Renou. D'autre part, il oriente l'enquête administrative par le choix d'un tableau : l'enquêteur est alors invité à rechercher l'agent concerné par ce tableau et pas un autre, comme dans le cas de M. Saladin ; les formulaires de l'enquête administrative font d'ailleurs apparaître la mention « exposition au risque » au singulier. Se révèlent à cet endroit des motifs de

¹²⁰ Note de CMI pour M. Renou, octobre 2007 [Archives GISCOP93].

non-reconnaissance liés non pas au fond des dossiers (la réalité de la maladie et des expositions) mais au pouvoir des médecins-conseils et à leur interprétation de leur mission et de leur rôle dans le système de réparation.

Le droit à réparation leur confie en effet un rôle pivot à toutes les étapes de l'instruction, et tous les médecins-conseils ne s'en emparent pas de la même façon. Marie-France Oreste, ancienne responsable du pôle de référence sur les maladies professionnelles au sein de la CPAM93, se souvient par exemple du binôme qu'elle formait au milieu des années 2000 avec un médecin-conseil spécialisé en maladie professionnelle à l'échelle régionale. Elle évoque le cas d'un salarié atteint d'une maladie de la peau dont le dossier risquait de ne pas aboutir à une reconnaissance, l'enquête administrative concernant ses expositions n'ayant pas été concluante :

« Il travaillait dans les pneus des Fenwik© et, pour qu'ils soient durs et souples en même temps, il les remplissait avec un liquide très toxique. Quand il les maniait avec un espèce de jet, il portait deux combinaisons, trois paires de gants et, malgré tout, il est sorti avec des ganglions partout, sur les mains. Quand le docteur M a regardé le dossier, elle m'a dit "j'ai un problème, l'étiquette du produit que l'enquêteur AT a récupéré dans l'entreprise ne correspond pas au produit utilisé. Je suis sûre qu'il y a tel et tel composant sinon ce monsieur n'aurait pas ces réactions". Il faut effectivement se méfier, les fiches techniques ne sont pas toutes à jour. Elle m'a suggéré d'appeler l'ingénieur du service de prévention pour qu'il puisse obtenir la fiche de données de sécurité de ce produit mais cet ingénieur a obtenu exactement la même. On était à quelques jours de statuer, ça se jouait au cordeau, et le docteur M. avait l'air sûre d'elle, elle me disait "ça m'embête de faire un refus alors que..." J'ai rappelé l'ingénieur et j'ai insisté pour qu'il cherche encore en lui précisant que le docteur M. était formelle. Il résistait un peu, il a finalement appelé en Angleterre chez le fabricant et banco, il y avait bien ce produit dans la fiche technique du fabricant. » [Entretien avec Mme Oreste (retraîtée), mars 2015]

La docteur M. est un médecin-conseil spécialisée sur le droit de la réparation des maladies professionnelles qui s'est forgée des connaissances sur les expositions en milieu de travail au fil de son expérience et de ses contacts répétés avec le service prévention de la CRAMIF¹²¹. Elle n'ignore pas dans quel contexte de rapport de force se construit la connaissance sur ces expositions ni que les documents fournis par l'employeur ne retraduisent pas toujours la réalité. Elle prend son rôle d'investigation à cœur, dans un contexte où la direction des Risques professionnels, à l'échelle nationale, impulse une nouvelle dynamique dans l'instruction des dossiers de maladie professionnelle autour de la charte AT-MP.

D'autres médecins-conseils peuvent donner à leur mission une tout autre interprétation. M. Le Corre, ancien enquêteur AT-MP à la CPAM 93 rend compte des difficultés qu'il a pu rencontrer dans ce travail commun avec des médecins-conseils :

« C'est parfois compliqué chez nous, à l'intérieur de l'Assurance maladie. Il y a des problèmes de corps, avec des visions qui s'opposent et parfois des relations difficiles. Il y a des médecins-

¹²¹ Exception régionale, il a existé jusqu'en 2010 en Île-de-France un échelon médical régional spécialisé dans les maladies professionnelles.

conseils qui ne parlent pas ou qui ont du mal à parler aux administratifs. Certains sont très bourrus. Au départ, quand vous êtes face au médecin [conseil], il est dans une relation de dominant. Beaucoup ont une interprétation restrictive de la loi. On a pu avoir du mal à faire respecter que le doute devait profiter à l'assuré, ce qui est la vision défendue par notre directeur. » [Entretien avec M. Le Corre, ancien enquêteur, août 2015]

Le témoignage de cet ancien enquêteur AT-MP montre à quelles difficultés se heurte la coordination entre le volet médical et administratif au cœur de l'instruction des dossiers. Elle exige la rencontre entre des acteurs qui ne se situent pas dans les mêmes logiques et positions sociales. Cette distinction est renforcée par l'appartenance à deux lignes hiérarchiques différentes. Les médecins-conseils, s'ils sont attachés à la CPAM, dépendent directement du service médical national à la CNAMTS, organisme public. Les gestionnaires (qui portent la responsabilité des modalités et des délais de l'instruction) et les enquêteurs (qui conduisent l'enquête sur les critères d'expositions aux agents nocifs), sont quant à eux salariés de la CPAM, organisme de statut privé. À ces deux lignes hiérarchiques distinctes sont attachées des priorités et des cultures différentes. Ainsi, si les gestionnaires et les enquêteurs sont aujourd'hui le plus souvent spécialisés dans la gestion des AT-MP, ce n'est pas toujours le cas des médecins-conseils qui travaillent pour l'Assurance maladie. Jonglant d'un univers à l'autre, ils sont confrontés à des impératifs et des logiques antagoniques. Dans un cas, la question de la maîtrise des coûts conditionne leur rôle, très marqué par le contrôle des prestations maladie et des arrêts de travail. Dans l'autre, il s'agit plutôt d'identifier si la maladie a une origine professionnelle pour que ces coûts soient imputés à l'employeur et que la victime soit indemnisée. Selon leur formation, leur expérience, leurs habitudes mais aussi leur conviction personnelle, les médecins-conseils n'auront pas tous le même comportement face à un même dossier de maladie professionnelle. L'application du droit leur laisse un espace d'appréciation qui peut être à l'origine de la disparité dans les taux de reconnaissance.

En pratique, l'articulation entre les deux volets – administratif et médical – diffère selon les Caisses et les organisations mises en place, qui favorisent plus ou moins la proximité entre les secteurs administratif et médical et leurs échanges. En Seine-Saint-Denis, la création en 2011 d'un pôle spécialisé maladies professionnelles intégrant le service médical et celui des enquêteurs AT-MP permet une plus grande coordination entre ces différents acteurs et renforce la compétence des uns et des autres. Elle favorise également l'instauration entre eux d'un climat de confiance et, partant, une plus grande ouverture dans la réalisation de l'enquête administrative à la charge des enquêteurs. Ainsi, M. Marin, enquêteur depuis plus de dix ans, s'autorise à ne pas toujours respecter à la lettre les orientations qu'on lui donne pour son enquête :

« Moi, quand j'ai une demande d'enquête sur le tableau 30, je vais bien sûr chercher l'amiante mais, si je n'en vois pas assez ou pas du tout, je vais aussi regarder autre chose. Mais ce n'est pas ce qu'on nous demande et donc ça dépend beaucoup des enquêteurs. Dernièrement, j'ai vu

le [médecin-conseil], je lui ai dit d'arrêter de mentionner un tableau : "Quand vous ne savez pas ce que c'est, mettez hors tableau et on fera l'enquête la plus large possible. C'est toujours mieux de réorienter un CMI hors tableau vers un tableau que l'inverse." » [Entretien avec M. Marin, enquêteur AT-MP, septembre 2015]

En procédant ainsi, M. Marin maintient ouverte l'éventualité de découvrir d'autres expositions au cours son enquête que celle qui a été soupçonnée au départ. Dans le cas des dossiers des patients du GISCOP93 dont on a vu qu'ils avaient été pour la plupart exposés à plusieurs cancérogènes, cette attitude joue davantage en faveur d'une possible reconnaissance. Mais elle ne correspond pas aux termes de la procédure telle qu'elle est définie et précisée par de nombreuses circulaires. Dans ce contexte, la possibilité d'une enquête et sa qualité dépendent donc des conditions structurelles de rencontre entre les secteurs administratifs et médicaux, des choix et des possibilités des caisses et aussi des motivations individuelles et collectives des acteurs concernés.

L'instruction des dossiers au cœur de logiques différentes selon les acteurs concernés :

l'exemple du certificat médical initial en maladie professionnelle

Dans les textes réglementaires, aucune mention ne précise si le CMI doit ou non mentionner les cancérogènes soupçonnés ou le numéro du tableau. L'attitude des médecins qui rédigent les CMI est très différente d'un médecin praticien à l'autre, et le plus souvent imprécise au regard de leurs faibles connaissances sur le droit à réparation et les tableaux de maladie professionnelle.

Au sein même de la Caisse, les avis diffèrent selon les interlocuteurs et leur place au sein de l'institution.

Ainsi, selon un agent gestionnaire, « les médecins ne doivent pas mentionner de tableau, c'est au médecin-conseil de décider » [réunion octobre 2012]. Selon le médecin-conseil, il est au contraire préférable d'avoir une indication de tableau sur le CMI : « Quand le CMI n'indique aucun tableau, c'est une difficulté. Il y a quelque chose d'un peu curieux dans cette démarche, c'est que nous devons prendre position en fonction des orientations de l'enquête [administrative] et que l'enquête ne peut démarrer sans que je n'aie donné mon avis. C'est en quelque sorte un cercle vicieux. Avec l'expérience, on se dit que l'assuré, selon les travaux mentionnés sur sa déclaration doit sans doute avoir été exposé à ça ou ça et la Caisse nous donne le résultat de son enquête ensuite. Quand il y a mention d'un tableau, on reste sur cette piste là. » [réunion janvier 2013] Enfin, selon le responsable adjoint du service contentieux, il faudrait plutôt n'indiquer aucun tableau sur les CMI parce que dans le cas contraire, « il faut orienter l'enquête dans cette direction et ne plus rien changer. Sinon, en cas de prise en charge sur un autre tableau, c'est prétexte à contentieux, l'employeur peut s'en saisir pour que la prise en charge ne lui soit pas imputée » [réunion janvier 2013].

3.2.2. L'enquête administrative : un cadre d'interprétation mouvant

Pour statuer sur le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, la réalisation d'une enquête dite administrative n'est pas toujours nécessaire. De nombreuses décisions se prennent au terme de simples échanges téléphoniques ou de la réception des réponses au questionnaire. Jusqu'au début de l'année 2017, la Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles signalait qu'il était « essentiel de la diligenter

dans tous les dossiers de maladie professionnelle [même si] sa réalisation génère un coût non négligeable¹²² ».

3.2.2.1. Une fonction particulière au sein des Caisses

La réalisation des enquêtes administratives est confiée à des agents assermentés par la justice et agréés par la CNAMTS, au terme d'une formation d'une vingtaine de jours (répartie sur cinq mois), mise en place à l'échelle nationale à partir de 2003. Ce n'est qu'en 2010-11 qu'une trame nationale de rapport d'enquête est publiée, invitant les enquêteurs AT-MP à présenter une *synthèse de l'enquête* ainsi que la *chronologie des démarches*, la *liste des pièces jointes* et la *reconstitution de la carrière* (dans le cas des maladies à effet différé) basée sur des pièces justificatives avec en regard les expositions identifiées :

« Avant, chacun faisait des rapports d'enquête à sa sauce, certains à la main, d'autres tapés, parfois par des secrétaires, il n'y avait pas de format type, pas d'harmonisation des pratiques. »
[Entretien avec M. Saunier, enquêteur AT-MP, juillet 2014]

En dépit de la construction de ce cadre national, le métier d'enquêteur AT-MP demeure très différent selon les caisses, tout comme le montant de sa rémunération : ces enquêteurs AT-MP sont, selon les lieux, rattachés au grade d'employés ou de cadres et comptent entre eux jusqu'à quatre échelons d'écart¹²³. Il existe en Seine-Saint-Denis une équipe d'enquêteurs dédiée à la réalisation des enquêtes administratives pour les accidents du travail mortels et toutes les maladies professionnelles. D'autres caisses comportent des personnels qui sont tout à la fois gestionnaires et enquêteurs ou encore enquêteurs et inspecteurs du contentieux, voir correspondants employeur¹²⁴, c'est-à-dire aptes à assumer une pluralité de métiers aux logiques parfois très différentes, comme en rend compte la responsable du secteur des Risques professionnels à la CPAM93 :

« Au départ, il était bien écrit dans la charte qu'il fallait une équipe d'enquêteurs dédiés à la gestion des AT-MP dans chaque caisse. Mais la précédente COG commençait à dire que ce n'était pas incompatible d'avoir une équipe d'enquêteurs qui fassent à la fois du contentieux et de la gestion du risque professionnel et c'est le cas dans certaines caisses. Ce sont des inspecteurs du contentieux qui réalisent les enquêtes. Le souci, c'est qu'ils ont plus la casquette fraude que la casquette accompagnement, ils envisagent l'instruction comme juriste et pas d'un point de vue social. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2015]

¹²² L'Assurance maladie risques professionnels, Charte AT-MP, fiche « enquête administrative en AT-MP », mise à jour de septembre 2006 [document interne CNAMTS].

¹²³ Union nationale des caisses de Sécurité sociale, *Instance nationale de concertation At-MP du 20 avril 2017*, accessible sur http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceRessourcesHumaines/pdf/INC/2017/Proces_verbaux/170420_PV_INC_ATMP.pdf [consulté le 25 novembre 2017].

¹²⁴ Le correspondant employeur est un agent de la CPAM spécialement chargé d'être l'interface avec les employeurs.

La qualité et l'orientation des enquêtes peuvent donc être très différentes d'une caisse à l'autre. Mais il peut également en être de même d'un enquêteur à l'autre, d'autant plus qu'ils n'auront pas suivi leur formation au même moment.

La formation des enquêteurs : en évolution permanente

La formation des enquêteurs s'organisait jusqu'en 2015 sous la forme d'un module d'une semaine à suivre par mois, durant six mois, dans le cadre d'un groupe d'une quinzaine de postulants issus des différentes caisses. Elle repose depuis sur un format réduit et plusieurs séquences en e-learning¹²⁵. La formation comprend d'abord un socle théorique : il s'agit de revenir sur la législation AT-MP et son application, de la gestion d'une déclaration jusqu'à l'indemnisation et la tarification de l'employeur. Selon les années, des séquences sont plus particulièrement consacrées à l'examen de la réglementation concernant l'amiante, les risques chimiques, les TMS ou les RPS, à la conduite des investigations et au rôle des autres acteurs concernés (médecins-conseils, ingénieurs de prévention, médecins du travail...).

Un second module est consacré à la mise en pratique. Il revient sur la méthodologie de l'enquête, les droits et obligations de l'enquêteur : « Ce qu'on nous apprend en premier, c'est la neutralité, on ne doit pas prendre parti, ni pour l'assuré ni pour l'employeur. On doit rester neutre. On est là pour recueillir des éléments mais on n'est pas là pour juger. » [M. Fouchet]. Il se déroule pour une part sous la forme de jeux de rôle pour former les futurs enquêteurs à la conduite d'entretien : « On fait des jeux de rôle : il y a celui qui joue l'enquêteur et celui qui joue l'assuré ou l'employeur. On se met en condition avec différents types d'assuré, face à une pathologie grave ou un accident du travail bénin, pour voir comment se comporter avec différents publics. » [M. Fouchet] Il s'agit surtout de travailler sur les techniques de conduite d'entretien et d'argumentation. « Il y en avait qui jouait l'employeur agressif ou perdu ou l'assuré dépressif ou agressif. C'est tout nouveau et c'était sur un seul module, ça ne représente pas beaucoup. » [M. Saunier]

Parce qu'ils l'ont suivie à des périodes différentes, les enquêteurs AT-MP de la CPAM93 n'ont pas tous bénéficié du même contenu dans leur formation. Le thème des RPS par exemple se développe de plus en plus. De même, il n'existe pas jusqu'à présent de formation continue. Dans un même service peuvent alors coexister des pratiques d'enquête différentes selon les années de formation des uns et des autres. « On donne une formation aux enquêteurs, mais ensuite, il n'y a plus de suivi, plus de piqûres de rappel. Or, tout s'érousse et il existe des bonnes et mauvaises pratiques. » [M. Le Corre]

Au sein de la CPAM93, cinq enquêteurs sont dédiés au secteur AT-MP¹²⁶. Le plus ancien d'entre eux a près de quinze ans d'ancienneté à son poste et le plus récent a rejoint l'équipe en 2011. Tous ont d'abord exercé comme gestionnaires AT-MP au sein de la caisse, à l'exception d'un seul issu du contrôle de gestion, avant de postuler pour devenir enquêteur AT-MP, le premier niveau de cadre dans la hiérarchie de la caisse : « En fait, c'est le volet suivant. On attend que quelqu'un s'en aille et on postule », selon M. Güney. Le recrutement se réalise en interne suite à une vacance de poste, au terme d'entretiens avec l'encadrement.

Leurs motivations pour ce poste sont multiples, tout comme leurs trajectoires. M. Marin par exemple est entré à la Sécu avec le niveau bac, en 1977, et ne connaissait pas l'institution avant de la rejoindre : ses parents, paysans, cotisaient à la Mutualité sociale

¹²⁵ Voir par exemple le contenu de la formation proposé par le centre de formation et d'accompagnement du régime général de la Sécurité sociale, accessible sur <https://institutquatredix.fr/catalogue/co/CN21D08.html> [consulté le 10 décembre 2017].

¹²⁶ Soit l'équivalent de quatre temps plein, deux d'entre eux ayant des activités syndicales ou de formation.

agricole. Après avoir accompli ses classes comme technicien maladie, il a bifurqué vers la gestion des AT-MP parce que « c'était plus attractif que de taper une consultation et des vignettes de pharmacie » : « C'est une législation à part, on est obligé de faire travailler sa tête et on a l'impression de servir à quelque chose. » M. Fouchet, lui, a rejoint l'institution en 1997 au terme d'un BTS commercial et, s'il est devenu enquêteur, c'est pour « accéder à un poste d'encadrement » : « C'est une évolution de carrière et, en restant dans le même secteur, je conforte et j'optimise mes compétences en Risques professionnels. » M. Saunier avait quant à lui un master en biologie et souhaitait « évoluer en matière professionnelle », après avoir été gestionnaire AT-MP durant quelques années.

Quelles que soient leurs motivations de départ, ils ne quittent en général plus leur poste une fois devenus enquêteurs, vu l'intérêt que celui-ci représente pour eux. En premier lieu, tous disent apprécier l'« autonomie » que ce métier leur procure et le fait d'avoir « chacun nos dossiers à gérer ». C'est aussi l'occasion de « découvrir plein d'univers de travail différents », du salon de coiffure au travail à l'industrie, et d'être en contact avec une diversité de personnes : les assurés, les médecins-conseils, les employeurs, les préventeurs, les familles, les ingénieurs prévention... Pour certains, les plus anciens, c'est la dimension sociale qui prime quand pour d'autres, c'est la dimension investigation, « un peu comme un inspecteur de police ».

En Seine-Saint-Denis, l'enquêteur AT-MP semble se caractériser jusqu'à présent par son engagement dans le travail d'investigation. Dernier à avoir rejoint l'équipe, en 2011, M. Güney exprime ainsi ce qui diffère, dans son positionnement, avec ses collègues des autres Caisses, rencontrés lors de sa formation :

« Nous, on ne se contente pas d'entendre la victime et l'employeur, on cherche aussi par nous-mêmes pour savoir si la personne a été exposée. On nous dit ici, pour le moment, que le doute doit profiter à l'assuré. Ce n'est pas le cas partout. Il y a beaucoup d'endroits où l'enquêteur ne doit pas donner son avis, il ramène juste les pièces et les propos des uns et des autres. »
[Entretien avec M. Güney, enquêteur AT-MP, novembre 2013]

Les dernières orientations données par les COG et les circulaires internes à la CNAMTS s'attachent toutefois à restreindre la réalisation des enquêtes administratives. Une lettre-réseau¹²⁷ (LR) portant sur « l'organisation des investigations en CPAM et le rôle des agents assermentés », diffusée début 2017, préconise le recours à ces enquêtes dans le seul cas des maladies hors tableaux et invite à recourir au questionnaire pour toutes les maladies inscrites aux tableaux :

« La charge des agents assermentés sera allégée puisque les missions seront plus sérieuses, avec des questions plus précises, des réponses plus courtes et des démarches moins nombreuses. Ainsi,

¹²⁷ La CNAMTS, à l'instar des autres branches de la Sécurité sociale, diffuse en interne ses prescriptions réglementaires par l'intermédiaire de « circulaires » et de « lettres-réseau ».

l'enquêteur répond à des questions précises du gestionnaire ou du colloque portant sur des points essentiels¹²⁸. »

Considérant que « la ressource enquêteur est rare et doit être déployée sur les dossiers les plus importants¹²⁹ », la circulaire renforce dans le même sens le rôle des gestionnaires, dans une volonté de rationaliser et de réduire le temps de gestion des dossiers, et restreint les possibilités d'investigation.

3.2.2.2. *Un travail au croisement de plusieurs injonctions*

Chaque enquêteur a une moyenne de 600 à 700 dossiers par an à traiter¹³⁰. Mais cette quantité ne peut, à elle, seule, rendre compte de l'ampleur de leur activité. Celle-ci se décline en effet très différemment selon les pathologies et selon les dossiers :

« On parle davantage en temps de gestion qu'en quantité. Il y a des dossiers redondants comme les allergies chez les coiffeurs par exemple, il suffit presque de changer le nom de l'enseigne, mais tout le reste est pareil, ça va aller vite. Et d'autres qui sont beaucoup plus longs et beaucoup plus compliqués. » [Entretien avec M. Guégand, enquêteur AT-MP, novembre 2013]

Selon les tableaux, les attendus de l'enquête diffèrent et sont plus ou moins complexes à affronter. Ceux du tableau 57, concernant les « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail », en donnent une bonne illustration. Ainsi, dans le cas d'une tendinopathie chronique de l'épaule, l'enquêteur doit être en mesure de vérifier si l'assuré a bien réalisé des travaux « comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou bien avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé ». Dans certains cas, la tâche peut s'avérer particulièrement délicate.

Dans un document interne à la CNAMTS, on peut ainsi lire que la CPAM de Rhône-Alpes s'inquiète du fait que « les enquêteurs sont dans de grandes difficultés pour définir le temps passé aux différentes angulations [...] même parfois pour des expositions qui paraissent évidentes mais que l'on peut prouver avec le chronomètre [...] et ceci entraîne une inflation des demandes, génératrice d'une consommation de temps énorme ». La CNAMTS répond à cette inquiétude en précisant :

« L'étude du poste de travail dans le cadre du tableau 57 paragraphe épaule ne nécessite pas de mesures mathématiques des angles. L'angle de 90° est atteint si le coude et l'épaule sont sur la

¹²⁸ UNCASS, *Instance nationale de concertation At-MP du 20 avril 2017*, déjà citée, p. 11-12.

¹²⁹ *Ibid.* La Direction des risques professionnels à la CNAMTS recense aujourd'hui 350 enquêteurs agréés assermentés dédiés aux risques professionnels pour les 102 CPAM et les 5 Caisses de gestion de Sécurité sociale (Cgss) propres aux territoires d'Outremer.

¹³⁰ Selon les données fournies par la CPAM93, en 2011, 34 531 accidents du travail, 7 115 accidents de trajet et 2 765 maladies professionnelles ont été déclarés en Seine-Saint-Denis. Les enquêteurs AT-MP ne sont concernés que par les accidents du travail mortels (700 en 2013) et les maladies professionnelles.

même ligne horizontale (travail les bras décollés du corps latéralement ou vers l'avant). [...] Des schémas sont proposés dans l'annexe de la LR-DRP 74/2011¹³¹. »

Ce type de « questions/réponses » entre les référents AT-MP des caisses et l'échelon national est régulier. Il rend compte des difficultés d'application des tableaux, qui apparaissent le plus souvent au cours de l'enquête administrative, et du besoin constant de partager les termes d'une même interprétation, par le biais de circulaires et de lettres-réseau (LR). La complexité est plus grande encore dans le cas des maladies pour lesquelles il n'existe pas de tableau – les maladies « hors tableau » et, parmi celles-ci, les pathologies regroupées sous la terminologie de risques psycho-sociaux (RPS), dont le nombre de déclarations a triplé depuis 2011¹³² et dont la définition fait l'objet de vifs conflits entre les différentes parties. Enquêteur AT-MP dans les années 2000, M. Le Corre rend compte de la difficulté à laquelle lui et ses collègues étaient confrontés :

« C'est très chronophage : le temps de prendre contact avec la personne et, quand on la rencontre, elle vous bouffe l'après-midi ; le temps de ré-écriture et, là, vous n'en êtes qu'à une personne. Ensuite vous avez l'employeur et lui vous propose de rencontrer d'autres personnes encore. Et, une fois qu'on a rassemblé tous ces éléments, comment on les exploite, comment on fait pour trancher ? » [Entretien avec M. Le Corre, ancien enquêteur AT-MP, août 2015]

En l'absence de tableau, le travail d'enquête est confronté à une absence de cadre, que des circulaires tentent de définir progressivement. Il s'agit encore pour la Cnamts de parvenir à réduire le temps de l'enquête – selon elle quatre à cinq fois plus long aujourd'hui que le temps moyen des autres enquêtes – de doter les enquêteurs d'outils et de guides pour savoir quels éléments rechercher et de quelle manière, mais aussi de définir des modalités qui mettent les enquêteurs à l'abri des « risques de débordement émotionnel¹³³ ». Il se construit ainsi des modes opératoires, selon les pathologies, qui pallient l'absence de tableau. Il apparaît ainsi que le travail des enquêteurs AT-MP se situe au croisement du droit, de la jurisprudence, des circulaires ministérielles, mais aussi des circulaires internes à la Cnamts, sans compter les choix et contraintes organisationnels de chacune des caisses.

3.2.3. Les pathologies cancéreuses, miroir des conditions d'enquête

Dans ce contexte, comment sont instruits les dossiers de cancers professionnels qui représentent un bon tiers des dossiers aux mains des enquêteurs AT-MP ? Au regard des dossiers de TMS et de RPS évoqués ci-dessus, ils apparaissent moins compliqués à traiter de l'avis des enquêteurs. En questionnant leur travail d'enquête sur ces dossiers, on peut

¹³¹ Cnamts, *Compte rendu de la journée Q/R des référents AT-MP des caisses*, janvier 2014, p. 27 [document interne].

¹³² L'Assurance maladie risques professionnels, *L'essentiel 2016, santé et Sécurité au travail*, septembre 2017, p. 7, en ligne sur <http://risquesprofessionnels2016.fr/Lessentiel.pdf> [consulté le 3 décembre 2017].

¹³³ Cnamts, *Compte rendu de la journée Q/R des référents AT-MP des caisses*, janvier 2014, p. 12 [document interne].

observer plusieurs spécificités propres à la pathologie cancéreuse qui, en miroir, renseignent sur les conditions de l'instruction, ses moyens et ses limites.

3.2.3.1. *La difficulté d'enquêter sur le passé du travail de l'assuré*

À la différence de la plupart des maladies professionnelles, les pathologies cancéreuses sont associées, dans les tableaux qui les concernent, à des « délais de prise en charge » de plusieurs dizaines d'années, de 30 à 40 ans, dans le cas des localisations broncho-pulmonaires. Cela signifie pour les enquêteurs qu'ils doivent s'intéresser à l'ensemble du parcours professionnel des assurés, quand ils ne se préoccupent que des jours ou des mois précédant le diagnostic de la maladie dans d'autres cas – de sept jours à un an dans le cas des TMS par exemple. Ce type d'enquête les confronte à des difficultés de plusieurs types qui, toutes, ont un impact sur la durée et sur le résultat de leurs investigations.

Tout d'abord, « les dossiers "cancer" font partie des dossiers dits sensibles », comme le dit M. Güney. Au regard de l'état de santé des assurés, les enquêteurs sont fortement invités par leur hiérarchie à traiter ces situations en priorité et à soutenir les requérants dans leurs démarches en se rendant à leur domicile plutôt qu'en les convoquant à la Caisse. Dès qu'ils reçoivent une demande d'enquête concernant la pathologie cancéreuse, et parfois même dès réception d'un CMI, ils adressent un courrier à l'assuré concerné lui proposant de prendre contact, en mentionnant leur ligne téléphonique personnelle. Le témoignage rétrospectif de la femme de M. Moumni rend compte d'un des contextes de visite les plus fréquents :

« Je me souviens très bien du nom de l'enquêteur, M. Marin. Il a vraiment été très bien. Il ne s'est pas contenté de venir chercher des papiers, il était là pour m'informer sur mes droits. Il était très patient, très compréhensif. Il faut dire qu'à ce moment-là, j'étais un peu perdue, j'étais surtout préoccupée par l'état de santé de mon mari... » [Journal de terrain, septembre 2011]

Dans d'autres situations, la personne peut être hospitalisée à domicile, « avec des perfusions ». M. Fouchet s'est même rendu parfois à l'hôpital pour y rencontrer des assurés « en phase finale ». Pour certains enquêteurs, ce contexte de maladie peut être difficile à vivre, d'autant que leur formation ne les y a pas préparés. C'est alors avant tout « une affaire de sensibilité personnelle » [M. Güney]. Pour M. Marin, « les gens qui ont un cancer, souvent, ils vous remontent le moral, ils ont plus de pêche : ça m'a toujours étonné, celui qui est atteint d'un mésothéliome a souvent plus le moral que celui qui a des plaques pleurales. » M. Guégand en revanche considère ces dossiers « éprouvants » voire « encombrants » :

« C'est dur, vous êtes face à la mort. Et ensuite, vous devez assurer un accompagnement parce que vous êtes en contact avec la famille durant toute l'instruction. Pour ma part, j'envoie un courrier en les conviant à la caisse. Je préfère ce cadre protocolaire. Et je préfère voir les épouses que les personnes malades. » [Entretien avec M. Guégand, enquêteur AT-MP, novembre 2013]

Le décès de l'assuré pouvant survenir à n'importe quel moment de l'instruction, voire parfois avant même la déclaration, les enquêteurs demeurent effectivement en contact tout au long de leur travail avec les proches qui prennent le relais dans les démarches : leurs échanges sont empreints de l'épreuve qu'ils traversent. La conduite de l'entretien s'en ressent :

« Quand on est avec eux, on sent qu'ils sont dépassés par l'administratif, ils sont dans la maladie. D'ailleurs, la première chose quand ils viennent nous voir, ils ne sortent pas leur relevé de carrière, mais d'abord toutes les radios, les documents médicaux. Et on ne peut pas leur dire que ça ne nous intéresse pas, on est obligés d'entendre. Alors, ce sont des entretiens qui peuvent durer longtemps. » [Entretien avec M. Fouchet, enquêteur AT-MP, juillet 2014]

Certains enquêteurs peuvent vouloir se préserver de ce qui est en marge de leur cœur de leur métier : l'investigation sur la réalité des expositions. Et tous n'accordent pas le même intérêt à leur mission sociale. Mais la difficulté principale à laquelle ils sont tous confrontés est celle de parvenir à reconstituer le parcours de travail des assurés, dont la plupart sont retraités et n'ont pas toujours conservé leurs certificats de travail ou leurs fiches de paye. Or, le travail de l'enquêteur AT-MP consiste, pour les tableaux où figure une durée d'exposition comme ceux concernant les cancers broncho-pulmonaires, à pouvoir justifier sur pièces les périodes travaillées et exposées.

« Dans ce cas, on demande aux assurés de demander un relevé de carrière de la retraite complémentaire. La plupart du temps ils l'obtiennent, et là on peut voir le nom des entreprises, qui ne figurent pas sur le relevé de base, et les dates. Ça rajoute du temps dans nos enquêtes, parfois un mois et demi, le temps qu'ils obtiennent leur relevé ARCCO [retraite complémentaire]. Pour les nouveaux embauchés d'il y a quinze ans, ça va encore, mais pour les cancers, comme il faut remonter loin dans le temps, c'est très compliqué. Et quand on leur dit qu'il faut demander encore un papier, ils disent "hou là là, encore, je n'en peux plus avec les papiers", mais nous on n'a pas la main, on ne peut pas le demander pour eux...

Ce n'est pas possible pour vous de vous adresser directement à la CNAV ?

Non, ce n'est pas évident. On fait partie de la même institution, mais ils ne veulent pas nous le donner à nous, seulement aux assurés. Et sur le relevé de base, il n'y a pas toujours le nom des entreprises, seulement les périodes cotisées. On a maintenant le moyen, depuis deux ans seulement, d'avoir une traçabilité par le site Eops, un site de partenaires de la Sécurité sociale. Cela ne nous donne qu'une image, ce n'est pas le reflet de la vraie carrière, mais c'est déjà ça. [Entretien croisé avec M. Fouchet et M. Saunier, juillet 2014]

Les enquêteurs ne se heurtent pas seulement à l'absence des preuves du travail, mais aussi à la difficulté d'avoir accès au contenu du travail réellement exercé. Ils évoquent ceux des assurés, souvent âgés, qui ont des pertes de mémoire, voire la maladie d'Alzheimer, ou qui sont trop épuisés pour se raconter. D'autres ont des problèmes d'expression, « des gens qui ne parlent pas français, ce n'est pas toujours évident pour nous, les enfants ou les proches peuvent parfois traduire » [M. Saunier].

Dans certains cas, il n'est pas possible de mener l'enquête. Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire dont il est décédé dans les six mois suivant le diagnostic, M. Bénameur avait

relaté son parcours dans le cadre de l'enquête GISCOP93 : trente ans d'activités dans le terrassement, la démolition, et la fabrication de matières plastiques pour dix entreprises successives. Le collectif d'experts avait identifié la présence de huit cancérigènes dans ces activités et le médecin avait établi un CMI en lien avec l'amiante. Sur le logiciel Orphée, il est indiqué en regard du matricule de M. Bénameur qu'un CMI a bien été réceptionné, que l'enquête administrative a été lancée, mais il est mentionné dans le « mémo » : « Personne trop épuisée, la famille n'a pas les éléments sur le parcours d'entreprise, DMP abandonnée. » M. Matoub, lui, est décédé sans avoir répondu au courrier de l'enquêteur qui l'invitait à prendre contact avec lui. Suite à la réception d'une relance, son fils rappelle alors l'enquêteur AT-MP : « Il m'a dit parlez-moi de votre père. Je lui ai répondu "que voulez-vous que je vous dise, il avait un cancer". Il m'a répondu qu'il comprenait et ça n'a pas été plus loin. » Quelques semaines plus tard, le fils de M. Matoub reçoit un courrier de cet enquêteur qui l'oriente vers l'Association départementale de défense des victimes de l'amiante (ADDEVA93) en joignant à son envoi la brochure éditée par l'association.

En procédant ainsi, l'enquêteur suppose que cette association aura davantage de temps que lui pour accompagner l'assuré ou son ayant droit et procéder à la reconstitution de son parcours de travail. Prenant appui sur le réseau de partenaires construit par la CPAM93, il sous-traite en quelque sorte une situation délicate qu'il n'a pas les moyens de gérer : si le dossier revient ensuite à la Caisse, il sera étayé et plus solidement documenté, résultat du travail conduit par l'association. En cas de décès de l'assuré, les enquêteurs sont en effet particulièrement démunis pour conduire leur enquête, dans le délai qui est le leur. « Les gens meurent vite, constate M. Fina, ancien enquêteur AT-MP, et on n'a plus le même récit. C'est quand même la victime qui est la mieux placée pour raconter ce qu'elle faisait¹³⁴ ». Tous constatent que « le conjoint n'est jamais très précis » [M. Fouchet], « la femme ou les ayants droit ne connaissent pas forcément le travail. » [M. Saunier] Dans ce sens, le partenariat mis en place avec le GISCOP93 représente selon eux une « vraie valeur ajoutée » [M. Guégand]. « On n'a pas le temps de faire une enquête comme la vôtre, vos comptes rendus sont très utiles. Même s'il nous faut ensuite tout vérifier¹³⁵, ça nous donne des pistes. » [M. Fouchet]

¹³⁴ M. Fina, rencontre entre l'ADDEVA93 et le GISCOP93, octobre 2012

¹³⁵ Si les reconstitutions de parcours professionnels réalisés par le GISCOP93 permettent aux enquêteurs AT-MP d'accéder à une histoire de travail qui autrement leur échappe, elles entrent toutefois en tension avec leurs propres modalités d'enquête : quand l'enquêteur du GISCOP93 s'appuie sur la parole des (anciens) salariés, l'enquêteur AT-MP ne prend en compte que les périodes qui peuvent être prouvées par les papiers officiels. Et surtout, l'enquêteur AT-MP questionne l'assuré sur ses expositions quand celui du GISCOP93 s'attache avant tout à lui faire décrire son activité réelle de travail, la connaissance des expositions découlant de l'étape suivante, réalisée par le collectif d'experts.

3.2.3.2. *La recherche des expositions : l'amiante comme paradigme de référence*

Le travail des enquêteurs AT-MP consiste à interroger l'existence d'expositions cancérigènes au cours de ces parcours de travail, ces expositions ne devant pas être présumées, mais prouvées. Dans cette perspective, il apparaît que, dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, c'est avant tout la présence d'amiante qu'ils recherchent. D'une part, une majorité de CMI mentionnent les tableaux 30 et 30 bis concernant les pathologies cancéreuses « consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ». D'autre part, quand les certificats ne mentionnent pas de tableau, « en général, le médecin-conseil oriente l'enquête vers 30 ou 30 bis » [M. Marin].

Selon M. Fina, ancien enquêteur AT-MP, « on cherche ce qui est le plus rapide à trouver, c'est l'amiante, pour que la maladie soit reconnue¹³⁶. » Ses propos rendent compte de plusieurs phénomènes. D'une part, il est possible dans le cas de l'amiante de s'appuyer sur de nombreux outils et supports : leur construction est une réponse des pouvoirs publics au scandale causé par la révélation de l'ampleur des risques sanitaires liés à l'usage de l'amiante, par celle de leur occultation et par la force d'un mouvement social des victimes de l'amiante. Les enquêteurs AT-MP ont ainsi à leur disposition la liste des entreprises ouvrant droit à l'ACAATA, celles des activités exposées à l'amiante et des produits contenant de l'amiante établies par l'INRS, et de nombreuses fiches métier éditées par la CRAMIF. La connaissance des activités exposées à l'amiante est ainsi largement documentée. C'est donc bien « ce qui est le plus rapide à trouver ». D'autre part, et pour les mêmes raisons, la reconnaissance de ces expositions est plus facilement admise que celle d'autres cancérigènes : son existence en milieu de travail est moins souvent contestée, d'autant que ces expositions concernent le plus souvent des entreprises qui ont fermé ou des activités qui ont disparu. M. Guégand explique ainsi comment il procède :

« J'ai pris un dossier au hasard, c'est un CMI de l'hôpital Avicenne qui fait apparaître un tableau 30-C. Je prends la bible de l'inspecteur, le *Guide des maladies professionnelles* de l'INRS. Alors simplement je vais sur le tableau 30 et vous avez différents éléments d'éclairage : j'observe que le délai de prise en charge est de 35 ans sous réserve d'une exposition de 5 années et je vais construire mon enquête en fonction de ces éléments et aussi en fonction de la liste indicative, plus ouverte que la limitative. Après, c'est la manière dont chacun fonctionne. Moi, je me focalise tout de suite sur le métier, tireur régleur dans le bâtiment je ne sais pas exactement ce que c'est, mais il est dans le bâtiment et, s'il est dans la destruction ou dans la rénovation, on sait que les corps de métier du bâtiment sont des métiers à risque *a priori* et il sera facile d'établir une exposition après audition de l'assuré. Là, c'est un dossier facile, j'ai des éléments justifiant son travail, mais je ne sais pas ce qu'est tireur régleur, donc je dois l'auditionner absolument pour alimenter mon enquête, d'autant plus qu'il a travaillé de 1973 à 1994, donc je dois savoir, avec à l'esprit le délai de 35 ans de prise en charge, s'il a été effectivement exposé jusqu'en 1994. » [Entretien avec M. Guégand, enquêteur AT-MP, novembre 2013]

¹³⁶ M. Fina, rencontre entre l'ADDEVA93 et le GISOP93, octobre 2012.

Il témoigne ainsi des modalités selon lesquelles se construit son enquête : les tableaux tels qu'ils sont rédigés structurent l'investigation des enquêteurs AT-MP. Mais les propos de M. Guégand révèlent aussi la confiance qu'il place *a priori* dans les possibilités d'exposition à l'amiante de l'assuré concerné : le simple fait que son activité concerne le secteur du BTP lui semble susceptible de favoriser le bouclage du dossier rapidement.

Quand il s'agit de rechercher l'existence d'autres cancérogènes que l'amiante, et particulièrement dans le cas des cancers hors tableau, la démarche se révèle en revanche beaucoup plus complexe pour les enquêteurs AT-MP. Les déclarants ne sont eux-mêmes le plus souvent pas en mesure de les renseigner, alors même qu'ils représentent l'une des parties en jeu dans l'instruction contradictoire. Comme en atteste M. Marin :

« Souvent, les gens ne savent pas à quoi ils ont été exposés. Ils peuvent connaître le nom du produit, mais ils ne savent pas ce qu'il contenait. Ils vont nous parler d'une colle par exemple, et nous donner sa marque, mais nous dire qu'ils n'en savent pas plus. Et nous on a du mal pour le savoir. Sur l'amiante, on nous en rebat tellement les oreilles, que voilà... Pour les autres produits, c'est beaucoup plus compliqué. On n'a pas les mêmes connaissances et il existe moins d'informations. Je ne suis pas chimiste. Les produits qu'il y a dans la peinture, dans les produits de nettoyage, je ne connais pas. On demande les fiches de données Sécurité, on nous les transmet, mais elles ont des noms à coucher dehors. » [Entretien avec M. Marin, enquêteur AT-MP, septembre 2015]

Les enquêteurs, dont on a vu la diversité des formations initiales, ne sont en effet pas qualifiés pour identifier des agents toxiques au sein d'univers de travail qui leur sont très étrangers. Leur formation professionnelle ne les y prépare pas non plus. Les délais réglementaires dans lesquels l'instruction doit se tenir, conjugués à la somme des enquêtes qu'ils doivent mener en parallèle, réduisent leurs possibilités de rechercher des pièces complémentaires aux résultats incertains. Ainsi, le recours aux rapports CHSCT lorsqu'ils existent, préconisé par les premières versions de la charte des AT-MP, ne semble plus en usage, sauf à ce qu'ils leur parviennent directement par l'intermédiaire de l'assuré. Les enquêteurs AT-MP recourent alors avant tout aux informations disponibles sur Internet, comme la documentation de l'INRS ou celle de la CRAMif, « les fiches métiers, les matrices emploi exposition ». Le service prévention de la CRAMif est ensuite leur principal et souvent unique recours. En son sein, les ingénieurs-conseils ont chacun leur spécialité et disposent d'un éventail d'informations concernant les risques d'exposition au poste de travail : les dossiers « prévention » des entreprises dans lesquelles ils interviennent ainsi que leurs collègues, contrôleurs de prévention, leurs connaissances des conditions de travail, sans compter la base Colchic qui recense l'ensemble des données d'exposition professionnelle recueillies depuis 1986 dans les entreprises françaises par les CRAM et par l'INRS et qui est inaccessible aux salariés ou à leurs représentants.

L'analyse de plusieurs dossiers d'instruction révèle combien la réponse apportée par le service prévention de la CRAMif joue un rôle très important dans l'aboutissement des dossiers ; il peut être déterminant. Ainsi, un courrier rédigé sous la forme « Nous vous informons que nous n'avons pas d'éléments précis sur l'exposition aux postes occupés par ce salarié dans les établissements cités dans votre courrier » peut conditionner un refus de reconnaissance « parce que le risque ne peut être établi ». Il peut en être tout autrement lorsqu'à la suite de cette phrase type, il est par exemple mentionné : « Nous notons cependant que ce salarié a travaillé comme ajusteur dans l'aéronautique et il est connu que le béryllium peut entrer dans la fabrication des freins d'avion et dans les structures des avions et des fusées¹³⁷. » Ce simple ajout peut ouvrir la possibilité d'une reconnaissance.

Alors que le système de réparation inscrit, dès sa création, l'inspection du travail au cœur de son fonctionnement, les enquêteurs AT-MP de la CPAM 93 ne recourent en revanche jamais à cet acteur dans le cadre de leurs investigations portant sur les maladies professionnelles. Comme l'explique M. Saunier, « les ingénieurs de prévention, ça fait partie de notre formation, mais les inspecteurs du travail, on n'en entend jamais parler ». De l'expérience de M. Marin, les inspecteurs du travail « n'interviennent pas du tout et ne connaissent pas les produits chimiques ». Une copie de chaque dossier de déclaration est bien transmise à l'inspection du travail par les gestionnaires AT-MP en respect des textes et du Code de la Sécurité sociale. Effectuée en routine, selon une prescription rappelée par le logiciel de gestion, cette procédure ne semble plus correspondre à aucune finalité, tant du côté de la CPAM93 que du côté de certains inspecteurs du travail, qui avouent ne pas savoir quoi faire de ces déclarations. Il apparaît toutefois, à l'analyse de certains dossiers faisant intervenir des enquêteurs AT-MP d'autres départements, que les informations détenues par l'inspection du travail peuvent nourrir certaines enquêtes. Dans le cas de M. Marroufi par exemple, chaudronnier soudeur dans une entreprise de fabrication de bennes et semi-remorques du centre de la France et atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, c'est l'avis d'un inspecteur du travail présent dans le rapport d'enquête et précisant que « l'entreprise a fait l'objet de plusieurs contrôles et constats quant à l'absence de système d'aspiration des fumées aux postes de soudage » qui permet de contredire les précisions apportées par l'employeur selon lesquelles « le travail de M. Marroufi s'effectuait dans un bâtiment fermé mais ventilé. [...] À notre sens, la ventilation existante était suffisante pour qu'il n'y ait pas d'exposition importante aux poussières et aux fibres¹³⁸ ».

Ces différents acteurs, enquêteurs AT-MP, ingénieurs-conseils et inspecteurs du travail, quel que soit leur rôle, sont en tout état de cause limités dans leurs investigations par

¹³⁷ CRAMif, Prévention des risques professionnels, lettre de l'ingénieur conseil régional au directeur de la CPAM93, 16 novembre 2004 [Archives GISCOP93].

¹³⁸ Dossier d'enquête administrative concernant M. Marroufi [Archives GISCOP93].

l'absence d'une mémoire institutionnelle des expositions. Enquêter sur le passé du travail les confronte à l'absence de traces. Au fil de l'analyse des dossiers d'instruction, on peut ainsi lire, par exemple, que « les dossiers du personnel ont été détruits », « les fiches de Sécurité correspondant aux périodes travaillées n'existent plus »... Dans un document, conçu au départ « comme un guide de procédure » à destination du personnel d'un service prévention de la CRAM Rhône-Alpes, des ingénieurs de prévention font part de leur expérience pour « régler favorablement les dossiers des victimes de maladie professionnelle et éviter les contentieux¹³⁹ ». Ils préconisent ainsi de « toujours avoir présent à l'esprit, lors de l'étude d'un dossier, qu'une contestation (de l'employeur ou du salarié) est possible et que l'on doit pouvoir justifier notre position ». Dans cette perspective, ils établissent une typologie de formules de réponses à utiliser précisément selon les cas qui leur sont soumis :

- « - M. X a été exposé aux risques visés au tableau n° X.
- M. X a pu être exposé aux risques visés au tableau n° X.
- Une exposition de M. X. aux risques visés au tableau n° X ne peut être exclue.
- Une exposition de M. X au risque visé au tableau n° X n'a pu être mise en évidence.
- M. X n'a pas été exposé aux risques visés au tableau n° X¹⁴⁰. »

L'éventail de ces formules et leur extrême précision rendent compte tout à la fois de la prudence avec laquelle il faut envisager l'absence de preuves des expositions passées – la mention d'une absence ne signifie pas en l'occurrence que ces expositions n'ont pas eu lieu – et de la conscience qu'ont ces acteurs des enjeux que revêt leur courrier, dans un contexte structurellement conflictuel. En évoquant la possibilité d'un contentieux, les rédacteurs de cette brochure rappellent l'une des principales caractéristiques de l'enquête administrative et, plus généralement, de la gestion des dossiers en AT-MP : elle s'effectue au cœur d'un espace conflictuel, puisqu'il concerne deux parties aux intérêts divergents, les salariés ou anciens salariés et leur(s) employeur(s). L'enquête doit d'ailleurs respecter le « principe du contradictoire », selon un emprunt à la terminologie juridique, c'est-à-dire permettre « à chacun de donner sa version des faits » et recueillir des « informations pertinentes » pour que la décision puisse être fondée sur des « éléments objectifs non contestables ». Le rapport d'enquête a valeur de « document officiel », « communicable à la victime ou à des ayants droit, à l'employeur et aux juridictions¹⁴¹ ».

Ce contexte au fondement de l'instruction des dossiers est le plus souvent ignoré par les requérants qui n'en mesurent en tous cas pas la puissance. C'est au cours de son

¹³⁹ Cette brochure est une initiative de Franck Bernard, ingénieur conseil à la CRAM Rhône-Alpes qui en a réalisé une première version en 1996, réactualisée ensuite par ses successeurs. Elle a été diffusée plus largement par le canal syndical : UFM-CFDT, commission AT-MP, *Reconnaissance des maladies professionnelles, quelques pistes pour régler les dossiers*, janvier 2003 [Archives GISCO93].

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ CNAMTS, charte citée,

parcours d'accès au droit à réparation que M. Plussat en a pris conscience, au moment de découvrir les pièces de son dossier d'instruction. Atteint d'un cancer broncho-pulmonaire diagnostiqué à l'âge de 60 ans, il a commencé à travailler à l'âge de 15 ans et n'a connu que deux employeurs jusqu'à sa retraite. De 1969 à 1973, il est d'abord soudeur dans une petite entreprise en Bourgogne : il intervient pour réparer ou installer des circuits de chauffage chez des particuliers et sur d'importants chantiers dans des hôpitaux, des prisons ou des centres de rééducation. Il démolit ou perce des murs et des plafonds, se sert de plaques et de gants en amiante. De 1973 à 1993, il travaille pour une société d'installation d'ascenseurs : d'abord affecté comme soudeur à l'atelier où il fabrique des pièces sur mesure, il est ensuite ouvrier, monteur d'ascenseur, et intervient dans des immeubles pour démolir et découper des escaliers et installer des cages et systèmes d'ascenseur avec garnitures et freins en amiante¹⁴².

« J'ai lu les rapports de mes anciens patrons, J'ai été déçu, oh là là. C'est incroyable. C'est là que j'ai commencé à réagir. Je me suis dit "bon dieu, ils vont loin quand même !" J'ai reconnu l'écriture de mon premier patron que je n'avais pas revu depuis 40 ans. Je l'avais connu comme apprenti à 15 ans, il me considérait presque comme son fils. Il écrit que tout avait brûlé, tous les papiers, et qu'on n'avait jamais travaillé avec l'amiante, c'était marqué noir sur blanc ! Et l'autre employeur, celui des ascenseurs, lui, il s'est pas embêté, il a dit de consulter la [médecine du travail]. J'ai demandé mon dossier à [la médecine du travail] pour voir ce qu'il y avait dedans. On s'aperçoit que c'est n'importe quoi. Regardez [me tendant le dossier], 37 ans de dossier de médecine du travail. Il n'y a rien, rien ! Si, quand j'ai mal aux oreilles, mes otites, mais rien qui parle de l'amiante. Ce qui m'a secoué, c'est de voir que tout le monde s'en foutait. La seule chose qui allait dans mon sens, c'est une lettre de l'inspecteur du travail qui disait qu'il y avait déjà deux maladies liées à l'amiante dans cette entreprise, et celle de l'ingénieur de la CRAMif. » [Entretien avec M. Plussat, octobre 2012]

En transmettant son dossier de déclaration en maladie professionnelle à la CPAM, M. Plussat n'a pas conscience d'entrer en conflit avec ses anciens employeurs. Cette démarche s'apparente davantage pour lui à une formalité administrative, accomplie à l'invitation de son médecin. Ne soupçonnant pas la divergence d'intérêt au cœur de la reconnaissance en maladie professionnelle, il n'envisage pas que ses expositions à l'amiante, un matériau au cœur de ses deux emplois successifs, puissent être niées par ses anciens employeurs et que l'exercice du droit relève d'une bataille¹⁴³. Se révèle particulièrement à cet endroit le caractère processuel qui conduit à se ressentir comme victime, et de la maladie et d'une injustice sociale. Se révèle aussi le rôle joué dans l'enquête administrative par les réponses de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur-

¹⁴² Reconstitution du parcours RBA PNO 11 009 [Archives GISCOP93].

¹⁴³ Un autre exemple témoigne particulièrement de cette ignorance du conflit sous-jacent à la déclaration en maladie professionnelle. Parce que M. Lecomte, hospitalisé, n'a pu répondre au courrier de l'enquêteur AT-MP qui l'invitait à le joindre pour reconstituer son parcours d'expositions, parce qu'il était hospitalisé, la femme de cet ancien ouvrier de pose et d'installation prend le relais : « J'ai appelé l'enquêteur, je l'ai eu, il me demandait les adresses des lieux où mon mari avait travaillé, je ne les avais pas. Il me demandait plein de choses que je ne savais pas. Je savais juste qu'il avait percé des paliers. J'ai finalement trouvé un ancien employeur, qui est à la retraite maintenant, qui m'a dit qu'il contacterait directement l'enquêteur. » [Journal de terrain, mai 2012]

conseil : leur intervention – quand elle existe – pallie une forte inégalité des positions, entre les salariés malades et leur-s ancien-s employeur-s, entre l'ignorance des uns concernant les conséquences de leurs expositions et la résistance des autres à reconnaître l'existence de cancérogènes dans le *process* de travail.

3.2.3.3. *Sous le « principe du contradictoire », l'inégalité des parties*

Dans l'enquête administrative, le respect du principe dit du contradictoire témoigne implicitement de l'existence d'un conflit sous-jacent entre employeur et salarié autour de la reconnaissance d'atteintes à la santé par le travail. L'enquêteur AT-MP est lui-même saisi dans ce conflit, marqué par l'inégalité des forces en présence. Le cas de l'instruction des dossiers des cancers professionnels en offre une illustration.

D'une part, puisqu'il s'agit d'expositions parfois très anciennes dans le cas des cancers, de nombreuses entreprises ont pu fermer leurs portes. En disparaissant, les entreprises laissent ainsi vacante la place de l'employeur dans l'instruction contradictoire. Pour les enquêteurs AT-MP, comme le résume M. Guégand, « c'est encore plus simple ». Ainsi, m'explique-t-il sa stratégie d'enquête allégée dans le cas de M. Ortega, ancien manœuvre dans le BTP décédé avant qu'il ait pu réaliser son enquête :

« Je vais partir des dires de son épouse qui me dit qu'il a fait de la destruction. Moi je ne peux pas être juge et partie, mais comme les entreprises n'existent plus, cela va être plus facile. On n'aura personne en face de nous. Comme c'est un secteur à risque et comme il a détruit¹⁴⁴, je pense que ça peut passer. » [Échange avec M. Guégand par téléphone, novembre 2013]

D'autre part, lorsque les salariés ont pu être exposés à des cancérogènes, c'est le plus souvent au sein d'une succession d'entreprises. M. Marin relate ainsi l'une de ses dernières enquêtes :

« Dernièrement, j'instruisais le dossier d'un assuré qui avait travaillé dans une entreprise d'isolation. Et l'employeur m'a assuré et maintenu *mordicus* qu'il n'avait jamais utilisé d'amiante, même quarante ans en arrière. Heureusement, la personne avait travaillé dans d'autres entreprises qui ont disparu, j'ai été dans son sens. » [Entretien avec M. Marin, enquêteur AT-MP, septembre 2015]

Le témoignage de M. Marin, en tout point similaire à ceux de ses collègues, révèle tout d'abord la résistance des employeurs à admettre leurs responsabilités dans la survenue de la maladie de leurs (anciens) salariés et ce, même dans un secteur d'activité particulièrement identifié comme l'un des principaux secteurs exposant à l'amiante : la plupart des procédés d'isolation reposait sur des produits à base d'amiante, jusqu'à son interdiction survenue en 1997. Mais il montre aussi quelles stratégies mettent en œuvre certains enquêteurs AT-MP pour contourner le conflit que leur investigation peut

¹⁴⁴ La preuve des expositions à l'amiante repose ici sur l'activité de démolition ou de rénovation qui rend probable la présence d'amiante, même au-delà de 1997, année à partir de laquelle son usage est interdit. Il n'en aurait pas été de même en revanche si M. Ortega n'avait travaillé que dans « le neuf ».

soulever : la possibilité d'attribuer les expositions à une diversité d'employeurs en est une qui permet de « mutualiser » le risque, d'en redistribuer les coûts à un fonds commun d'employeurs, tout comme celle de les attribuer à des entreprises qui ont fermé.

Lorsque cette stratégie ne peut être déployée, l'enquête administrative est beaucoup plus compliquée à mener et l'issue des dossiers est beaucoup plus incertaine. Ainsi, M. Rosso n'obtient pas la reconnaissance de son cancer broncho-pulmonaire en maladie professionnelle. Coquilleur dans une fonderie durant vingt-cinq ans, de 1968 à 1991, son activité consistait à couler toute la journée des alliages de métal en fusion dans des moules, dont certains en sable, puis à ébarber les pièces qui en sortaient. Il se servait d'une louche qui devait, au préalable, être chauffée pour ne pas risquer d'exploser ensuite au contact du métal liquide. Il portait des gants « en fibre isolante » pour ne pas se brûler, sans savoir lui-même de quoi ils étaient faits¹⁴⁵. Selon le collectif d'experts, il ne pouvait s'agir à l'époque que d'amiante. Dans le cadre de l'enquête administrative, l'ingénieur de prévention de la CRAMif confirme que M. Rosso « a pu être exposé à l'amiante par le biais des protections individuelles qu'il portait parce que son travail se déroulait à proximité des fours et des batteries d'accumulateurs ». Décédé durant l'instruction de son dossier, M. Rosso ne peut poursuivre les démarches entamées. Ses proches ne parviennent pas à prendre le relais. L'analyse rétrospective de son dossier témoigne que, dans son cas, l'intervention de l'employeur l'emporte dans la décision face aux expertises de la CRAMif et celles du GISCOP93 : dans cette entreprise encore en activité et de taille importante, le directeur de l'entreprise et son directeur des ressources humaines ont tous deux certifié à l'enquêteur AT-MP que « M. Rosso n'avait jamais utilisé de protection en amiante¹⁴⁶ ».

En l'absence d'une mémoire institutionnelle des expositions qui se formule en dehors de ces rapports de force, les enquêtes AT-MP se déroulent, quand l'entreprise existe encore, sous l'influence des traces du présent ou d'un passé très proche. Dans la plupart des cas, l'employeur construit son argumentaire sur la base de procédés de production et de fabrication qui ne sont pas datés. Dans le cas de M. Beramet par exemple, retraité ayant exercé toute sa carrière comme tractiste et bagagiste dans un aéroport, l'employeur précise que les tracteurs utilisés par les bagagistes sont des véhicules à moteur électrique à cabines fermées alors qu'elles étaient jusque dans les années 1980, et selon cet ancien salarié, à moteur diesel et cabine ouverte. La réalité des expositions de M. Beramet aux gaz d'échappement diesel demeure présumée mais non prouvée. En l'absence de preuves et d'une prise de position de l'ingénieur-conseil, l'espace du contradictoire est singulièrement déséquilibré, d'autant plus que les requérants ne sont bien souvent pas armés pour étayer leur dossier de déclaration en maladie professionnelle.

¹⁴⁵ Reconstitution du parcours de RBA PNO 09 045 [Archives GISCOP93]

¹⁴⁶ Séance exploration de dossiers, Bobigny, CPAM 93, mars 2013.

Ainsi, sans remettre en cause l'affirmation des enquêteurs selon laquelle ils traitent tous leurs dossiers de la même manière, l'issue de ces dossiers n'est pas la même selon que l'enquête administrative s'oriente vers l'amiante ou d'autres cancérrogènes et selon qu'elle concerne des petites ou des grosses entreprises, des carrières stables ou d'emplois multiples, des employeurs encore en activité ou ayant cessé leur activité.

3.2.3.4. *De quoi le travail exposé est-il le nom ?*

Les enquêteurs AT-MP sont guidés dans leur investigation par les tableaux et cherchent donc à voir si la situation des assurés répond aux multiples critères qui définissent une maladie professionnelle. Du respect de ces critères va dépendre le fait que le dossier bénéficie de la présomption d'origine ou soit transmis au CRRMP qui devra, lui, identifier au cas par cas s'il existe un lien "direct" ou "direct et essentiel" entre les expositions et la maladie.

Ainsi, l'enquêteur AT-MP doit notamment, dans le cas de l'instruction des cancers broncho-pulmonaires, établir ou non une concordance entre les activités de l'assuré et la « liste limitative de travaux » telle qu'elle est mentionnée dans les tableaux. Si des ingénieurs-conseils estiment utile de préciser que « la CPAM doit donc examiner l'exposition effective au poste de travail, même si le métier de l'assuré ne paraît pas correspondre à un des travaux de la liste indicative ou limitative¹⁴⁷ », c'est que les enquêteurs AT-MP peinent parfois à cerner la réalité des travaux accomplis. Ces ingénieurs-conseils évoquent ainsi le cas d'une salariée qui testait des composants électriques et les conditionnait dans des cartons ou du plastique et était atteinte d'eczéma, une pathologie apparemment sans lien avec son activité :

« Nous avons donc demandé à l'agent enquêteur de la CPAM des informations sur les tâches annexes au poste de travail principal : après contrôle, la maladie professionnelle avait pour origine la manipulation d'un produit de nettoyage (alcool) d'une machine alors qu'aucun produit visé au tableau n'était utilisé lorsque celle-ci était en fonctionnement normal¹⁴⁸. »

Dans cette perspective, les preuves du travail, parce qu'elles enferment l'activité du salarié dans une définition, jouent parfois en défaveur du requérant. On se souvient de M. Tounsi, manœuvre à la soudure qui effectuait aussi des tâches de peintre, d'usinage, de cisailleur et de plieur : ses certificats de travail et fiches de paye ne peuvent éclairer cette polyvalence qui, si elle est niée par l'employeur, ne sera pas prise en compte et ne pourra donc être reliée à la liste des travaux concernés par le tableau. Il en est de même pour ce patient du GISCOP93, mécanicien, dont le poste ne dit rien des nombreux travaux de menuiserie qu'il effectuait pour convertir des véhicules utilitaires à des usages très spécifiques.

¹⁴⁷ UFM-CFDT, brochure citée, 2003 [Archives GISCOP93].

¹⁴⁸ *Ibid.*

La notion de « travaux » ou d'activité fait ainsi l'objet d'approches variables, plus ou moins restrictives. Deux cas peuvent l'illustrer. Dans le premier d'entre eux, le cancer broncho-pulmonaire du salarié n'est pas reconnu en maladie professionnelle. Dessinateur industriel, M. Colard a travaillé durant 34 ans chez un équipementier automobile spécialisé dans la production des freins et systèmes d'embrayage :

Il partage son temps de travail entre son bureau et l'atelier des prototypes où sont réalisées des commandes de freinage, auprès de fraiseurs, d'ajusteurs, d'ouvriers qui retirent des copeaux des garnitures d'amiante pour "mettre au rond". Cet atelier n'est lui-même séparé de l'atelier de fabrication que par une demi-cloison, derrière laquelle une centaine de personnes travaillent, notamment au "ferrodage" : des ouvriers usinent les freins avec des tours pour qu'ils s'adaptent au tambour, des ouvrières fixent les garnitures de frein avec des rivets... Le sol est nettoyé régulièrement au cours de la journée avec une machine avec des brosses métalliques pour détacher les poussières qui s'amalgament avec les graisses et les copeaux. L'air ambiant est chargé en poussière et en vapeurs, en dépit de la présence d'un aspirateur, et rejoint l'atelier des prototypes par la cloison semi-ouverte¹⁴⁹.

Au terme de sa propre investigation, l'enquêteur AT-MP conclut que « l'assuré a bien été en contact avec l'amiante ». L'exposition à l'amiante de M. Colard est d'ailleurs réglementairement reconnue : l'entreprise est en effet inscrite sur la liste établie par décret des établissements ouvrant droit à l'Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA). À ce titre, M. Colard a pu bénéficier d'une retraite anticipée et aussi accéder au dispositif de surveillance médicale post-expositions professionnelles prévu au Code de la Sécurité sociale. Mais alors qu'il est reconnu exposé à l'amiante dans le cadre de son travail, il ne l'est toutefois pas au titre de la maladie professionnelle, l'enquêteur AT-MP estimant que les travaux décrits par l'assuré ne correspondent pas à la liste limitative mentionnée au tableau 30 bis¹⁵⁰.

Dans le second cas, l'instruction du dossier aboutit favorablement. Pourtant l'activité de M. Ben Tabet, mécanicien à l'atelier des presses de Chausson, ne concorde pas, elle non plus, avec la liste limitative mentionnée au tableau 30 bis. Premier parmi les salariés de Chausson à déclarer une maladie en lien avec l'amiante auprès de la Caisse, en 1994, M. Ben Tabet bénéficie du soutien de son collectif syndical et du scientifique Henri Pézerat pour parvenir à faire reconnaître sa maladie au terme d'un long contentieux. Il ouvre ainsi la voie de la reconnaissance en maladie professionnelle à plusieurs de ses collègues, sur le modèle opératoire dont il a bénéficié : la construction d'une connaissance précise sur les expositions et l'élaboration de témoignages circonstanciés de la part de collègues. Comme le précise Bernard Massera, ancien responsable syndical

¹⁴⁹ D'après la reconstitution du parcours AVI ONC 08 099 [Archives Giscop93].

¹⁵⁰ Le dossier de M. Colard a été transmis au CRRMP, puisque les travaux qu'il exerçait ne correspondaient pas selon l'enquêteur à la liste limitative. Il a fait l'objet d'un refus, le collectif de médecins estimant que « la quantification de l'amiante était insuffisante ». Selon un membre du collectif d'experts du Giscop93, retraité du service prévention de la CRAMif : « Ce n'est pas une exposition passive. Le dessinateur descend aux ateliers, il est aux machines pour faire des tests. À Condé-sur-Noireau, tout le monde a été reconnu en maladie professionnelle, même les dessinateurs. » [Journal de terrain, expertise d'avril 2013]

dans cette entreprise, il s'agit d'apporter aux enquêteurs AT-MP, aux juges et aux experts des informations qu'ils ignorent et que seuls les travailleurs peuvent leur transmettre :

« Il faut savoir comment fonctionne une presse, par quoi elle est constituée, ce qu'est un disque d'embrayage, de frein, et qu'ils sont composés d'amiante qui devient poussière avec la friction. Ces disques étaient certes protégés par un carter, en grillage, uniquement pour prévenir leur éventuelle chute. La poussière, elle, pouvait tomber et si bien que les neuf cents opérateurs qui travaillaient sous les machines, ils avaient autant de poussière que moi qui intervenais directement dessus pour régler les disques d'embrayage. À chaque fois, cela dégageait de la poussière d'amiante et quand je redescendais, je nettoyais mon bleu à la soufflette et cette poussière, elle allait où ? On comprend que l'atmosphère, elle soit contaminée. Il faut savoir que ces machines tournaient 24h/24 et 6 à 7 jours par semaine, ça en dégage de la poussière¹⁵¹. »

On observe ainsi, à partir de ces deux exemples, combien la notion de « travaux exposés » peut être sujette à une interprétation plus ou moins restrictive, en lien avec la capacité des salariés eux-mêmes à décrire et préciser leurs conditions d'exposition et avec la mobilisation collective qu'ils parviennent ou non à construire. Et combien cette notion offre une vision singulièrement réductrice de l'activité de travail exposante. Les cas de M. Colard et de M. Ben Tabet se rattachent en effet plus globalement à la question de la co-activité et des formes de partage des expositions aux nuisances dans l'espace de travail. Cette configuration est par exemple très présente dans de nombreux secteurs d'activité, notamment dans le BTP où de nombreux corps de métier se côtoient en même temps dans le même espace : les poussières et les vapeurs affectent indistinctement toutes les personnes travaillant dans le même espace, quels que soient les travaux qu'elles réalisent.

Les tableaux ne peuvent donc saisir la réalité des expositions aux nuisances, notamment cancérogènes, dans l'espace de travail. Les modes de contamination sont en effet pluriels et ne se limitent pas au geste productif ni au moment de l'activité, comme le montre le chercheur en ergonomie Brahim Mohamed-Brahim sur le terrain des pesticides :

« Le corps, que le toxique s'y soit simplement déposé ou qu'il ait été absorbé, constitue aussi un véhicule pour la substance. D'une partie du corps à l'autre d'abord, à l'occasion de gestes de la vie courante, habituellement de la main, comme se gratter la nuque, s'essuyer le front ou se frotter l'œil. [...] C'est par le corps que peuvent également être contaminés des espaces à distance des postes de travail exposés. [...] Cette situation peut se produire également entre le lieu de travail et le milieu domestique. Des prélèvements effectués par aspiration du volant et des sièges des véhicules personnels des salariés dans les stations de traitement des semences rapportent des contaminations suffisantes pour contaminer de façon significative des passagers ou des usagers de ces mêmes véhicules. Il en est de même des substances inhalées, transportées dans le corps, à l'intérieur, pour emprunter l'expression utilisée par un salarié, qui peuvent être expirées une fois

¹⁵¹ Bernard Massera, intervention dans le cadre du séminaire « Des formes concurrentes ou complémentaires de l'expertise ? Mobilisations et production de connaissances pour l'intervention », 12 décembre 2014, Paris Dauphine.

que le gradient de concentration atmosphérique est inversé à l'extérieur des lieux de travail.
 « Quand j'embrasse ma femme parfois, elle me dit tu sens l'auto neuve » dira ce carrossier¹⁵². »

Dans cette perspective de risques « transportés », il est également possible d'envisager la consommation de nourriture ou de boissons comme un vecteur d'exposition « professionnelle » aux cancérogènes notamment, lorsqu'elle se déroule dans l'espace de travail. Éliane Le Port montre qu'en dépit d'un décret de 1894 stipulant que « les ouvriers ne devront pas prendre leurs repas dans les ateliers ni dans aucun local affecté au travail¹⁵³ », la pratique de la gamelle dans les ateliers perdure longtemps. Parmi les témoignages écrits d'ouvriers sur lesquels elle s'appuie, certains d'entre eux concernent le travail dans les années 1950 et évoquent par exemple des ouvrières qui s'installent pour déjeuner près des machines, « dans cette odeur d'huile et de ferraille¹⁵⁴ ». S'intéressant au travail des égoutiers, Agnès Jeanjean cite l'un d'entre eux selon lequel, dans les années 1970, ceux de Nice et de Montpellier curaient les canalisations à la main et « mangeaient dans l'égoût assis sur leur seau¹⁵⁵ ». Le développement progressif des cantines, des réfectoires ou des restaurants d'entreprise ne fait pas totalement disparaître ces pratiques. Dans certains secteurs d'activité, « la confusion entre l'acte de manger et celui de travailler¹⁵⁶ » demeure, comme chez les mineurs par exemple, contraints de manger au fond, au sur les chantiers de BTP. Dans les années 1990 encore, Nicolas Hatzfeld observe, dans le cadre d'une observation participante menée sur une chaîne de montage automobile, que la table qui se trouve juste derrière son poste de travail et sur laquelle il doit poser sa riveteuse à air comprimé quand la chaîne tourne se transforme à l'heure du casse-croûte en table de déjeuner pour certains de ses collègues « tandis que d'autres se posent dans un conteneur de pièces¹⁵⁷ ».

Il existe également des situations, marginales aujourd'hui en France, où l'espace de vie est totalement superposé à l'espace de travail. Les salariés logés sur le terrain même de l'entreprise peuvent être exposés aux nuisances en dehors de leurs périodes d'activité. C'est le cas par exemple de Mme Clément, déjà rencontrée dans plusieurs chapitres, salariée d'une entreprise de fabrication de peintures, qui habite avec son mari et son fils durant près de 16 ans, dans la loge à côté de l'entrepôt. C'est aussi le cas à Idéal Standard, à Aulnay-sous-Bois, où les plans de cette fonderie spécialisée dans la fabrication de radiateurs et de chaudières révèlent l'existence avant-guerre de baraquements ouvriers mitoyens des ateliers où jusqu'à « 300 ou 350 travailleurs

¹⁵² Mohamed-Brahim Brahim, « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien », *Corps*, vol. 6, n° 1, 2009, p. 57.

¹⁵³ Décret du 10 mars 1894 [article 8] concernant l'hygiène et la Sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, *Bulletin de l'inspection du travail*, 1894, n° 3, p. 627. [reproduit en annexe]

¹⁵⁴ Éliane Le Port, « La gamelle ou la cantine ? Formes et enjeux de la restauration dans les témoignages écrits ouvriers depuis 1945 », *Le Mouvement Social*, n° 247, 2014/2, p. 124.

¹⁵⁵ Agnès Jeanjean, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », *Ethnologie française*, vol. 41, n° 1, 2011, pp. 59-66.

¹⁵⁶ Éliane Le Port, « La gamelle ou... », art. cité, 2014, p. 134.

¹⁵⁷ Nicolas Hatzfeld, « La pause casse-croûte. Quand les chaînes s'arrêtent à Peugeot-Sochaux », *Terrain*, n° 39, 2002, p. 33-48.

immigrés, parfois en famille, résident¹⁵⁸ ». Dans l'entreprise Roth Frères en Alsace, dans les années 1970, on fabrique de la mousse plastique pour garnir les coussins et sièges des voitures, dans les vapeurs de composants extrêmement toxiques, un « mélange de desmodur T (diisocyanate de toluène) et hydroxiles¹⁵⁹ ». Les travailleurs – majoritairement turcs mais aussi yougoslaves, portugais, espagnols et maghrébins – vivent « dans des baraquements minuscules, à douze par chambre sur le site de l'usine et dorment dans des lits superposés¹⁶⁰ ». De même, à l'usine Pennaroya, à Lyon Gerland, en 1972, « 40 ouvriers sur 105 logent dans l'enceinte de l'usine dans des “écuries à célibataires” : baraquements exposés nuit et jour au bruit, aux vapeurs, aux fumées toxiques¹⁶¹. »

Dans ces multiples contextes de co-activité, de déjeuner ou de résidence sur les lieux de travail, les expositions aux nuisances sont bien de nature professionnelle dans le sens où elles ont pour origine l'activité de travail et surviennent au sein de l'espace placé sous la responsabilité de l'employeur. Elles sont pourtant totalement ignorées par le système de réparation quand, en revanche, l'existence de facteurs extra-professionnels dans la survenue des cancers est le plus souvent évoqué pour réduire le champ de la reconnaissance¹⁶². Les travaux de Brahim Mohamed-Brahim invitent par ailleurs à s'intéresser aux situations où les risques professionnels sont « véhiculés¹⁶³ » de l'espace de travail vers l'extérieur. Si le cas le plus connu est celui des contaminations intra-familiales à l'amiante par l'intermédiaire des tenues de travail des salariés¹⁶⁴, il existe de multiples configurations similaires comme dans les secteurs des pesticides ou du nucléaire¹⁶⁵.

3.3. Sous la pression opiniâtre des employeurs

Dans le cadre de leurs investigations, les enquêteurs AT-MP se retrouvent, quand les entreprises n'ont pas fermé, face à une diversité d'employeurs. Parmi ceux qui dirigent de petites entreprises, il en est, selon M. Le Corre, qui peuvent être « très impressionnés » par leur intervention : « Ils nous voient comme des représentants de l'État, ils sont plutôt effrayés. » D'autres, à la tête de grands groupes ou d'entreprises de

¹⁵⁸ Se reporter au portail internet Odysseo qui regroupe l'ensemble des ressources disponibles autour de l'histoire de l'immigration en France : <http://odysseo.generiques.org/ark:/naan/a0114466502981Ci4hX> [consulté le 5 novembre 2017].

¹⁵⁹ Anne Guérin-Henni, ouvr. cité, 1980, p. 255.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ *Ibid.* p. 272.

¹⁶² Seul l'amiante fait l'objet d'un dispositif d'exception puisque le FIVA indemnise les maladies trouvant leur origine tant dans des expositions professionnelles, même « passives » (avoir travaillé dans des locaux amiantés par exemple), qu'environnementales.

¹⁶³ Brahim Mohamed-Brahim, « Travailler en présence de... », art. cité, 2009, p. 57.

¹⁶⁴ Albert Drandov et Dikeuss, « Un bleu pour deux », *Amiante. Chronique d'un crime social*, Collectif, Vernouillet, Septième choc, 2005, p. 35.

¹⁶⁵ Marie Ghis, « L'impossible confinement du travail nucléaire. Expérience professionnelle et familiale de salariés sous-traitants exposés à la radioactivité », *Travail et emploi*, n°147, avril 2017.

taille importante, peuvent à l'inverse créer des conditions visant à intimider les enquêteurs AT-MP. Chacun d'entre eux peut témoigner d'une situation où il a vécu son « baptême du feu ».

M. Saunier se souvient ainsi de sa première intervention chez un gros groupe du BTP : « Ils m'ont reçu dans leurs locaux. Il y avait le DRH et puis le N-2 et le N-3. J'avais juste deux ans d'expérience, c'était plutôt impressionnant. » M. Le Corre lui, s'est retrouvé face au directeur financier d'une grande banque : « Il m'a fait poireauter plus d'une heure et je n'en menais pas large. On n'est pas armés pour faire face à des grands groupes. Certains jouent l'intimidation, d'autres nous enfarinent, parlent de la vie privée des salariés. » Suite à l'expérience d'un enquêteur qui, face à la direction d'un grand groupe automobile, « s'est fait rouler dans la farine » sur le cas d'un accident du travail mortel, les enquêteurs AT-MP de la CPAM93 « ont eu pour instruction de se déplacer à deux dans ce type de configuration ¹⁶⁶ ». Ils s'aguerrissent aussi au fil de l'expérience. C'est face à cinq personnes représentant l'entreprise – parmi elles, le responsable du secteur juridique, celui du secteur prévention, le médecin du travail et le directeur des ressources humaines – que s'est ainsi trouvé confronté M. Fouchet lors d'une enquête portant sur le cas d'un décès par cancer d'un salarié d'une entreprise de l'aéronautique : « Dans ce cas-là, on se prépare un peu. Je me renseigne avant, j'essaye d'avoir le maximum d'éléments sur le travail du salarié et j'envoie mes premières demandes par mail. Comme ça je peux lister à froid les documents que je souhaite qu'ils me communiquent. »

Ces formes d'intimidation n'interviennent pas seulement au moment du rendez-vous.

« Les gros employeurs, ils ont des avocats qui savent très bien comment faire. On reçoit ainsi des lettres du cabinet P. directement. En général c'est toujours la même lettre type ; on la reçoit dans chaque dossier TMS, elle dit que la personne n'a jamais effectué les mouvements inscrits au tableau. » [Entretien avec M. Marin, enquêteur AT-MP, septembre 2015]

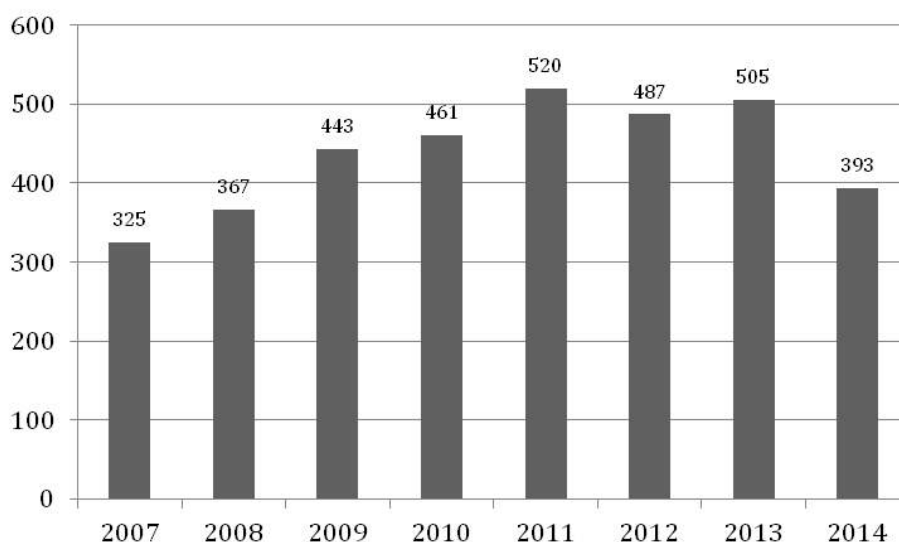
Les conseils des entreprises ont ainsi pour pratiques habituelles d'interpeler les enquêteurs AT-MP durant le temps de l'instruction des dossiers. Si certains employeurs manifestent ainsi une attitude plus ou moins offensive durant cette phase, celle-ci n'est toutefois pas vécue par les enquêteurs AT-MP comme un obstacle à la réalisation de leur investigation. Selon eux, l'enquête administrative n'apparaît pas comme une séquence méritant pour les employeurs de s'investir particulièrement. En effet, la majorité des maladies professionnelles reconnues, comme les TMS, « ne vont pas leur coûter cher », comme l'explique M. Le Corre, mais surtout :

« Ils font pression autrement. Les gros employeurs ont su s'organiser, ils ne s'intéressent pas vraiment à notre enquête. Ils se disent "je le laisse la faire et la caisse de toute façon va faire d'autres erreurs et je vais voir, je vais contester". Ils ne veulent pas perdre de temps. » [Entretien avec M. Le Corre, ancien enquêteur, août 2015]

¹⁶⁶ Entretien avec une ancienne responsable de l'équipe d'enquêteurs AT-MP, mars 2015.

De fait, le contentieux initié par les employeurs contre les décisions de la Caisse ne concerne pas le contenu des enquêtes, mais avant tout le respect des formes de la procédure (dans 61 % des cas¹⁶⁷) et le taux d'incapacité permanente attribué par les médecins-conseils. Sans être en mesure de reconstituer ici l'histoire de ce contentieux employeur, on peut observer que la publication des premières données chiffrées le concernant coïncide avec la préoccupation affichée par les pouvoirs publics de « lutter pour la réduction contre les fraudes et les pratiques abusives portant atteinte aux finances publiques » et, partant, avec le renforcement du contrôle de l'État sur les comptes de la Sécurité sociale. Le coût de ce contentieux a connu jusqu'en 2013 une très forte augmentation progressive, atteignant jusqu'à 520 millions d'euros en 2011.

Figure 15. Montant du coût du contentieux de la branche AT-MP (en millions d'euros)¹⁶⁸



Comme l'indique un rapport ministériel, « 30 % à 50 % de ces sommes sont constitués par la rémunération des conseils des entreprises requérantes¹⁶⁹ ». En 2011, les entreprises étaient moins de 5 000 à s'être engagées dans le contentieux et une centaine d'entre elles représentait 60 % à 70 % des sommes en cause à elle seule. Le « caractère systématique et organisé de la majorité du contentieux qui s'inscrit dans une démarche de réduction du coût des cotisations sociales pour les entreprises concernées¹⁷⁰ » donne

¹⁶⁷ CNAMTS, *rapport de gestion 2014 de l'Assurance maladie risques professionnels*, juillet 2015.

¹⁶⁸ Sources multiples : rapports annuels de gestion de la CNAMTS et rapports d'information du Sénat.

¹⁶⁹ Olivier Fouquet, *Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les Urssaf et prévenir les abus*, rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, Paris, La Documentation française, juillet 2008, p. 21.

¹⁷⁰ Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche, *Le financement de...*, rapport cité, 2012, accessible sur <http://www.senat.fr/rap/r11-657/r11-6573.html#toc60> [consulté le 14 novembre 2017].

naissance ainsi à un marché très lucratif, partagé par quelques cabinets spécialisés sur ce type de contestation¹⁷¹.

Les motifs de contestation sont extrêmement divers. Un document repéré par Sonia Granaux au cours de sa recherche sur des CHSCT dans l'industrie chimique témoigne de la construction d'une véritable stratégie en la matière. Intitulé « Procédure à suivre en cas de déclaration en maladie professionnelle¹⁷² », un document interne à l'entreprise Arkema donne en 2005 la mesure des enjeux dès son préambule :

« Le coût d'une maladie professionnelle peut aller de 98 000 à 200 000 euros (hors tarification ATMP). Or, on compte actuellement 258 dossiers en cours au sein de la société Arkema. Ce coût est susceptible d'évoluer en fonction du montant des condamnations prononcées. Les sommes en jeu sont donc considérables. Une réaction énergique des responsables sociaux d'Arkema est en conséquence nécessaire, et cela d'autant plus que le nombre de demandes en réparation formées par les salariés ou anciens salariés de la société au titre des maladies professionnelles amiante ne cesse de croître¹⁷³. »

Sur une vingtaine de pages, le comportement à adopter face à une déclaration de maladie professionnelle est précisé et déployé étape par étape, accompagné de modèles de lettre-type et de schémas. Avant toute chose, le document recommande de contester le caractère professionnel de la maladie, et ce même « dans les cas où il est absolument évident que le salarié a été réellement exposé au sein d'Arkema à un risque pouvant déclencher une maladie professionnelle et même lorsque le salarié a effectué l'intégralité de sa carrière à Arkema » :

« En effet, la caisse sera alors tenue de procéder à une enquête contradictoire, ce qui pourra éventuellement nous permettre d'invoquer le non-respect du principe du contradictoire. [...] Dans l'hypothèse où nous n'aurions que très peu d'arguments à soulever dans la lettre de réserves et où le certificat médical initial ne nous aura pas été communiqué, nous ne l'exigerons pas dans la lettre de réserve, pour pouvoir ensuite invoquer comme argument l'absence de communication de cette pièce. [...] Il est important de préciser qu'il n'y a ici aucun état d'âme à avoir vis-à-vis du salarié : en effet, une telle décision n'a aucune incidence sur la décision de la CPAM à l'égard des prestations servies à la victime ou à ses ayants droit. [...] L'objectif est non seulement d'éviter l'augmentation du taux AT-MP d'Arkema, mais aussi et surtout d'arriver à bloquer l'éventuelle imputation ultérieure des conséquences financières d'une reconnaissance de la faute inexcusable¹⁷⁴. »

Se dessine donc bien une stratégie qui vise pour ces employeurs à ne pas supporter la totalité des conséquences financières liées à une reconnaissance en maladie professionnelle. S'ils ne sont pas toujours en mesure de contester le fait d'avoir exposé

¹⁷¹ Parmi les cabinets spécialisés les plus importants, il est intéressant de remarquer une filiale du groupe d'assurances privées Axa, le cabinet Lowendal Masaï. Patrick Roger, « Le marché lucratif du contentieux pénalise la branche accidents du travail de la "Sécu" », *Le Monde*, 6 novembre 2008.

¹⁷² Arkema, direction des relations du travail, *Procédure à suivre en cas de déclaration en maladie professionnelle*, janvier 2005. Publié en annexe de la thèse de Sonia Granaux, *Les Comités d'hygiène...*, thèse citée, 2010, p. 492-512.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

leurs salariés à des nuisances, ils peuvent en revanche espérer pointer des failles dans la procédure – jusqu'à parfois les provoquer comme ce document en témoigne – pour que la décision de reconnaissance ne leur soit pas « opposable ». La reconnaissance en maladie professionnelle obtenue par leur salarié n'est pas remise en cause, mais son coût est alors pris en charge par un fonds commun des employeurs appelé « compte spécial ».

Dans les faits, une proportion importante des maladies professionnelles – et la plupart des cancers – sont déjà imputées au compte spécial puisque ce fonds commun est prévu pour prendre en charge les cas pour lesquels l'entreprise n'existe plus, quand l'exposition au risque a concerné plusieurs employeurs ou quand elle est survenue avant la date d'entrée en vigueur d'un tableau. Cette démarche systématique de contentieux visait alors surtout, jusqu'en 2013¹⁷⁵, à anticiper d'éventuelles condamnations ultérieures pour faute inexcusable de l'employeur (FIE), dont le coût est bien plus important que celui d'une reconnaissance en maladie professionnelle. Ainsi, un employeur peut être condamné en faute inexcusable mais ne rien supporter financièrement pour autant, ce qui annule l'enjeu de cette condamnation. En effet :

« Si la réparation supplémentaire est pensée au prisme de cette notion de faute inexcusable, c'est bien qu'il y a eu "faute" et surtout "fautif". Or, qu'est-ce qu'un fautif qui n'a pas d'obligation de réparer alors même que le mécanisme mis en place en 1898 a tenu à lui réserver un espace de responsabilité ?¹⁷⁶ »

Dans le cas des maladies de l'amiante, 40 % des FIE seraient inopposables à l'employeur, selon l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA). Ainsi, « Sanofi-Aventis a été condamné sept fois pour faute inexcusable de l'employeur. Sept fois de suite, il s'est débrouillé pour échapper à toute sanction financière¹⁷⁷. » Parmi les motifs d'inopposabilité invoqués, l'ADDEVA93 relève :

*« - la lettre de la CPAM avait été adressée au 9, quai Jules Guesde et non au 13, quai Jules Guesde (c'est le même site, il y a deux entrées !)
- ou bien : La lettre de la Caisse invitant l'employeur et le salarié à venir consulter le dossier avant sa clôture est arrivée... avec un jour de retard.
- ou bien encore : Le destinataire était Sanofi Recherche et Développement et non Sanofi Chimie (les deux entités sont imbriquées. Leur séparation n'est qu'administrative)¹⁷⁸... »*

¹⁷⁵ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 modifie le Code de la Sécurité sociale en précisant en son article L. 452-3-1 « que la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des articles L. 452-1 à L. 452-3 ». Depuis le 1^{er} janvier 2013, les FIE ne sont plus inopposables à l'employeur, c'est-à-dire qu'ils doivent effectivement s'acquitter des sommes fixées par jugement.

¹⁷⁶ Cécile Durand et Nathalie Ferré, « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 18-1 | 2016, accessible sur <http://journals.openedition.org/pistes/4635> [consulté le 14 décembre 2017].

¹⁷⁷ « Le combat de Soraya », *Bulletin de l'ANDEVA*, janvier 2013, n° 41.

¹⁷⁸ *Ibid.*

Cette pression exercée par une minorité d'employeurs de grandes entreprises par l'intermédiaire de cabinets spécialisés parvient à rompre le lien déjà ténu qui existait entre réparation et prévention. Elle pèse aussi sur les modalités de gestion des dossiers en maladie professionnelle. Jouant de la difficulté des caisses à dégager du temps et des moyens pour le volet AT-MP, ces cabinets spécialisés accentuent justement dans le même temps, la charge de travail des gestionnaires de la CPAM. Lors d'une rencontre des référents AT-MP des différentes caisses d'Île-de-France consacrée à l'harmonisation de leurs pratiques, l'évocation de ce contentieux revient ainsi souvent dans les échanges :

« On est de plus en plus sollicités par [le cabinet d'avocats]. Ils passent par tous les circuits possibles et inimaginables : ils avaient notre adresse, maintenant ils utilisent le fax et là ils nous demandent nos mails. On n'en sort plus. Doit-on leur répondre ?

-Non, il ne faut pas répondre. Aucun texte ne justifie leur activité. Ils se sont créé une activité de profession libérale spécialisée dans la contestation des AT-MP, les dossiers ne sont même pas instruits qu'ils les contestent, on ne peut pas gérer ça. C'est ingérable et c'est de l'ingérence dans l'instruction. Si quelqu'un doit nous demander des comptes, c'est l'assuré ou l'employeur. » [Coordination des Caisses d'Île-de-France, octobre 2014 – journal de terrain]

Le travail à l'Assurance maladie est alors comme embolisé par l'intervention des avocats qui, se substituant à leurs clients, contribuent à déséquilibrer encore davantage le contexte de l'instruction contradictoire à l'avantage des employeurs. Elle contraint par ailleurs la CNAMTS à revoir toutes ses procédures et tous ses modèles de courrier dans l'objectif d'éviter ce contentieux, bien plus que dans celui de permettre aux assurés d'exercer leur droit. Ainsi, les courriers qui sont adressés à ceux-ci sont le plus souvent incompréhensibles, rédigés dans une perspective juridique plutôt que dans celui de les informer. La charte des AT-MP dans sa version réactualisée est elle-même orientée avant tout vers l'évitement de ce contentieux. Sur la fiche consacrée au colloque médico-administratif, par exemple, il est ainsi mentionné que le document support à cette concertation « ne doit pas comporter de rectificatifs [le] surchargeant qui peuvent entraîner un risque de contentieux lors de la consultation des pièces dans le cadre de la procédure du contradictoire¹⁷⁹ ». Une grande partie des indicateurs sur lesquels les caisses sont évaluées reposent sur l'évitement du contentieux.

« On veut se protéger du contentieux des employeurs. Mais ils recherchent tous les biais. Ils utilisent la Poste, des adresses différentes dans leurs sièges sociaux, pour échapper à leur responsabilité et le droit leur donne raison alors que, sur le fond, la pathologie est bien survenue du fait des produits utilisés dans leur entreprise ou des travaux effectués. Ils essaient de s'exonérer de leurs cotisations par des biais d'intendance, et ça, ça me révolte. L'instruction des dossiers en est bien plus complexe. Il faut qu'on paye pendant quelques années cette dépense d'énergie, d'attention, alors qu'on aurait pu s'en passer si tout le monde était honnête. » [Entretien avec Mme Giry (40 ans d'ancienneté), septembre 2015]

¹⁷⁹ L'Assurance maladie risques professionnels, Charte AT-MP, fiche « Colloque médico-administratif en MP », mise à jour juin 2014 [Document interne].

Fruit d'une négociation difficile, l'existence d'un tableau ne garantit donc pas ses possibilités d'application. Présents en amont de la définition légale des maladies professionnelles pour éviter, ralentir ou restreindre le champ de la réparation, les employeurs interviennent également en aval pour compliquer les termes et les possibilités de l'instruction.

Conclusion

Dans ce chapitre, on voulait observer l'application du droit à réparation en actes au sein de l'organisme en charge de l'instruction des dossiers de maladies professionnelles.

En suivant la trajectoire des dossiers des patients du GISCOP93 au sein de la caisse départementale, on peut tout d'abord mesurer les particularités du cadre institutionnel dans lequel se déroule l'instruction : la gestion des AT-MP, parce qu'elle est un volet marginal de l'activité des caisses au regard de la gestion de l'Assurance maladie, demeure le parent pauvre de leur organisation. Elle représente pourtant un enjeu particulier puisqu'elle permet d'identifier les maladies professionnelles et donc de faire supporter leur coût, non plus à la branche maladie, mais aux employeurs.

L'accompagnement des patients dans leur accès au droit permet d'observer les effets du nouveau management public sur l'accueil et le traitement de leurs demandes. Le contexte de dématérialisation et de subordination à des procédures informatiques standardisées entre en tension avec la situation des requérants, marquée par la maladie grave, la multiplicité et la complexité des démarches qu'ils doivent entreprendre.

L'analyse des dossiers des patients et les entretiens menés avec les agents en charge des enquêtes administratives révèlent les termes dans lesquelles se déroule l'instruction des cancers en maladie professionnelle. Elle dépend tout d'abord de l'orientation choisie par le médecin-conseil, elle est menée ensuite selon le principe du « contradictoire », au croisement des dires et preuves apportés par l'assuré et par le ou les employeurs, dans une inégalité de positions et de ressources. Elle repose sur le tableau mais se situe aussi au croisement de la jurisprudence, des circulaires ministérielles, des circulaires internes à la CNAMTS et dépend pour une part des sensibilités des agents eux-mêmes et des traditions locales des caisses.

Les tableaux étant construits autour d'un seul cancérigène, les enquêteurs AT-MP sont invités dans la plupart des cas à cibler la recherche d'amiante dans leurs investigations, pour laquelle ils disposent de plusieurs outils et inventaires. Ils sont en revanche démunis face à la recherche d'autres cancérigènes, les assurés ne connaissant pas eux-mêmes la nature des produits avec lesquels ils ont travaillé. Leur enquête administrative repose alors sur les appréciations des ingénieurs conseil des services de prévention, dont l'intervention est déterminante, parce qu'elle contribue à atténuer l'inégalité des forces en présence dans l'apport de la preuve des expositions cancérigènes.

Si elle n'est pas la plus forte dans le cas des cancers professionnels, maladies à effets très différés pour laquelle il est possible de répartir la responsabilité sur plusieurs entreprises, la pression des employeurs s'exerce à plusieurs niveaux de l'instruction. Elle est le fait d'une catégorie restreinte d'employeurs, les plus importants, et à l'origine d'un important contentieux qui pèse sur le fonctionnement et l'organisation des caisses.

Conclusion générale

« Il est d'évidente logique que tout employeur dont les travaux ou entreprises ont porté atteinte aux ouvriers ou employés leur en doit réparation. Une loi indemnisant les victimes des industries insalubres aura pour effet immédiat de mettre à l'abri de la misère noire les ouvriers frappés, et aussi d'assainir ces industries demeurées souvent insalubres par la faute d'une indéracinable routine.

Les patrons, en effet, devront payer aux assurances une prime d'autant plus élevée que la profession de leurs ouvriers sera plus malsaine : en diminuant les risques d'intoxication ou de maladies de leur personnel, les industriels diminueront du même coup leurs frais d'assurances : la peur de la dépense est le commencement de la philanthropie¹. »

Cette thèse vise à explorer les ressorts pratiques du non-recours au droit à réparation en maladie professionnelle dans le cas de personnes atteintes d'un cancer broncho-pulmonaire, l'une des formes d'atteintes les plus extrêmes liées au travail, la moins visible aussi, à l'exception des cancers de l'amiante. Elle s'est construite en accompagnant des salariés et d'anciens salariés dans l'exercice de leur droit, tout en reliant leur expérience à l'histoire et au fonctionnement des dispositifs et des institutions dont son application dépend.

Elle permet de resituer le processus par lequel il est possible de « convertir sa maladie en préjudice » dans plusieurs dimensions et témoigne combien les possibilités d'exercer son droit à réparation sont placées sous fortes contraintes. On a ainsi pu croiser dans cette thèse des salariés, d'anciens salariés et leurs proches en souffrance, dans l'épreuve ; des acteurs institutionnels démunis, les uns rencontrant des difficultés à reconstituer les traces du travail exposé, les autres à faire appliquer les règles de prévention des risques cancérigènes, aucun ne parvenant à relier véritablement la réparation avec la prévention ; des médecins amenés à jouer un rôle pour lequel ils sont très peu formés et qui les oblige à se positionner dans l'espace antagonique de la relation salariale ; enfin, des employeurs cherchant à se défaire de leurs responsabilités.

¹ Abel Craissac, ouvrier peintre animateur de la Fédération CGT des peintres parisiens, en préface de Léon Bonneff et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent...*, ouvr. cité, 1900, p. 5-6.

Au terme de cette recherche, il est important de relever plusieurs aspects.

L'exercice du droit à réparation : une confrontation d'une épaisseur insoupçonnée

La déclaration de son cancer en maladie professionnelle, s'apparentant de prime abord à une démarche administrative, place en réalité le requérant en confrontation avec l'organisme prenant la décision de prise en charge et avec une diversité d'autres acteurs parmi lesquels dominent le corps médical et les employeurs. Le recours au droit se situe en effet au croisement de l'espace social de la maladie et de celui du travail, les plaçant en tension et en frottement l'un avec l'autre, dans une imbrication dont nous avons tenté de rendre compte.

L'exercice du droit à réparation entre d'abord en tension avec l'état de santé d'un salarié ou ancien salarié, en sursis, entre la vie et la mort. Déclarer son cancer en maladie professionnelle représente une démarche *en plus*, souvent en trop, sans perspective claire, au moment où il est trop tard pour vivre. Cette démarche entre également en tension avec la relation thérapeutique qui relie le patient à son médecin – dont il dépend pour éventuellement guérir, ralentir l'évolution de sa maladie, moins souffrir... Quittant son identité de malade pour endosser celle de requérant, le salarié ou ancien salarié oblige implicitement le médecin qui rédige et signe le certificat initial de maladie professionnelle à s'engager avec lui sur le terrain d'un droit spécifique, pour lequel ce praticien n'a pas ou très peu été formé. En suggérant l'origine professionnelle d'un cancer, le médecin se positionne en effet dans un espace qui n'est pas neutre, où il peut lui-même être soupçonné de partialité, voire être remis en cause dans le diagnostic médical qu'il a posé. Dans ce sens, le recours au droit à réparation est à l'origine d'un désordre dans le champ de la médecine, parce qu'il interroge la responsabilité du travail dans la survenue du cancer.

Par ailleurs, en transmettant son dossier de déclaration en maladie professionnelle à son organisme d'assurance maladie, le salarié ou ancien salarié a rarement conscience que celui-ci échappe à l'univers du secret médical et qu'il est transmis à son dernier employeur. Il ne réalise pas qu'il déclenche ainsi, implicitement, une instruction à charge contre tous les employeurs auprès desquels il a été embauché dans son parcours professionnel ; l'enquête menée par l'Assurance maladie, dans le cas d'une maladie à effet différé comme le cancer, embrasse toute la carrière de l'assuré. Il le perçoit au fur et à mesure de l'instruction et, ce qu'il envisageait au départ comme une perspective de réparation prend la forme d'une épreuve, où ses paroles et ses preuves sont confrontées à celles de ses employeurs, dans un espace de soupçon. Dans le cas des maladies à effet différé, exercer son droit à réparation revient à activer un conflit dont les patients, qu'ils soient toujours salariés actifs ou anciens salariés, n'avaient pas conscience.

Pour reprendre la métaphore du parcours du combattant, déclarer son cancer en maladie professionnelle, c'est ouvrir plusieurs fronts et devoir mener bataille, au moment où se mène le combat pour la vie.

Le droit à réparation des maladies professionnelles : des difficultés d'application structurelles

En revenant sur la construction de ce droit et les conditions de sa fabrication, cette recherche nuance les approches selon lesquelles le système de réparation serait entré en crise au tournant des années 1990 avec la place prise par les maladies multifactorielles, comme les TMS, les cancers et les risques psycho-sociaux. Le caractère multifactoriel des pathologies est pris en compte dans l'élaboration même de la loi de 1919 et représente l'un des principaux points de conflit : c'est lui qui donne naissance au système des tableaux, sur lequel se fonde la présomption d'origine.

À partir de la démarche historique menée, la thèse montre aussi que l'extension du droit à réparation des accidents du travail aux maladies professionnelles a révélé dès les premiers temps de mise en application de la loi les fragilités du dispositif. Se révèle ici l'intérêt de lier l'ethnographie du présent à la recherche historique pour repérer des invariants dans leurs nouveaux habits, pour identifier des contraintes structurelles. Dans leur parcours d'accès au droit à réparation, les salariés, les anciens salariés ou leurs proches ressentent et subissent les tensions qui se sont exprimées loin en amont. Ce qu'ils vivent, les obstacles qu'ils rencontrent, reflète pour une part les tensions et conflits qui ont présidé à l'instauration du système de réparation.

Ainsi, la naissance de ce droit précipite le corps médical dans de nouveaux rôles en faisant reposer sur lui l'essentiel de son fonctionnement. Les médecins traitants deviennent le garde-barrière du droit à réparation sans être formés à ses subtilités ni, dans l'ensemble, être rendus particulièrement attentifs aux risques du travail. À la place que le dispositif leur demande d'occuper, ils sont obligés de se positionner et d'entrer ainsi en conflit avec les médecins d'assurance, les médecins d'usine et les employeurs.

Par ailleurs, alors même que les salariés et anciens salariés sont pour leur majorité exposés à plusieurs cancérogènes, chaque tableau ne se construit qu'autour d'un seul, isolé d'une famille plus large² comme on l'a vu avec les produits dérivés de la houille. Il mentionne des critères d'exposition avec lesquels il est souvent impossible de faire coïncider les traces des activités de travail exposées, comme c'est le cas, par exemple, avec les ouvriers cokiers. La définition de la maladie professionnelle est en somme sans cesse renégociée, jusque dans l'application du droit de la réparation. Elle s'infléchit plus ou moins selon les conditions de l'instruction, la marge d'interprétation laissée aux enquêteurs, les pressions des employeurs, l'articulation

² À l'exception notoire du tableau concernant le travail au fond des mines (T 44 bis).

avec le secteur médical de l'Assurance maladie, les contraintes de temps et les moyens donnés à l'enquête administrative.

Enfin, la question de la « traçabilité » des expositions, s'est posée dès la naissance du système de réparation des maladies professionnelles. La déclaration obligatoire des travaux dangereux auprès de l'inspection du travail et de l'Assurance maladie, obligation qui revient aux employeurs, est par exemple mentionnée dans la loi du 25 octobre 1919, en son article 2. Dans l'un de ses ouvrages, l'historien Alain Corbin s'essaye à reconstituer le monde d'un inconnu, Louis-François Pinagot, sabotier dans l'Orne, qui vécut entre 1798 et 1876³. Il parvient à construire la biographie de cet « individu ordinaire » à partir de la profusion de traces administratives, reflet des outils de recensement et de contrôle dont s'est progressivement doté l'État. Dans le domaine de la santé et la sécurité au travail, il existe également de nombreux dispositifs réglementaires, sources potentielles de traces, mais ils sont peu ou pas appliqués en l'absence de moyens de contrôle, et de sanction quand le droit n'est pas appliqué.

Plus encore, la législation évolue parfois à rebours des préconisations visant à renforcer la « traçabilité » des expositions aux cancérogènes. La fiche d'exposition aux cancérogènes, mise en place en 2001 et destinée à être remise au salarié au moment où il quitte l'entreprise, a été remplacée en 2012 par une fiche de prévention des expositions, plus floue dans son contenu, avant d'être supprimée par la loi Rebsamen 2015-994 du 17 août 2015, à l'exception de celle qui concerne l'amiante. La dématérialisation des fiches de paye et des procédures en général porte également en germe la difficulté à produire des traces, tout comme le développement de la précarisation des parcours de travail, avec le recours à la sous-traitance et à l'intérim.

Au regard de ces difficultés structurelles, qui relèvent des priorités que se donne l'État, le droit à réparation peut s'apparenter à un droit conçu pour contenir la reconnaissance des atteintes à la santé par le travail, en faisant reposer sur la personne malade, le fardeau d'apporter les preuves de ses expositions aux cancérogènes, preuves que les institutions elles-mêmes, en charge de la prévention, ne se sont pas donné les moyens de fabriquer, de conserver ou ont choisi d'en verrouiller l'accès.

Le cancer professionnel : un risque « acceptable »

Le droit à réparation des accidents du travail n'envisage l'indemnisation des dommages corporels que d'une façon forfaitaire. Les longs débats qui ont précédé le vote de la loi de 1898 justifiaient ce droit d'exception par la difficulté à identifier une responsabilité dans la survenue des accidents sur le lieu du travail. Le caractère forfaitaire de la réparation symbolise le partage des responsabilités entre employeurs et salariés.

³ Alain Corbin, *Le monde retrouvé de Louis-François Pinagot, sur les traces d'un inconnu, 1798-1876*, Paris, Flammarion, 1998.

L'argument ne fonctionne toutefois pas avec les maladies professionnelles qui, elles, surviennent du fait de l'activité habituelle de travail. Dans ce sens, le droit à réparation des maladies professionnelles consacre l'autorisation donnée aux employeurs de contaminer et d'empoisonner à petit feu, sans intention, leurs salariés.

Il est effectivement en quelque sorte permis et autorisé de mettre autrui en danger par l'exposition à des produits toxiques, au point qu'il devienne légitime de mourir de son travail : l'amiante est en France le seul cancérigène dont l'usage est interdit. Les autres sont soumis, au mieux, à des valeurs limites d'exposition, la plupart du temps sans forme contraignante. Les règles de prévention en matière de cancérigènes – d'abord la substitution puis, en cas d'impossibilité, la protection collective avant la protection individuelle – ne sont que peu ou mal respectées. La maladie qui atteint les salariés ou anciens salariés dont il est question dans cette thèse renvoie à leur travail passé, mais pas toujours très lointain. On l'a vu dans le cas de M. Boutef, décédé à 34 ans, salarié dans les années 2000 d'une très grande entreprise de la sidérurgie française, et exposé tout à la fois à plusieurs cancérigènes avérés et au refus de son employeur d'investir dans les mesures de sécurité qui s'imposaient, notamment la mise en place d'un système de ventilation.

Parvenir à convertir sa maladie en préjudice revient alors, pour les salariés ou anciens salariés, à admettre la responsabilité du travail dans la survenue de leur cancer et à découvrir, dans le même temps, que celle-ci est juridiquement et socialement acceptée. En déclarant leur cancer en maladie professionnelle, ils s'exposent à cette douloureuse prise de conscience.

Alors que le recours aux cancérigènes est légalement autorisé dans l'organisation collective du travail, c'est aux salariés ou anciens salariés, lorsqu'ils tombent malades, de faire individuellement, la preuve des expositions passées et négocier, au cas par cas, la reconnaissance de leur cancer en maladie professionnelle. N'ayant pas été protégés par le droit (du travail) dans l'espace de production, ils sont invités à exercer un droit (de réparation) qui les expose à de multiples violences. Le recours au droit, loin d'être toujours réparateur, peut aussi être source de souffrances et de maux de santé, comme l'a notamment montré Katherine Lippel⁴. En plus d'une épreuve, il peut être un stigmate, notamment pour celles et ceux qui perçoivent l'indemnisation au titre du « conjoint survivant », pour reprendre les termes de l'Assurance maladie.

L'exercice du droit à réparation prend un tout autre sens lorsqu'il est replacé dans une dimension collective. Il peut alors devenir un outil pour la prévention et pour

⁴ Katherine Lippel, « Therapeutic and Anti-Therapeutic Consequences of Workers' Compensation », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 22, n° 5-6, 1999, p. 521-546.

revendiquer « un contrôle social sur les conditions de production dont le critère est la compatibilité de celles-ci avec la santé humaine comme avec l'environnement⁵ ».

Prolongements

Cette recherche invite à plusieurs prolongements.

L'observation des conditions de la déclaration et de la reconnaissance des cancers en maladie professionnelle pourra être complétée en déplaçant le regard vers d'autres espaces d'instruction de ces dossiers, notamment vers les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, créés pour instruire les pathologies qui ne correspondent pas aux critères des tableaux. À la différence de l'instruction menée dans les Caisses, la décision repose dans ce cas sur un collège de trois médecins, aux statuts et aux fonctions différentes : un médecin-conseil de l'échelon régional de l'Assurance maladie, un médecin praticien hospitalier et un médecin inspecteur du travail. Des entretiens menés avec certains d'entre eux témoignent de l'existence d'un fort espace de subjectivité dans la prise de décision (comme le confirme l'extrême hétérogénéité des taux de reconnaissance d'un comité à l'autre) et de rapports de force entre ces différentes disciplines médicales. Le suivi des dossiers des salariés qui sont instruits par le CRRMP révèle la façon dont se construisent les refus de reconnaissance et l'instrumentalisation de l'incertitude causale, indépassable en matière de cancérologie. Les archives que j'ai pu consulter, rendant compte en 1990-1991 des discussions au sein du groupe de travail chargé d'élaborer ce système dit complémentaire, témoignent des écarts entre le projet initial (prévoyant d'inclure d'autres acteurs que des médecins dans l'instruction et notamment ceux qui ont une connaissance expérimentée des activités de travail exposées) et la forme qu'il a finalement prise. Préconisé par la Communauté économique européenne dès 1962, objet de plusieurs directives, ce système complémentaire a vu tardivement le jour en France, en 1993. Il est possible de relier sa naissance et les modalités de fonctionnement finalement retenues comme le fruit de l'intense conflit qui s'exprimait alors au sein de la Commission supérieure des maladies professionnelles sur la question des maladies « à composante professionnelle ». On pourrait alors, avec les CRRMP, autre lieu de l'instruction des cancers professionnels, compléter l'histoire de la mise en (in)visibilité des risques cancérogènes au travail.

De même, l'exploration des services en charge de la gestion des AT-MP invite à élargir l'investigation aux services de la prévention et de la tarification au sein de l'échelon régional de l'Assurance maladie pour examiner les liens entre ces trois dimensions du système de réparation des maladies professionnelles.

⁵ Laurent Vogel, « De l'indemnisation à la prévention : ambiguïtés et impasses dans le régime juridique des maladies professionnelles en Europe », *Revue juridique d'Auvergne*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires de la faculté de droit de Clermont-Ferrand, 2002.

Il serait aussi important d'examiner comment se déroule l'instruction des cancers déclarés en maladie professionnelle du côté des employeurs et de quels moyens ils se dotent pour y répondre. Dans cette thèse, les employeurs ont été envisagés sans établir de distinction entre les très grandes entreprises et les autres, comme un bloc monolithique. Pourtant, il semble que seule une minorité d'employeurs, à la tête d'entreprises importantes, fassent pression sur les Caisses en charge de l'instruction des dossiers et sur le contentieux. Dans la perspective de ne pas supporter seuls le coût de la réparation, ils parviennent à le mutualiser avec toutes les autres entreprises, quels que soient leur taille et leurs efforts en matière de prévention. Au cours de l'accompagnement des salariés dans leur accès au droit à réparation, j'ai pu être en contact avec des conjointes ou des filles de ces malades, dont certaines étaient en charge, au sein du service du personnel de leur entreprise, de la gestion des dossiers de maladie professionnelle. C'est dans le parcours d'accès au droit de leur proche qu'elles découvraient les modalités et les enjeux du droit à réparation. On fait alors l'hypothèse que, mal connu des salariés, ce droit à réparation des maladies professionnelles l'est aussi par de nombreux petits employeurs.

Au cours de cette recherche, il a été possible d'éprouver les limites de la définition de ce qu'est une exposition cancérigène professionnelle au regard des tableaux de la réparation. Ainsi, un salarié exposé à des cancérigènes sur son lieu de travail, mais pas à son poste de travail *stricto sensu*, peut se voir notifier un refus de reconnaissance. Au sein même de l'espace de travail, le droit à réparation segmente, pour un même cancérigène, les situations d'exposition et distingue parmi elles celles qui ouvrent droit à reconnaissance et les autres. Il ignore d'autant plus ces expositions quand elles se transportent hors de l'espace professionnel par les vêtements de travail des salariés, par leur peau voire tout leur corps (comme dans le cas des pesticides, de l'aluminium ou des irradiations par contamination), ou encore par les fumées et poussières rejetées par l'entreprise dans l'environnement. On souhaite alors interroger les cloisonnements institutionnels et juridiques qui séparent la santé au travail de la santé environnementale et leurs effets sur la perception et la prévention des risques ainsi que sur la réparation des préjudices qui en découlent. Dans cet objectif, on souhaite notamment réaliser une socio-histoire de la mobilisation de riverains d'une ancienne usine de broyage d'amiante, à Aulnay-sous-Bois, contaminés par ces expositions, qui a permis de révéler les dommages subis par les salariés de cette entreprise.

Sources

1. Archives et sources orales

Archives publiques

Archives nationales, Centre des Archives Contemporaines, Fontainebleau

- Art 001992 0443, 31

Commission supérieure des maladies professionnelles :
PV de séances 1920-1929 et 1935-1938
Plusieurs procès-verbaux de séances de la Commission d'hygiène industrielle

- Art 001978 0260, 22

(1945-1946)
Pelurier de la Direction générale de la Sécurité sociale, au moment de l'insertion de
l'assurance AT-MP au sein de la Sécurité sociale

- Art 001992 0443, 9

Comptes rendus de séances de la commission permanente du Conseil supérieur de la
prévention des risques professionnels

- Art 001992 0443, 35

(1931-1980)
Différentes pochettes sur les tableaux de maladies professionnelles
Tableau 15 : amines aromatiques (1977-1987)
requêtes individuelles, dossier important sur le Moca et les risques cancérogènes
Dossier volumineux sur l'amiante (1950-1979) : requêtes et dossiers médicaux de
particuliers (1950-1978), création du tableau 30 en 1950, surveillance médicale des
travailleurs, affaire Amisol, échanges avec la Chambre syndicale de l'amiante,
élaboration des textes réglementaires...

Archives départementales de Seine-Saint-Denis, Bobigny

- **1598 W (1-286)** : Inspection du travail, sixième section

- **1328 W** : Préfecture de la Seine-Saint-Denis, Installations et établissements classés

Archives départementales de Moselle,

Centre des archives industrielles et techniques de la Moselle (CAITM)

(transmises par le syndicat CFDT des mineurs lorrains)

- 2472CAITM49-53

Houillères du bassin de Lorraine, médecine du travail
Hydrocarbures polycycliques aromatiques (1977-1995)
notamment « Modification du tableau MP 16 et création du tableau MP 16 bis »

Archives municipales de Bobigny (Seine-Saint-Denis)

Dossiers d'entreprises

Archives privées

GISCOP93

(1990-2016)

Parmi ces archives, les rapports cités dans la thèse :

Goldberg Marcel, Michel Gérin et Danièle Luce, *Propositions pour la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique et d'intervention dans le domaine des cancers d'origine professionnelle dans le département de la Seine-Saint-Denis*, rapport d'une étude de faisabilité, INSERM Unité 88, décembre 1997.

Luce Danièle et Marcel Goldberg, *Étude de faisabilité, mise en place d'un programme de recherche épidémiologique et d'intervention "cancer travail environnement en Seine-Saint-Denis"*, Paris, INSERM Unité 88, juillet 1994.

Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, *Rapport Travail - Santé - Prévention. Mission de la Sécurité Sociale*, mission Buhl-Lambert, juillet 1982.

Ministère du Travail, *Incidence des conditions de travail sur la santé et les modes de vie, préparation du VIII^e plan, conditions de travail et relations professionnelles*, dossier constitué par un sous-groupe de travail animé par Denise Provent, Service des études et de la statistique, janvier 1980.

SECAFI/GISCOP93, *Agir pour la prévention des cancérogènes. Guide à l'attention des représentants du personnel au CHSCT*, 2010.

Ternois Martine, Serge Karsenty et Cédric Philibert, *Le médecin généraliste face à la pathologie liée au travail, approche psycho-sociologique*, CNRS, Centre d'études sociologiques, unité « Santé et société », annexe I au rapport Buhl-Lambert, avril 1982.

Thébaud-Mony Annie, Véronique Daubas-Letourneux et Alexandra Jean, *Exposition professionnelle aux cancérogènes et parcours professionnels. Post-enquête Sumer 2002-2003*, rapport final pour la DARES, GISCOP93, Université Paris 13, avril 2009.

Thébaud-Mony Annie, *Rapport final sur le "dispositif permanent de suivi des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis. Exploitation des données"*, à destination de la DRT, ministère du Travail, décembre 2004.

Thébaud-Mony Annie, Catherine Lepetit, Nathalie Bajos, Goucem Redjimi, Meredith Turshen, France Azan, *Les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis*, Etude coopérative INSERM/SPAS, rapport ronéo, mars 1990.

UFM-CFDT, commission AT-MP, *Reconnaissance des maladies professionnelles, quelques pistes pour régler les dossiers*, janvier 2003.

CPAM93

Parmi lesquels, cités dans la thèse :

Les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, diaporama, DRPRE, 2008, à l'occasion de la journée de formation organisée par Oncologie 93 sur « identification, certification et réparation des cancers professionnels », Université Paris 13, samedi 14 juin 2008.

Harmonisation, coordination et modernisation de la gestion des dossiers Accidents du travail Maladies professionnelles – rentes, rapport d'opportunité, direction de la circonscription administrative de Bobigny, décembre 1998.

Association Henri-Pézerat

Fonds d'archives de Henri Pézerat

Institut d'histoire sociale de la Fédération de la métallurgie CGT (ISH-CGT)

Fonds d'archives de Jean Hodebourg

Archives de Annie Touranchet**Archives de Jean-Claude Zerbib*****Entretiens enregistrés***

Geneviève Abadia, mai 2015

Service médical de l'INRS de 1988 à 1997 et de 2009 à 2015, a participé à la conception et à l'élaboration de la première édition du guide des tableaux de maladie professionnelle, en 1990

Jean-Claude Bodard, septembre 2015

ingénieur de prévention (retraité), siège à la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amianté (CECEA), au FIVA

Vincent Boissonnat, septembre 2016

sociologue, médecin de santé publique au Conseil général de Seine-Saint-Denis dans les années 1990, a participé aux discussions sur la naissance du dispositif SCOP93

Monique Bost, avril 2015,

inspectrice du travail

Pierre Bouvier, décembre 2014

responsable de l'association Centaure qui regroupe les anciens des chantiers navals de la Ciotat

Jacqueline Buhl-Lambert, mars 2015

ancienne permanente CGT, auteur d'un rapport sur les liens entre travail, santé et prévention en 1982 pour le ministère des Affaires sociales

Sylvie Catala, juin 2011,

inspectrice du travail, longtemps chargée du dossier amianté

Jean-François Certin, janvier 2016,

ingénieur de prévention en Pays de Loire, coordonnateur national du projet de prévention des cancers professionnels de la CNAMTS (2006-2012)

Mercedes et Marlène Cervantès et Laurent Gonon (entretien collectif), octobre 2012,

association des anciens verriers de Givors

Marie-France Cristofari, septembre 2015,

travaille à la direction de la Sécurité sociale avant de rejoindre le Service des études et de la statistique du ministère du Travail

Anne Delépine, juin 2015

Service médical INRS, rédactrice en chef de *Références en santé au travail* (qui succède à Documents pour le médecin du travail), est à l'origine de la première version

électronique du Guide des tableaux de maladies professionnelles et responsable de son actualisation, représente l'INRS au sein de la commission des maladies professionnelles

Béatrice Dufresne, juin 2011

responsable du service social de l'Assurance maladie en Seine-Saint-Denis

Jacqueline Giry, août 2014 et septembre 2015,

responsable du secteur Risques professionnels à la CPAM93

Michel Goudal, avril 2012

contrôleur de prévention (retraité), membre du collectif d'experts du Giscop93

Michel Héry, octobre 2012, mai 2014 et juin 2015

Ingénieur chimiste, responsable de la thématique prévention des cancers professionnels à l'INRS, siège à la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante (CECEA), au FIVA, membre du collectif d'experts du GISCOP93

Annie Leprince, juillet 2015,

Retraitée du service médical INRS, a représenté l'INRS au sein de la commission des maladies professionnelles.

Martine Léonard, octobre 2015

médecin inspecteur régional du travail, siège au CRRMP

Bernard Massera, octobre 2010,

ancien responsable syndical CFDT chez Chausson, animateur de l'Association « Chausson, une dignité ouvrière »

Frédéric Ogé, octobre 2011 (avec Benjamin Lysaniuk),

géographe, chargé de recherche CNRS, a effectué un recensement des sites « potentiellement pollués », à partir des traces de l'activité industrielle polluante laissées dans les archives publiques, auteur notamment de *Sites pollués en France, enquête sur un scandale sanitaire*, Éditions J'ai lu, « Librio », 2004

Arnaud Olivier, mai 2015,

avocat, défend les salariés et anciens salariés victimes du travail

Marie-France Oreste, mars 2015,

a participé à la création à la fin des années 1990 du pôle de références maladies professionnelles à la CPAM93 et animatrice du réseau partenarial jusqu'à son départ en retraite en 2008 (retraîtée)

Lucien Privet, septembre 2017

médecin, militant CFDT, expert médical auprès des permanences de victimes du travail

Magdeleine Ruhlmann, juin 2015 (avec Arzhelenn Le Diguerher),

médecin inspecteur régional du travail, siège au CRRMP

Jean-Michel Sterdyniak, avril 2015

médecin du travail, membre du collectif d'experts du GISCOP93

Annie Touranchet, juin 2013

médecin inspecteur régional du travail en Pays de Loire au début des années 1980, à l'initiative d'une nouvelle dynamique de déclaration des maladies à caractère professionnel (MCP)

Annie Thébaud-Mony, juin 2011,

sociologue, membre du CMRP, puis de l'ALERT, co-fondatrice du GISCOP93

Serge Volkoff, juillet 2015,
rejoint le Service des études et de la statistique du ministère du Travail en 1976,
fondateur du CRIAST, ergonomiste

Jean-Claude Zerbib, février 2015,
ancien représentant de la CFDT à la Commission supérieure des maladies
professionnelles

Documentaires

Fanjeaux Liza, « Perdre sa vie à la gagner », *Le monde en face*, France 5, 26 janvier 2016
[En ligne, consulté le 4 mai 2016] :<https://neplusperdresaviealagagner.org/perdre-sa-vie-a-la-gagner-reportage-de-liza-fanjeaux/>

Léraud Inès et Guillaume Baldy, « Henri Pézerat, l'homme de l'amiante : le temps des prises de conscience », *Sur les docks*, France Culture, 31 mars 2010.

Léraud Inès, « Henri Pézerat, l'homme de l'amiante », *Sur les docks*, France Culture, avril 2009.

Malye François et Antoine Roux, « L'amiante, le scandale continue », *Pièces à conviction*, France 3, 8 avril 2015.

Roy Emmanuel, *La part du feu*, Shellshock, 2014.

2. Sources imprimées

Annales d'hygiène publique et de médecine légale

« Cancer arsenical », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 50, 1903, p. 183.

« Cancer des fumeurs », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 35, 1896, p. 551-552.

« Cancer du pancréas et traumatisme », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 6, 1906, p. 374.

« Cancer du scrotum chez les ouvriers qui travaillent la paraffine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 2, n° 44, 1875, p. 213-214.

« Causes du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 48, 1902, p. 285.

« Enquêtes sur les rapports de la syphilis et du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 35, 1921, p. 42-43.

« Étiologie du cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 32, 1894, p. 451-454.

« Le cancer et les accidents du travail », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 8, 1907, p. 469-472.

« Les viandes cancéreuses », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 49, 1903, p. 73.

« Mortalité par cancer à New-York », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, 1914, p. 345-346.

« Recherches effectuées au bureau du Casier sanitaire en 1911 relative à la répartition du cancer et de la tuberculose dans les maisons de Paris », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 20, 1913, p. 119-122.

Lesieur Charles et P. Vigne, « Contribution à l'étude statistique du cancer. Le cancer à Lyon de 1902 à 1911 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 18, 1912, p. 297-306.

Ribierre Paul, « La médecine légale des accidents du travail au XX^e congrès de chirurgie. Tuberculoses chirurgicales, cancer », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, vol. 4, n° 9, 1908, p. 23-24.

Archives des maladies professionnelles

Balthazard Victor, « article nécrologique sur Guy Hausser », *Archives des maladies professionnelles*, t. 6, n° 7, 1944-1945, p. 349-351.

Hausser Guy, « La distribution de lait peut-elle prévenir les maladies professionnelles ? », *Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 1, mars-avril 1938, p. 34.

Compte rendu de la réunion du 20 mai 1938 de la Commission d'hygiène industrielle du ministère du Travail, *Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 4, septembre-octobre 1938.

Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle

« Application pendant l'année 1924 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 22, 1925, p. 349-355.

« Circulaire du 11 décembre 1931 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail sur l'emploi illégal de la céruse dans les travaux de peinture », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 31, n° 11, 1931, p. 175.

« Circulaire du 18 janvier 1922 adressée aux préfets », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 22, n° 3, 1922, p. 49.

« Circulaire du 1^{er} décembre 1923 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail, rapports et statistiques annuels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 23, n° 7, 1923, p. 111

« Circulaire du 21 septembre 1925 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail portant sur le cancer des ouvriers fileurs », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 14, 1925, p. 221-222.

« Circulaire du 3 juillet 1929, Hygiène des travailleurs, enquête sur les cancers professionnels », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 29, n° 8, 1929, p. 115-116.

Auribault (inspecteur), « Note sur l'hygiène et la sécurité des ouvriers dans les filatures et tissages d'amiante », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, n° 8, 1906, p. 120-132.

Babaud M., « Note sur les conditions d'hygiène des travailleurs des cokeries et des habitants voisins de ces établissements », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, n° 21, 1930, p. 311-334.

Courtois-Suffit (docteur), « Poussières diverses », *Bulletin de l'inspection du travail*, n° 3, 1903, p. 46-53.

Roussy Gustave et A. Héraux, *Les cancers professionnels*, Paris, Institut du cancer de la faculté de médecine de Paris, 1927, tiré à part issu de *La presse médicale*, n° 103, 24 décembre 1927, publié dans le *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 28, n° 21, 1928, p. 334-342.

Marty Jean, « Instructions générales du 27 mars 1894 adressées aux inspecteurs divisionnaires au sujet de l'application de la loi du 12 juin 1893 et du décret du 10 mars 1894, relatifs à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels », *Bulletin de l'inspection du travail*, n° 3, 1894, p. 630-636.

Bulletin de l'Académie de Médecine

Broca André, « Rapport sur les dangers des radiations pénétrantes et les moyens de les éviter, au nom de la Commission du Radium », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, vol. 85, n° 23, 7 juin 1921, p. 659-660.

Landouzy L. et Georges Brouardel, « Empoisonnements non professionnels par l'aniline. Étude clinique et expérimentale », *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1900, série 3, t. 44, p. 114-127.

Tardieu Ambroise, « Note pour faire suite au mémoire sur l'empoisonnement par la coralline », *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. 34, 1869, p. 120.

Revue d'hygiène et de police sanitaire / Revue d'hygiène / Revue d'hygiène et de médecine préventive

« "La contagion du cancer par l'habitation" (Brit. med. journ., 26 november 1898, p. 1612) », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 21, 1899, p. 342-344.

« "La distribution anatomique du cancer suivant les professions" par E. L Kennaway (Journ. Of Industrial Hygiene, février 1925, p. 69) », *Revue d'hygiène*, 1926, n° 48, p. 359-361.

« Action sur le cancer du rat », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 48, 1926, p. 430-432.

« Cancer du poumon professionnel », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 123-124.

« La distribution topographique du cancer », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 21, 1899, p. 649.

« La mortalité par cancer à Paris, sa fréquence et ses localisations selon l'âge et le sexe », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 161.

« Le cancer à Nancy », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 31, 1909, p. 1343.

« Le cancer des ramoneurs », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 51, 1929, p. 371-372.

« Le cancer du poumon de l'homme et expériences sur l'animal », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 60, 1938, p. 611.

« Maladies observées chez 60 000 souris soumises aux agents cancérogènes », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 55, 1933, p. 580.

« Recherches sur la production expérimentale du cancer chez le rat et la souris », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 43, 1921, p. 984-985.

« Revue des livres : Auguste Lumière, Le cancer, maladie des cicatrices, Paris, Masson et Cie, 1929 », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 51, 1929, p. 448.

« Sur la fréquence et les modalités du cancer chez les Annamites de Cochinchine », *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n° 50, 1928, p. 74.

Berthenson Léon, « L'industrie du pétrole au point de vue sanitaire », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 19, 1897, p. 794-795.

Broquin-Lacombe, « Y a-t-il des maisons à cancer ? », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 41, 1919, p. 518-522.

La Voix du peuple, Droit ouvrier

« L'institut d'étude et des préventions des maladies professionnelles », *La Voix du peuple*, série 4, n° 213, juillet 1938, p. 576-580.

« Maladies professionnelles », *La Voix du peuple*, série 3, n° 96, août 1928, p. 509-513.

« Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 3-6 avril 1929 au nom de la Confédération générale du travail », *La Voix du peuple*, série 3, n° 101, janvier 1929, p. 38-43.

« Vie syndicale dans les fédérations nationales », *La Voix du peuple*, série 3, n° 97, septembre 1928, p. 610-614.

« Ouverture de l'Institut Confédéral d'étude et de prévention des Maladies professionnelles », *La Voix du peuple*, novembre 1937, p. 677-679.

Martin Étienne, « Le décret du 20 novembre 1929 relatif à la déclaration obligatoire par les médecins de diverses maladies ayant un caractère professionnel », *La Voix du peuple*, série 3, n° 116, avril 1930, p. 238-241.

Autres sources imprimées

« Cahier de jurisprudence », *Plein droit*, vol. 53-54, n° 2, 2002, pp. III-XXVIII.

« Le patronat critique vivement un rapport sur les accidents du travail », *AFP*, 22 décembre 1997.

« Malgré la précarité, la Sécu ferme la moitié de ses accueils en Seine-Saint-Denis », *AFP*, 4 juin 2015.

ANDEVA, « Amiante, guide pratique », *ADDEVA* 93, 2007. [En ligne, consulté le 12 avril 2012] : <http://amicalecaneum.fr/rapports-seances/2017/Amiante%20-%20Guide%20pratique.pdf>

ANDEVA, « Le combat de Soraya », *Bulletin de l'ANDEVA*, n° 41, 17 janvier 2013. [En ligne, consulté le 29 janvier 2015] : <https://andeva.fr/?Faute-inexcusable-de-l-employeur,2217#soraya>

ANSES, « Moyens de protection des travailleurs aux fibres courtes et fibres fines d'amiante », *ANSES*, 2016. [En ligne, consulté le 15 septembre 2016] : www.anses.fr/fr/content/moyens-de-protection-des-travailleurs-aux-fibres-courtes-et-fibres-fines-d-amiante

APCME, Rapport d'activité, *APCME*, décembre 2015. [En ligne, consulté le 5 mars 2016] : www.sic-apcme.net

Association Émulsion, « Annie Touranchet, médecin inspectrice régionale du travail », *Émulsion*, automne 2017. [En ligne, consulté le 13 octobre 2017] : www.emulsion-photos.com/accueil/portraits/annie-touranchet-medecin-inspectrice-du-travail/

Aubenas Florence et Miguel Benasayag, *La fabrication de l'information*, Paris, La Découverte, « Sur le vif », 2007.

Aublanc Noël, Anselme Boaron, Charles Bouquerod, Georges Genin, François Libert, Maurice Maulet, Jacob Medina, Andrée Rigo, *Mémoires d'Usine (Rhône-Poulenc, St-Fons). Réalités, faits, soucis et humour de la vie quotidienne*, Éditions Claude Bussy, 1991.

Auroux Jean, *Les droits des travailleurs, rapport au Président de la République et au Premier ministre*, Paris, La Documentation française, « rapports officiels », 1981.

Beau Pascal (dir.), *50 ans de Sécurité sociale, l'œuvre collective*, Espace social européen, hors-série, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, 1995.

Beck François et Arnaud Gauthier (dir.), *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, « Baromètres santé », 2012.

Béclère Antoine, « Les moyens de protection du médecin et des malades contre l'action nocive des nouvelles radiations : rayons de Röntgen et rayons du radium », *Le radium*, vol. 1, n° 11, novembre 1904, p. 133-140.

Belot Joseph, *Traité de radiothérapie*, Paris, G. Steinheil, 1905.

Belpomme Dominique, *Comment naissent les maladies*, Paris, Éditions Les liens qui libèrent, 2016.

Ben Barka Bachir (coord.), *Mehdi Ben Barka en héritage. De la Tricontinentale à l'altermondialisme*, Paris, Syllepse, 2007.

Bérard Denis, « Les CAT (centres d'appel téléphoniques) », *Études et documents*, Lyon, Anact, 2000.

Berhnard S., G. Kraemer et P. Zettwoog, « La radioprotection dans les mines et usines de minerai d'uranium françaises », *Radioprotection*, Gédim, vol. 26, n° 2, 1991, p. 329-349.

Bernardino Ramazzini, *Des maladies du travail*, Valergues, AleXitère, 1990.

Bertillon Jacques, « De la fréquence des principales causes de décès à Paris pendant la seconde moitié du XIX^e siècle et notamment la période 1886-1905 », *Annuaire statistique de la ville de Paris*, Paris, Masson, 1906, p. 113-346.

Bertrand J. P., Chau Nearkasen, A. Patris, J. M. Mur, Q. T. Pham, J. J. Moulin, P. Morviller, G. Auburtin, A. Figuérédo et J. Martin, « Mortalité chez les ouvriers retraités des cokeries des Houillères du Bassin de Lorraine », *Revue de médecine du travail*, t. 16, n° 2, 1989, p. 73-78.

Beurard Jean-Baptiste, *Dictionnaire Allemand-Français contenant les termes propres à l'exploitation des mines, à la minéralurgie et à la minéralogie*, Paris, Imprimerie de Madame Huzard, 1809.

Biagini Cédric et Guillaume Carnino (coord.), *Les luddites en France*, Montreuil, Éditions l'Échappée, 2010.

Billaud Marc, Julie Henry et Pierre Sujobert, « Trompeuses métaphores du cancer », *Le Monde diplomatique*, septembre 2016, p. 28.

Bissuel Bertrand, « Inspection du travail : le rapport qui dérange », *Le Monde*, 21 février 2017. [En ligne, consulté le 2 mai 2014] : http://www.lemonde.fr/politique/article/2017/02/21/inspection-du-travail-le-rapport-qui-derange_5083034_823448.html

Bonneff Léon et Maurice Bonneff, « Dans les égouts de banlieue », *L'Humanité*, 24 novembre 1909, p. 2.

Bonneff Léon et Maurice Bonneff, « La classe ouvrière, Publications de la guerre sociale », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail*, Centre de recherches d'histoire économique et sociale, Faculté de droit et sciences politiques, Université de Nantes t. 4, 1978, p. 79-110.

Bonneff Léon et Maurice Bonneff, *La vie tragique des travailleurs. Enquêtes sur la condition économique et morale des ouvriers et ouvrières d'industrie*, Paris, Jules Rouff et Cie, 1908.

Bonneff Léon et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent. Enquête auprès des syndicats ouvriers sur les maladies professionnelles*, Paris, Bibliographie sociale, « Bibliothèque d'études ouvrières », 1900.

Bonneff Léon, Aubervilliers, *Talence*, Éditions L'arbre vengeur « L'alambic », 2015.

Bréchet Jeanne-Marie, « Quelle vérité au patient et à sa famille ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 24, n° 8-C2, octobre 2007, p. 131-136.

Breton Louis-Jules, *Les maladies professionnelles, rapport de M. Jules-Louis Breton, député du Cher, lors de l'Assemblée générale du 8 décembre 1910 de l'Association nationale française pour la protection légale des travailleurs*, Paris, Félix Alcan, 1910.

Bureau international du travail, *L'inspection médicale du travail*, Série F, n° 10, Genève, Bureau international du travail, 1927.

Bureau international du travail, *La réparation des maladies professionnelles. Révision partielle de la convention concernant la réparation des maladies professionnelles*, Genève, Bureau international du travail, 1933.

Bureau international du travail, *La silicose, compte rendu de la Conférence internationale tenue à Johannesburg du 13 au 27 août 1930*, Genève, Bureau international du travail, 1930.

Bureau international du travail, *Le cancer de la vessie chez les ouvriers travaillant dans les fabriques d'aniline*, Études et Documents, Série F, n° 1, Genève, Bureau international du travail, 23 février 1921.

Campbell Ross Hugh et John Westray Cropper, « The problem of the gasworks pitch industry and cancer », *The John Howard Mc Fadden Researches*, London, John Murray, 1912.

- Carson Rachel, *Un printemps silencieux*, Marseille, Wildproject, 2014.
- Cassou Bernard, « La prévention des risques professionnels : un système à dynamiser », *Après-demain*, n°320-321, 1990, p. 50-52.
- Cavet Marine et Martine Léonard, « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », *DARES Analyses*, n° 54, septembre 2013, p. 1.
- Cegarra Marie, *La mémoire confisquée. Les mineurs marocains dans le Nord de la France*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1999.
- CGT, *Le guide du militant de la métallurgie*, n° 179, mars 1984.
- Chailleux Edmond, « Cancers broncho-pulmonaires et facteurs professionnels », *Normandie*, 19 juin 1981, p. 689.
- Chardonnet Jean, « L'industrie chimique des sous-produits de la houille en France à la veille de la guerre », *Annales de Géographie*, t. 54, n° 295, 1945. p. 180-191.
- Charut Gérard, « La poussière de bois tue chaque année des ouvriers », *L'Est Républicain*, édition Lorraine du 16 septembre 1988.
- Chaulet Pierre et Claudine Chaulet, *Le choix de l'Algérie : deux voix, une mémoire*, Alger, éditions Barzakh, 2012.
- Chauvière Michel, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte, « Alternatives sociales », 2007.
- Cheysson Émile, « Les accidents du travail », *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, t. 8, 1899.
- Christensen H. E., *Suspected carcinogens. A subfile of the Niosh toxic substances list*, Rockville, HEW Publication, 1975.
- Cicolella André et Dorothee Benoît Browaeys, *Alertes santé. Experts et citoyens face aux intérêts privés*, Paris, Fayard, 2005.
- CIRC, Le Code européen contre le cancer, en ligne sur <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/12-facons> [consulté le 10 décembre 2017].
- CIRC, *Les causes du cancer en France, rapport du CIRC, de l'Académie nationale de médecine, de l'Académie nationale des sciences et de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer*, 2007. [En ligne, consulté le 5 mars 2016]: www.iarc.fr/fr/publications/pdfs-online/wrk/wrk3/CausesofCancerFrance2000_Fr.pdf
- Clerc F., C. Eypert Blaison, M. Guimon, A. Romero-Hariot et R. Vincent, « Campagne de mesures par microscopie électronique à transmission analytique », *INRS*, août 2011 [En ligne, consulté le 10 janvier 2018]: <http://www.inrs.fr/risques/amiante/travaux-inrs.html>
- Clunet Jean, « Le cancer expérimental », *Journal médical français*, n° 5, 1911, p. 299-305.
- CNAMTS, *Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Direction des risques professionnels, échelon national du service médical, septembre 1997.
- CNAMTS, *Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Direction des risques professionnels, échelon national du service médical, février 2001.

CNAMTS, *Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 pour la branche AT-MP*, 2014. [En ligne, consulté le 2 septembre 2017] : www.risquesprofessionnels.ameli.fr/strategie/objectifs.html

CNAMTS, *L'essentiel 2016. Santé et Sécurité au travail*, Assurance Maladie-Risques Professionnels, septembre 2017. [En ligne, consulté le 16 octobre 2017] : <http://risquesprofessionnels2016.fr/Lessentiel.pdf>

CNAMTS, *Rapport de gestion 2014 de l'Assurance maladie risques professionnels*, juillet 2015.

CNAMTS, *Rapport de gestion 2015 de l'Assurance maladie risques professionnels*, 2016. [En ligne, consulté le 30 octobre 2016] : www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/RAPPORT-AT-MP-2015.pdf

Cointepas Michel, « l'entrée de la direction du travail dans les relations internationales à travers la naissance du droit international du travail », *Cahiers du CHATEPF*, n° 7, mars 2007.

Collectif intersyndical sécurité des universités Jussieu CFDT, CGT, FEN, Danger amiante !, *Cahiers libres*, n° 334, Paris, Éditions François Maspero, 1977.

Commission d'hygiène industrielle, *Maladies professionnelles, étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail*, Paris, Imprimerie nationale, 1903.

Cornil Georges, *Du louage de services : ou contrat de travail*, Paris, Thorin, 1895.

Cour des comptes, *La gestion du risque accidents du travail et maladie professionnelle*, Paris, La Documentation française, 2002.

Cour des comptes, *La mise en œuvre du Plan cancer, rapport public thématique*, Paris, La Documentation française, 2008, p. 71, en ligne sur www.ccomptes.fr/fr/documents/691 [consulté le 27 décembre 2016].

Cour des comptes, *Rapport public annuel 1989*, Paris, La Documentation française, 1989.

Cristofari Marie-France, *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel, Rapport pour la DREES et la DARES*, Centre d'études de l'emploi, 2003. [En ligne, consulté le 3 mars 2017] http://www.dialogue-social.fr/files_upload/documentation/200809180840560.Rap_Cristofari_chap1.pdf

De Freycinet Charles, *Rapport sur l'assainissement industriel et municipal en France*, Paris, Dunod, 1866.

De Freycinet Charles, *Traité d'assainissement industriel*, Paris, Dunod, 1870.

De Hennezel Marie, *La Mort intime*, Paris, Robert-Laffont, « Aider la vie », 1995.

Debionne François-Paul, *La santé passe par la dignité : l'engagement d'un médecin*, Paris, Éditions de l'Atelier-Éditions ouvrières/Éditions Quart-monde, 2000.

Dechoz Jacques et Lydia Saouli, « Inspection du travail : lettre d'observation adressée à une entreprise, demande d'un salarié d'en obtenir copie, loi sur la transparence administrative, caractère communicable (oui) », *Droit ouvrier*, n° 777, avril 2013, p. 276-279.

Défenseur des droits, *Enquête sur l'accès aux droits. Relations des usagers et usagers avec les services publics : le risque du non-recours*, mars 2017. [En ligne, consulté le 3 octobre 2017] : www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf

- Delaporte Christine, *Dire la vérité aux malades*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Delberghe Michel, « Les commissions de réforme ne jouent pas franc-jeu », *Santé et travail*, n° 79, juillet 2012. [En ligne, consulté le 21 février 2016] : http://www.sante-et-travail.fr/les-commissions-de-reforme-ne-jouent-pas-franc-jeu_fr_art_1155_59529.html
- Delépine Nicole, *Le cancer, un fléau qui rapporte*, Paris, Michalon Éditeur, 2013.
- Delépine Nicole, *Le cancer, un fléau qui rapporte*, Paris, Michalon Éditeur, 2013.
- Dériot Gérard et Jean-Pierre Godefroy, *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information n° 37 (2005-2006) fait au nom de la mission commune d'information*, 26 octobre 2005. [En ligne, consulté le 6 décembre 2016] : www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-131.html
- Desplanques Guy, « L'inégalité sociale devant la mort », *Économie et statistique*, n° 162, 1984, p. 29-50.
- Desplanques Guy, *La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971*, Paris, INSEE, 1976.
- Dorion Georges et Daniel Lejeune, *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, 1991.
- Doumayrou Fanny, « Amiante, la mort en héritage », *L'Humanité*, vendredi 19 mars 2010. [En ligne, consulté le 2 septembre 2016] : <https://www.humanite.fr/node/435026>
- Drandov Albert et Dikeuss, « Marche ou grève », dans Albert Drandov (dir.), *Amiante, chronique d'un crime social*, Vernouillet, Septième Choc éditions, 2005, p. 14-18.
- Drandov Albert et Pauline Caster, « Un bleu de travail pour deux », dans Albert Drandov et Dikeuss (dir.), *Amiante, chronique d'un crime social*, Vernouillet, Septième Choc éditions, 2005, p. 35.
- Dubois Paul, « Tribune libre », *L'ingénieur-chimiste, organe des intérêts des ingénieurs-chimistes*, n° 49, 1926, p. 2.
- Ehster Jeanne-Marie, Hervé Fonds et Nicole Zimmermann, *Menaces sur la santé au travail*, Saint-Malo, Pascal Galodé Éditeurs, 2010.
- Emery Steuart M., « Roll of Martyrs to Science is increasing; Bergonie and Demenitroux, Radium, Experts, are Latest to Give Lives - Dr. Lazear a Fever Victim », *The New York Times*, 11 janvier 1925, p. XX5.
- Émile-Weil Prosper et Hémard Lacassagne, « Anémie pernicieuse et leucémie myéloïde mortelles provoquées par la manipulation de substances radio-actives », *Bulletin de l'Académie de médecine*, vol. 93, n° 9, 3 mars 1925, p. 237-241.
- Epstein Samuel, « Gagner la guerre contre le cancer... Mais est-elle vraiment engagée ? », *L'écologiste*, vol. 1, n° 1, automne 2000, p. 24.
- Erhenberg Alain, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- EUROGIP, *Déclaration des maladies professionnelles : problématiques et bonnes pratiques dans cinq pays européens, rapport d'enquête EUROGIP-102/F*, Paris, janvier 2015.
- EUROGIP, *Enquête sur la sous déclaration des maladies professionnelles en Europe*, Paris, décembre 2002.

European Trade Institut, The cost of occupational cancer in the EU-28, Brussels, 2017, accessible sur www.etui.org/Publications2/Reports/The-cost-of-occupational-cancer-in-the-EU-28 [consulté le 10 décembre 2017].

Even Pascal, « La sauvegarde de la mémoire de Charbonnages de France. Une priorité de la Direction des archives de France », *Documents pour l'histoire des techniques*, n° 16, 2008. [En ligne, consulté le 23 mai 2014] : <http://journals.openedition.org/dht/808>

Eypert-Blaison Céline, Laurence Fréville, Sylvie Veissière, Marie-Cecile Starck, Frédéric Clerc, Anita Romero-Hariot, Pascal Wild et Patrick Laine, « Amiante : un badge pour améliorer la perception du risque », *Hygiène et sécurité du travail*, n° 234, janvier-février-mars 2014, p. 46-50.

Favereau Éric, « J'ai un cancer, d'accord, mais comment je fais pour garder mon gamin ? », *Libération*, 8 novembre 2013. [En ligne, consulté le 18 octobre 2016] : www.liberation.fr/societe/2013/11/08/j-ai-un-cancer-d-accord-mais-comment-je-fais-pour-garder-mon-gamin_945673

Feygin Sophie, *Du cancer radiologique*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de Paris, 1914.

Fina Rosa, « J'ai fait reconnaître la maladie de mon père 25 ans après son décès », *Le bulletin de l'ANDEVA*, n° 42, avril 2013. [En ligne, consulté le 18 octobre 2016] : <https://andeva.fr/?COURRIERS-TEMOIGNAGES>

FNATH, « Chlorure de vinyle : la FNATH saisit le conseil d'État », *À part entière*, 17 juillet 2017. [En ligne, consulté le 5 août 2017] : <http://a-part-entiere.fr/chlorure-de-vinyle-la-fnath-saisit-le-conseil-detat>

Foucart Stéphane, « Epidémiologie: des liaisons dangereuses », *Le Monde*, 16 décembre 2013.

Fouquet Olivier, *Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les URSSAF et prévenir les abus, rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique*, Paris, La Documentation française, juillet 2008.

Foveau de Courmelles (docteur), « Les martyrs de la science. Les rayons X tuent ou guérissent », *Le Matin : derniers télégrammes de la nuit*, 6 avril 1920, p. 1.

Friot Bernard et Christine Jakse, « Une autre histoire de la Sécurité sociale », *Le Monde diplomatique*, décembre 2015, p. 3.

Gaubert Paul, « Le gisement d'urane de St-Joachimsthal », *Radium*, 3^e année, n° 1, 1906, p. 1-9.

Gauron C. et C Lefaure, « Le réseau ALARA européen. Support et vecteur de l'optimisation de la radioprotection en Europe », *Documents pour le médecin du travail*, n° 111, 2007, p. 301-305.

Gibaud Bernard, *De la mutualité à la Sécurité sociale, conflits et convergences*, Paris, Éditions ouvrières, 1986.

Godefroy Jean-Pierre et Catherine Deroche, *Le financement de la branche AT-MP : préserver le dialogue social - revenir à l'équilibre. Rapport d'information n° 657 (2011-2012) de M. Jean-Pierre Godefroy et Mme Catherine Deroche, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, 11 juillet 2012. [En ligne, consulté le 14 novembre 2017] : <http://www.senat.fr/rap/r11-657/r11-6573.html#toc60>

Got Claude, *La santé*, Paris, Flammarion, 1992.

Got Claude, *Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France*, juillet 1998. [En ligne, consulté le 25 janvier 2017] : www.sante-publique.org/amiante/rapportgot1998/gotrappport.htm

Grosjean Blandine, « Vous êtes français, Prouvez-le ! Renouveler sa carte d'identité, c'est parfois le début d'un cauchemar. Quatre exemples », *Libération*, 22 octobre 1996. [En ligne, consulté le 4 mars 2017] : http://next.liberation.fr/vous/1996/10/22/vous-etes-francais-prouvez-lerenouveler-sa-carte-d-identite-c-est-parfois-le-debut-d-un-cauchemar-qu_186359

Grünfeld Jean-Pierre, *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013*, 14 février 2009. [En ligne, consulté le 14 septembre 2017] : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf

Guérin Daniel, *Ben Barka, ses assassins*, Paris, Syllepse & Périoscope, 1991.

Guérin-Henni Anne, *Les pollueurs. Lutttes sociales et pollutions industrielles*, Paris, Seuil, 1980.

Guillemard Anne-Marie, *La retraite, une mort sociale*, Paris La Haye, Mouton, 1972.

Haguenoer Jean-Marie, Paul Frimat, Jacques Bonnetterre et Philippe Vennin, *Les cancers professionnels*, Paris, Librairie Lavoisier/Tec&Doc, 1982.

Hausser Guy, « La protection du travail en URSS », *Le travail humain*, t. 5, n° 2, juin 1937, p. 236-238.

Haute autorité de la santé, *Rapport sur le suivi post professionnel à l'amiante*, Saint-Denis, HAS, 2010.

Héry Michel, « Prévention du cancer de la vessie en milieu professionnel : Bilan et perspectives », *La revue du journal des professionnels de la santé au travail*, octobre 2008, p. 16-17.

Héry Michel, Pascal Poirot, Edmond Kauffer et Stéphane Aubert, « Expositions professionnelles des travailleurs employés sur les chantiers d'enlèvement d'amiante », *Cahiers de notes documentaires*, n° 167, 1997, p. 217-224.

Hesse Walther, « Das Vorkommen von primärem Lungenkrebs bei den Bergeleuten in Schneeberg », *Arch. für Heilk.*, 1878, p. 160.

Hitier Charles-Pierre, « L'indépendance médicale, mythes et réalités », *Médecine et travail*, n° 95, 1978, p. 18-25.

Hodebourg Jean, *Le travail, c'est la santé. Perspectives d'un syndicaliste*, Montreuil, VO Éditions, 1994.

Hœrni Bernard (dir), *Les cancers de A à Z, histoire, science, médecine, société*, Saint-Chéron, Éditions Alain Schrotter, 1995.

Horel Stéphane et Gary Dagorn, « Cancers au travail : Bruxelles malade des conflits d'intérêts », *Le Monde*, 24 février 2017.

Horel Stéphane, « Cancer au travail : la Commission européenne complice de l'industrie », *Le Monde*, 24 février 2017.

Hubaud Marie-José, *Des hommes à la peine, carnets d'un médecin du travail*, Paris, La Découverte, 2008.

IARC, *Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Polynuclear Aromatic Compounds, Part. 3, Industrial exposures in Aluminium Production, Coal Gasification, Coke Productions and Iron and Steel Founding, Monographie n° 34*, Lyon, juin 1984.

IARC, *Monograph on asbestos*, Lyon, 1977

Imbernon Ellen, Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Saint-Maurice, INVS, 2003.

INCA, « Démarches sociales et cancer », *Guides patients Cancer info*, mars 2012.

INCA, « La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après cancer », *Études et enquêtes*, juin 2014.

INPES, « Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble », *Santé en action*, n° 425, septembre 2013. [En ligne, consulté le 25 avril 2016] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

INRS, « Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93- 121, du 27 janvier 1993 », *Documents pour le médecin du travail*, n° 121, 1^{er} trimestre 2010, p. 91-120.

INRS, « Vêtements de protection en amiante, dégagement de poussières lors de la fabrication et de l'emploi », *Cahiers de notes documentaires*, n° 96, 1979.

INRS, *Amiante, les produits, les fournisseurs, ED 1475*, novembre 2014. [En ligne, consulté le 25 janvier 2016] : www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%201475

INRS, *Cahiers de notes documentaires*, n° 125, 1986.

INRS, *Cahiers de notes documentaires*, n° 129, 1987.

INRS, *Guide d'accès et commentaires sur les tableaux de maladie professionnelle*. [En ligne, consulté le 3 juillet 2015] : <http://www.inrs-mp.fr>

INRS, Hygiène et sécurité du travail, *Cahiers de notes documentaires*, vol. 203, n° 79, 2006.

INVS, « Estimation de la part de cancer attribuable à certains cancérogènes en France », Document produit pour la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale », INVS, avril 2014.

Jaklitsch M. T., F. L. Jacobson, J. H. Austin, J. K. Field, J. R. Jett, S. Keshavjee, H. MacMahon, J. L. Mulshine, R. F. Munden, R. Salgia, G. M. Strauss, S. J. Swanson, W. D. Travis et D. J. Sugarbaker, « The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups », *The Journal of Thoracic and Cardiovascular surgery*, vol. 144, n° 1, 2012, p. 33-38.

Jeffroy François et Isabelle Lambert, « Entretien avec Roger Rameau », *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, 1999. [En ligne, consulté le 3 décembre 2016] : <http://ergonomie-self.org/lergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/>

Jobert Marine, « Gérard Lasfargues : « Il ne faut pas tout attendre de l'évaluation réglementaire », *JNE*, 24 décembre 2013. [En ligne, consulté le 4 juillet 2015] : <http://www.journaldelenvironnement.net/article/gerard-lasfargues-il-ne-faut-pas-tout-attendre-de-l-evaluation-reglementaire,41032>

- Joffrin Laurent, « Maladie de classe », *Libération*, 2 juillet 1996.
- Juffé Michel, *À corps perdu. L'accident du travail existe-t-il ?*, Paris, Seuil, 1980.
- Kayser Marie, « La mobilisation d'une profession, entretien avec Gilles Rialland, Christian Zimmer et Patrick Dubreuil », *Pratiques*, n° 76, janvier 2017, p. 14-17.
- Klein Charles-Armand, *Monsieur Sécurité sociale raconte et conseille*, Paris, Temascope, 1976.
- Kling André et Marguerite Heros, « Le goudronnage des routes et chaussées, facteur étiologique possible du cancer primitif du poumon », *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 27, 1938, p. 130-143.
- Landrè Marc et Sabine Syfuss-Arnaud, « Cinq caisses passées au crible », *L'Express*, 1^{er} mars 2005.
- Langård Sverre, « Gregorius Agricola memorial lecture : Lung cancer. A work-related disease for 500 years, as predicted by Agricola », *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, vol. 31, 2015, p. 214-218.
- Lauwerys Robert R., *Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles*, Paris, Masson, 2007.
- Laville Antoine, « Entretien avec Alain Wisner », *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, mai 2000. [En ligne, consulté le 3 décembre 2016]: <http://ergonomie-self.org/lergonomie/histoire-de-lergonomie/par-ceux-qui-lont-fait/>
- Le Breton David, *L'expérience de la douleur*, Paris, Métailié, 2010.
- Le Corre Gérald, « Quelle contribution peut-on exiger de l'inspection du travail concernant le droit de la preuve ? », *Le Droit ouvrier*, n° 788, mars 2014, p. 218-227.
- Le Corroller-Soriano Anne-Gaëlle, Laëtizia Malavolti et Catherine Mermilliod, *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, La Documentation française, « Études et statistiques », 2008.
- Le Lay Stéphane et Julien Lusson, « Un toxicologue de la marge à la centralité. Entretien avec Henri Pézerat », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, 2009, p. 146-157.
- Leclerc de Pulligny, Commission d'hygiène industrielle, *Maladies professionnelles, étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail*, Paris, Imprimerie nationale, 1903.
- Lecluse Michèle, « Accidents du travail : nouvelle pomme de discorde entre le CNPF et le gouvernement », *Les Échos*, n° 17549, 23 décembre 1997.
- Lejeune Daniel, *La traçabilité des expositions professionnelles*, Paris, La Documentation française, 2008.
- Lenoir Yves, *La comédie atomique. L'histoire occultée des dangers des radiations*, Paris, La Découverte, 2016.
- Léon Poincaré, *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène*, Paris, Masson, 1886.
- Lesbre Michèle, *Victor Dojlida, une vie dans l'ombre*, Paris, Gallimard, « Folio », 2014.

Leveque N., L. Brouchet, B. Lepage, C. Hermant, L. Bigay-Game, G. Plat, M. Dahan, D. Riviere, Didier, J. Mazieres., « Analyse des délais de prise en charge des cancers thoraciques : étude prospective », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 31, n° 3, mars 2014, p. 208-213.

Ligue nationale contre le cancer, *Les malades prennent la parole : le livre blanc des 1ers États Généraux des malades du cancer*, Paris, Ramsay, 1999.

Linhart Robert, *L'établi*, Paris, Éditions de Minuit, 1978.

Logeay Pierre et Charles Gadbois, « Les astreintes psychiques des situations dangereuses au travail », *Documents pour le médecin du travail*, n° 44, 1990, p. 397-401.

Ludewig P et E Lorensen, « Untersuchung der Grubenluft in den Schneeberger Gruben auf den Gehalt und Radiumemanation », *Strahlentherapie*, n° 17, 1924, p. 428-435.

Maire Cécile, *Vivre et mourir de l'amiante, une histoire syndicale en Normandie*, Paris, L'Harmattan, 2016.

Manouvriez Anatole (docteur), *Maladies et hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai*, Paris, Librairie Baillière, 1876.

Maraschin Joëlle, « Permanences syndicales pour victimes du travail », *Santé et travail*, n° 58, avril 2007, p. 38-40.

Marcangeli Laurent, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (n° 1412), Tome V, accidents du travail-maladies professionnelles, 17 octobre 2013, en ligne sur [www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1470-tV/\(index\)/rapports](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1470-tV/(index)/rapports) [consulté le 5 février 2016].

Markowitz Morri E., Mark Sinnett, John F. Rosen, « A Randomized Trial of Calcium Supplementation for Childhood Lead Poisoning », *Pediatrics*, vol. 113, n° 1, janvier 2004, p. 34-39.

Masse Roland, « Le radon, aspects historiques et perceptions du risque », *Contrôle, revue de l'Autorité de sûreté nucléaire*, juin 2003, n° 53, p. 1-2.

Massera Bernard et Daniel Grason, *Chausson, une dignité ouvrière*, Paris, Éditions Syllepse, « Le Présent Avenir », 2004

Mengeot Marie-Anne et Jean-Claude Zerbib, *L'atome au jour le jour. Les travailleurs face aux risques de la technologie nucléaire*, Bruxelles, European Trade Union Institut (ETUI), 2012.

Mengeot Marie-Anne, *Les cancers professionnels, une plaie sociale trop souvent ignorée*, Bruxelles, European Trade Union Institut (ETUI), 2007.

Mengeot Marie-Anne, *Prévenir les cancers professionnels. Une priorité pour la santé au travail*, Bruxelles, European Trade Union Institut (ETUI), 2014.

Milza Pierre, *Voyage en Ritalie*, Paris, Payot « Petite bibliothèque », 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la Sécurité sociale pour 1997*, La Documentation française, octobre 1997. [En ligne, consulté le 24 avril 2015] : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000429/index.shtml>

- Ministère du Travail, *L'inspection du travail en France en 2013*, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction générale du travail, Département de l'animation de la politique du travail et du contrôle, 2014. [En ligne, consulté le 12 mai 2015] : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_IT_2013_Web.pdf
- Montesano Ruggero et Lorenzo Tomatis, « Les cancérogènes chimiques », *Lyon médical*, 238, 14, 1977, p. 107-117.
- Morabia Alfredo, *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Basel, Birkhäuser Verlag, 2004.
- Morere Jean-François, Michel Crépin, Thierry Bouillet, Laurent Zelek et Anne Festa, *Le Cancer pour les nuls, Comprendre et accompagner le malade du cancer au quotidien*, Paris, First éditions, 2011.
- Mukherjee Siddharta, *L'empereur de toutes les maladies. Une biographie du cancer*, Paris, Flammarion, 2013.
- Mury Gilbert, *Le sang ouvrier. Les accidents du travail*, Paris, Éditions du Cerf, « Objectifs », 1974.
- Musil Robert, *L'Homme sans qualité*, Paris, Seuil, 1957 [1930].
- Musso Pierre, *L'idéologie industrielle. Monastères, manufactures, usines, une généalogie de l'entreprise*, Paris, Fayard, « Poids et mesures du monde », 2017.
- Newell Stannard J., *Radioactivity and Health. A History*, Washington, Raymond W Baalman ed., Department of Energy. Office of Health and Environmental Research, 1988.
- Nicolino Fabrice, *Un empoisonnement universel. Comment les produits chimiques ont envahi la planète*, Paris, Actes Sud, 2016.
- Noizille Vincent, *Les empoisonneurs*, Paris, Fayard, 2005.
- Oddone Ivar, Alessandra Re et Gianni Briante, *Redécouvrir l'expérience ouvrière, Vers une autre psychologie du travail ?*, Paris, Éditions sociales, 1981.
- Office du travail, *Les poisons industriels*, Ministère du Commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Paris, Imprimerie nationale, 1901.
- Ogien Ruwen, *Mes Mille et Une Nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Paris, Albin Michel, 2017.
- Pairon Jean-Claude et Soisig Schamming's, *Volet médico-social du programme national de surveillance du mésothéliome. Bilan 1999-2003*, Saint-Maurice, INVS, 2005.
- Pairon Jean-Claude, « Programme expérimental de surveillance post-professionnel "amiante" dans les régions Aquitaine, Normandie, Rhône-Alpes et recommandations élaborées par le groupe de travail », *Documents pour le médecin du travail*, n° 114, 2e trimestre 2008, p. 268-269.
- Pascual Marie, « Amiante : les leçons à tirer », *Médecine et travail*, 1996, n° 170, p. 35-36.
- Pézerat Henri, « Risques, sciences et contre-pouvoirs, un parcours », *Association Henri-Pézerat, « Vécus, Paroles, Mémoires »*, 2008. [En ligne, consulté le 7 août 2014] : www.asso-henri-pezerat.org/wp-content/uploads/2014/04/Autobiographie-Henri-P%C3%A9zerat.pdf

Pièces et main d'œuvre et Black-star éditions, *Syndicalisme et chimiothérapie. Le cancer de l'industrie*, Grenoble, anti-copyright, 2012. [En ligne, consulté le 5 mai 2017] : www.piecesetmaindoeuvre.com/spip.php?page=resume&id_article=366

Pinault Michel, *Frédéric Joliot-Curie*, Paris, Odile Jacob, 2000.

Piriou Henri, *Contribution à l'étude des maladies professionnelles*, Librairie Adrien Mazort, 1924.

Poincaré Léon, *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène*, Paris, Masson, 1886.

Poindron Pierre-Yves, « Cancer, lever les tabous », *L'Unité*, vendredi 4 février 1983, n° 499, p. 23.

Potier Michel et Christian Lascaux, « Entretien avec Jean Hodebourg », *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, 2002. [En ligne, consulté le 3 décembre 2016] : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2017/02/HodebourgJean.pdf>

Potier Michel, « Entretien avec François Guérin », *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, 2002. [En ligne, consulté le 3 décembre 2016] : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/07/Fran%C3%A7ois-Gu%C3%A9rin.pdf>

Pott Percivall, « Observations on the Cancer of the Scrotum », *Chirurgical Observations*, London, Hawes, W. Clarke and R. Collins, 1775.

Privet Lucien, *Les cancers professionnels*, dossier santé-travail n° 1, Union régionale CFDT Lorraine, 1988.

Rameau Roger, « Les mineurs et la silicose », *Cadres CFDT*, n° 298, mai-juin 1981.

Rapport de la commission instituée par l'article L 176-2 du Code de la Sécurité sociale, dit « rapport Bonin », juin 2014. [En ligne, consulté le 16 septembre 2016] : www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP?id_mot=65

Rapport de la commission instituée par l'article L 176-2 du Code de la Sécurité sociale, juin 2014. En ligne sur www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP?id_mot=65 [consulté le 16 septembre 2016].

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale, juin 2014.

Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (n° 1412), Tome V, accidents du travail-maladies professionnelles, 17 octobre 2013.

Régaud Claudius, « Le rôle du médecin sans spécialité dans le diagnostic du cancer », *La lutte contre le cancer*, n° 10, 1925, p. 112.

Remontet Laurent, Aurélien Belot et Nadine Bossard, « Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°38, 13 octobre 2009.

Rémy Charles, *L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières*, Paris, Vigot Frères éditeurs, 1906.

Réseau national de santé publique, L'infection du VIH en France, tendances et caractéristiques actuelles, Journée mondiale de lutte contre le Sida, 1^{er} décembre 1996.

- Rey Roselyne, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 2011 [1993].
- Rezvani Ali, Françoise Doyon et Robert Flamant, *Atlas de mortalité par cancer en France (1971-1978)*, Paris, INSERM, 1986.
- Risk Tania (dir.), *Les proches de patients atteints d'un cancer, usure et temporalité. Abord de la problématique et expérience croisée des professionnels et des intéressés*, Boulogne-Billancourt, INCA, « Études et expertises », 2007.
- Robin Marie-Monique, *Notre poison quotidien. La responsabilité de l'industrie chimique dans l'épidémie des maladies chroniques*, Paris, La Découverte/Arte éditions, 2001.
- Roche Pierre, *Une santé d'acier*, Paris, Éditions du CNRS, 1987.
- Roussy Gustave, « Le cancer expérimental », *Annales de médecine*, t. 9, 1921, p. 5.
- Ruszniewski M., « Faut-il dire la vérité au malade ? » *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 21, n° 1, février 2004, p. 19-22
- Saada Kathy, « Premiers regards sur la mensuralisation », *Économie et statistique*, vol. 30, n° 1, 1972, p. 29-38.
- Sachet Adrien, *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Paris, Librairie du recueil Sirey, 1937.
- Santi Pascale, « Cancer et précarité : combattre la double peine », *Le Monde*, 28 octobre 2013.
- Sargos Pierre, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité », *La semaine juridique*, n° 4, 2003, p. 356-363.
- Seilhean Danielle, « Autopsie et religions », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, vol. 185, n° 5, 2001, p. 877-889.
- Skrabanek Petr, *La Fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995
- Sohier Roger et M. A.G.B. Sutherland, *La genèse du Centre international sur le cancer. Rapport technique*, n° 6, Lyon, CIRC, 1990.
- Sonnet Martine, *Atelier 62*, Cognac, Éditions Le temps qu'il fait, 2009.
- Syndicat CFDT de l'énergie atomique, *L'Électronucléaire en France*, Paris, Seuil « Points », 1975.
- Syndicat général de la Marine, *Accidents du travail. Note complémentaire à la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la chambre des députés*, Cahors, Imprimerie G. Rougier, 1912.
- Targowla Olivier, *Les médecins aux mains sales. La médecine du travail*, Paris, Belfond, « l'Echappée », 1976.
- Tarteret Eugène, *Commission ouvrière de 1867. Recueil des procès-verbaux des assemblées générales des délégués et des membres des bureaux électoraux*, Paris, Imprimerie Lefebvre, 1869.
- Tcherkoff Wladimir, *Le crime de Tchernobyl. Le Goulag nucléaire*, Arles, Actes Sud, 2006.
- Teiger Catherine et Antoine Laville, « Entretien avec Robert Villatte », *L'ergonomie par ceux qui l'ont faite*, 2001-2003. [En ligne, consulté le 3 décembre 2016] : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2017/02/VillatteRobert.pdf>

Theureau Jacques et Bernard Tort, *Contribution des recherches ergonomiques à la constitution d'une méthodologie d'enquête statistique sur les conditions de travail. Étude pour le compte du SES, ministère du Travail*, Paris, 1977.

Tillion Germaine, *Fragments de vie*, Paris, Seuil, 2009.

Tomkiewicz Stanislaw, *L'enfant maltraité*, Paris, Fleurus, 1993.

Touly Jean-Luc et Roger Lenglet, *Syndicats, corruption, dérives, trahisons*, Paris First Document, 2013.

Touraine Alain, *La voix et le regard*, Paris, Seuil, 1978.

Trentin Bruno, *La cité du travail. Le fordisme et la gauche*, Paris, Fayard « Poids et mesures du monde », 2012.

Turshen Meredith, *The politics of public health*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1989.

UNCASS, *Instance nationale de concertation AT-MP du 20 avril 2017*. [En ligne, consulté le 25 novembre 2017] : http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceRessourcesHumaines/pdf/INC/2017/Proces_verbaux/170420_PV_INC_ATMP.pdf

Vainio H and K G Thigpen, « A distinguished career in the service of cancer prevention », *Environmental Health Perspectives*; vol. 102, n° 2, 1994, p. 164-166.

Veil Claude, *Hygiène mentale du travail*, Paris, Le François, 1964.

Verger Pierre, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard et Alain Viau, « Médecins généralistes et santé au travail », dans Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand, Pierre Verger et François Beck. (dir), *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Saint-Denis, INPES Éditions, « Études santé », 2012, p. 115-153.

Vergez Bénédicte, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Paris, Éditions complexe, 1996.

Vernois Maxime, *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes*, Paris, Baillières et fils, 1860.

Viennot Eliane, *Non, le masculin ne l'emporte pas sur le féminin !, Petite histoire des résistances de la langue française*, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe, 2014.

Villatte Robert, « Pour un statut des conditions de travail », *Après-demain*, janvier 1984, n° 260.

Vincent (docteur), « Encore la question du développement du cancer. Emploi de produits goudronneux au point de vue de la santé publique », *L'Union pharmaceutique*, 15 juillet 1924, p. 211.

Whyte Francis, « Cancer du cokier. Des militants lorrains mènent l'enquête », *Syndicalisme*, du 20 au 26 août 1987, p. 6.

Wisner Alain, « Préface », dans Ministère du travail et des affaires sociales, *Les conditions de travail en enquêtes*, Document d'études n° 29, juillet 1999, p. 7.

Wisniewski Jean, *Les accidents du travail : qui paye quoi ?*, Paris, Éditions d'organisation, 1983.

Woodward A., D. Roder, A. J. McMichael, P. Crouch, A. Mylvaganam, « Radon daughter exposures at the radium Hill uranium mine and lung cancer from among former workers, 1952-1987 », *Cancer Causes and Control*, n° 2, 1991, p. 213-220.

Yamagiwa Katsusaburō and Koichi Ichikawa, « Experimental Study of the Pathogenesis of Carcinoma », *American Association for Cancer Research Journals*, vol. 3, n° 1, 1918, p. 1-29.

Zerbib Jean-Claude, « Adieu à Bella Belbéoch, figure de l'opposition au nucléaire », *Reporterre*, 26 octobre 2016. [En ligne, consulté le 20 octobre 2017]: <https://reporterre.net/Adieu-a-Bella-Belbeoch-figure-de-l-opposition-au-nucleaire>

Zerbib Jean-Claude, « Maladies professionnelles : pour l'évolution du système français », *CFDT aujourd'hui*, n° 95, 1990, p. 63-75.

Zerbib Jean-Claude, « Risques du travail : des chiffres en-dessous de la réalité », *Liaison CE*, octobre 1989, n° 82.

Zerbib Jean-Claude, *Comment déclarer une maladie professionnelle ? La défense du dossier de la victime*, Paris, INPACT, 1989.

Bibliographie

- « Le bilan de la première année d'application de la nouvelle législation sur les accidents du travail », *Revue française du travail*, n° 4-5-6, avril-mai-juin 1948.
- « Usages de la téléphonie », *Réseaux*, vol. 15, n°82-83, 1997.
- Abécassis Philippe, « Les cancers du foie », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 187-188.
- Abécassis Philippe, « Les cancers urinaires et génitaux », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 192-196.
- Adam Patrick, « Médecins du travail : le temps du silence ? », *Droit social*, vol 6, n° 6, 2016, p. 541-546.
- Aïach Pierre, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 3, n° 2, 2004, p. 39-47.
- Aïach Pierre, Alicia Kaufmann, Renée Waissman, *Vivre une maladie grave*, Paris, Éditions Méridiens Klincksieck, « Réponses sociologiques », 1989.
- Aminot Jean-Pierre, « Martin Nadaud et les accidents du travail », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 5, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1978, p. 109-127.
- Andéol Marc, Rossella Cruciani et Alessandra Re, « Le système d'information concret (SIC) », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 447-450.
- Antoniotti Stéphanie, Véronique Péliissier, Marie-Claude Siméoni et Catherine Manuel, « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies "pestilentielles" aux maladies "émergentes" », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 165-178.
- Aoustin-Pichard Laurette, *Les maladies à caractère professionnel. Analyse critique et expérimentation d'un nouveau mode de déclaration*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 1989.
- Appay Béatrice et Annie Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail, santé*, Paris, IRESO, INSERM, CNRS, 1997.
- Arborio Anne-Marie et Pierre Fournier, *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2012.
- Arborio Anne-Marie, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba et Séverin Muller (dir.), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2008.

- Ariès Philippe, *L'homme devant la mort*, Paris, Seuil, 1985.
- Aubin Gérard, « La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité », *Droit social*, 1998, p. 635.
- Augé Marc et Claudine Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des Archives contemporaines, « Ordres sociaux », 1984.
- Avril Christelle, Delphine Serre, Marie Cartier, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, « Grands repères Guide », 2010.
- Babin Matthieu, *Le risque professionnel : étude critique*, thèse pour le doctorat en droit, Université de Nantes, 2003.
- Bacqué Marie-Hélène, « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires*, n° 460, 2005, p. 32-35.
- Barbier Geneviève et Armand Farrachi, *La société cancérigène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer ?*, Paris, Éditions de la Martinière, 2004
- Barbot Janine, *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.
- Barthe Yannick, « Cause politique et "politique des causes". La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, vol. 91, n° 3, 2010, p. 86.
- Barthe Yannick, *Les retombées du passé. Le paradoxe de la victime*, Paris, Seuil « La couleur des idées », 2017.
- Baszanger Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n°1, 1986, p. 3-27.
- Bataille Philippe, *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland, 2003.
- Beaud Michel, Pierre Danjou, Jean David, *Une multinationale française : Pechiney-Ugine-Kuhlmann*, Paris, Seuil, 1975.
- Beaud Stéphane et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, « Grands repères », 2010.
- Becker Howard S., « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62-63, juin 1986, p. 105-110.
- Becker Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métaillié, 1985.
- Bécot Renaud et Céline Pessis, « Improbables mais fécondes : les rencontres entre scientifiques critiques et syndicalistes dans les « années 1968 », *Mouvements*, vol. 80, n° 4, 2014, p. 51-66.
- Bécot Renaud, « Les germes de la préoccupation environnementale dans le mouvement syndical. Sur les rapports entre syndicalisme et productivisme », dans Céline Pessis, Sezin Topçu et Christophe Bonneuil (dir.), *Une autre histoire des « Trente Glorieuses ». Modernisation, contestation et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte, 2013, p. 231-248.
- Bécot Renaud, *Syndicalisme et environnement en France de 1944 aux années quatre-vingt*, thèse pour le doctorat en histoire et civilisations, EHESS, 2015.

- Béliard Aude et Jean-Sébastien Eideliman, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », dans Alban Bensa et Didier Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 123-141.
- Bellanger Emmanuel, *Naissance d'un département et d'une préfecture dans le « 9-3 ». De la Seine banlieue à la Seine-Saint-Denis : une histoire de l'État au XX^e siècle*, Paris, La Documentation française, 2005.
- Bélorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2011.
- Benquet Marlène, Pascal Marichalar, et Emmanuel Martin, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, vol. 79, n° 3, 2010, p. 121-143.
- Bernard Philippe, *La fin d'un monde, 1914-1929*, Paris, Seuil « Points », 1975.
- Berrat Brigitte, *Le non-recours aux droits et dispositifs liés au handicap. "Ne rien dire, c'est ne pas être handicapé"*, Paris, CNAM, avril 2011.
- Bertrams Kenneth et Sandrine Kott, « Actions sociales transnationales », *Genèses*, vol. 71, n° 2, 2008, p. 2-3.
- Bessin Marc, *Sociologie des présences sociales. Les temporalités sexuées des interdépendances*, mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris Descartes, USPC, t. 2, 2016.
- Bezes Philippe, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, vol. 126, n° 6, 2005, p. 26-37.
- Bieder Joseph, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *Histoire des sciences médicales*, t. 38, n° 1, 2004, p. 57-64.
- Bignon Jean, Patrick Brochard et C. Voisin, « Maladies respiratoires professionnelles : diagnostic et réparation : rapport du groupe de travail de la Société de Pneumologie de Langue Française », *Revue des maladies respiratoires*, t. 7, suppl. 2, Paris, Masson, 1990.
- Bihr Alain et Roland Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, « Repères Sociologie », 2008.
- Bizeul Daniel, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 4, 1998, p. 751-787.
- Blanchet Alain, Hélène Bézille et Marie-France Florand, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod, 1985.
- Boini Stéphanie, Dominique Chouanière, Régis Colin, Pascal Will, « Relationships between organizational workplace characteristics and perceived workplace strain in call-centers in France », *American Journal of Industrial Medicine*, n° 56, november 2013, p. 1317-1328.
- Bonifay Charles, *Les problèmes d'autorité et de personnel dans la structure de la Sécurité sociale. Dynamique administrative et stratégie sociale*, Union nationale des caisses d'allocations familiales, Paris, 1961, p. 130-132.

- Bordry Monique et Soraya Boudia (dir.), *Les rayons de la vie. Une histoire des applications médicales des rayons X et de la radioactivité en France, 1895-1930*, Paris, Institut Curie, 1998.
- Bouillon Florence, Marion Frésia, Virginie Tallio, (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Dossiers africains », 2006.
- Boujasson Laura et Michael Lévy, « Cancers professionnels : trajectoires individuelles et logiques collectives », dans Didier Vrancken et Laurence Thomsin (dir.), *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, Louvain-la-Neuve, Academia-bruyant, 2008, p. 27-41.
- Boujasson Laura, « De l'épreuve du travail à l'épreuve de la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, 2009, p. 56-65.
- Boulier-Boutang Yann, *De l'esclavage au salariat, économie historique du salariat bridé*, Paris, Presses universitaires de France, 1998.
- Bourdeloup Jean, « L'inégalité dans le droit de la sécurité sociale », *Droit social*, n° 6, juin 1968, p. 394-408.
- Boutet Josiane (dir.), *Paroles au Travail*, Paris, L'Harmattan, « Langage et Travail », 1995.
- Brisacier Anne-Claire, *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en France*, thèse pour le doctorat en médecine, spécialité santé publique et médecine sociale, Université Paris 6, 2008.
- Bruneteaux Patrick et Corinne Lanzarini, « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, n° 30, 1998, p. 157-180.
- Bruno Anne-Sophie et Éric Geerkens, « L'indemnisation des accidents du travail : justifications et contestations de forfait en France et en Belgique (1^{ère} moitié du XX^e siècle) », dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance, fin XVII^e-début XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p. 135-152.
- Bruno Anne-Sophie, « Inaptitude et immigration en France au XX^e siècle », dans Catherine Omnès et Anne-Sophie Bruno (dir.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 125-145.
- Bruno Anne-Sophie, « Quelques perspectives sur les travaux récents en « santé et travail. Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2008, p. 71-96.
- Bruno Anne-Sophie, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld et Catherine Omnès, « La santé au travail. Regards comparatistes sur l'historiographie récente », dans Anne-Sophie Bruno, Éric Geerkens et Nicolas Hatzfeld (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2011, p. 13-40.
- Bruno Anne-Sophie, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld et Catherine Omnès, « Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^e-XX^e siècles) », dans Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012, p. 35-49.

- Bruno Anne-Sophie, Éric Geerkens et Nicolas Hatzfeld (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2011.
- Bury Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, 1982, p. 167-182.
- Buton François, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, vol. 4, n° 65, 2006, p. 71-91.
- Buton, François, « Faire parler l'épidémiologie », *Vacarme*, vol. 19, n° 2, 2002, p. 34-36.
- Buzzi Stéphane Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « Entre fragilité et ambiguïtés : la médecine du travail au XX^e siècle », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 63, n° 3-4, 2002, p. 134-136.
- Buzzi Stéphane, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte, « Repères », 2006.
- Camilleri Jean-Pierre et Jean Coursaget, *Pionniers de la radiothérapie*, Paris, EDP Sciences « Sciences et Histoire », 2005.
- Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, « Quadrige », 1991.
- Carricaburu Danièle, Dominique Lhuilier et Véronique Merle, « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique*, vol. 20 (HS), 2008, p 57-67.
- Cassou Bernard, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.
- Castel Robert, « Le choix de l'État social », dans Philippe Auvergnon, Philippe Martin, Patrick Rozenblatt et Michèle Tallard (dir.), *L'État à l'épreuve du social*, Paris, Syllepses, 2001.
- Castel Robert, *L'insécurité sociale*, Paris, Seuil « La République des idées », 2003.
- Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, « Folio/essai », 2007.
- Catrice-Lorey Antoinette, *Dynamique interne de la Sécurité sociale. Du système de pouvoir à la fonction personnel*, Centre de recherche en sciences sociales du travail (CRESST), Université Paris Sud, 1980
- Catrice-Lorey Antoinette, *Rapports avec le public et politiques de gestion des caisses d'allocations familiales*, Paris, CRESST/CNAF, « études CAF », 1973.
- Cavet Marine et Martine Léonard, « Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2010 », *DARES Analyses*, n° 54, septembre 2013, p. 6.
- Cavet Marine, Sarah Memmi et Martine Léonard, « Les expositions aux cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques : un zoom sur huit produits chimiques », *DARES Analyses*, n° 74, octobre 2015, p. 1-10.

- Centemeri Laura, « Seveso, une catastrophe sans victimes ? », dans Annie Thébaud-Mony, Véronique Daubas-Letourneux, Nathalie Frigul, Paul Jobin (dir.), *Santé au travail, approches critiques*, La Découverte, « Recherches », 2012, p. 41-57.
- Chabrol Fanny et Gabriel Girard, « Réflexivité et postures de recherche : de l'individuel au collectif », dans Fanny Chabrol et Gabriel Girard (dir.), *VIH/sida, se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris, ANRS, « Sciences sociales et sida », 2010, p. XI.
- Chailleux Edmond, « Les cancers du poumon », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 165-169.
- Chanson Claire, *Les maladies professionnelles « hors tableaux ». Étude épidémiologique rétrospective (2005-2011) auprès des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles lorrains*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Lorraine, 2013.
- Chapoulie Jean-Michel, *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil, 2001.
- Chatriot Alain, « La lutte contre le "chômage intellectuel". L'action de la Confédération des travailleurs intellectuels (CTI) face à la crise des années trente », *Le Mouvement social*, n° 214, 2006, p. 78-81.
- Chaumette Patrick, Véronique Daubas-Letourneux, Augustin Emame, Franck Héas et Christophe Coutanceau, *Enjeux de santé au travail et cancers : Les expositions à supprimer dans les métiers portuaires. Une recherche-action sur le Grand Port Maritime de Nantes/Saint-Nazaire : Programme Escales*, 2014. [En ligne, consulté le 12 avril 2017] : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01053748>
- Chauvin Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux Etats-Unis », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.
- Clot Yves, *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- Cloutier Esther, Ana-Maria Seifert et Nicole Vézina, « Entretien guidée avec Karen Messing », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 11, n° 1, 2009. [En ligne, consulté le 3 septembre 2016] : <http://journals.openedition.org/pistes/2327>
- Cloutier Esther, Raymond Baril et Daniel Drolet, « Entretien guidée avec Antoine Laville », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 2, n° 2, 2000. [En ligne, consulté le 17 janvier 2016] : <http://journals.openedition.org/pistes/3817>
- Copans Jean, « La culture anthropologique : un bagage nécessaire, un terrain sensible », dans Florence Bouillon, Marion Frésia, Virginie Tallio, (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Dossiers africains », 2006, p. 107-123.

- Corbin Alain, *Le monde retrouvé de Louis-François Pinagot, sur les traces d'un inconnu, 1798-1876*, Paris, Flammarion, 1998.
- Corrouge Christian et Michel Pialoux, *Résister à la chaîne. Dialogue entre un ouvrier de Peugeot et un sociologue*, Marseille, Agone, « Mémoires sociales », 2011.
- Cottureau Alain, « Droit et bon droit. Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIX^e siècle) », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 57, n° 6, 2002, p. 1521-1557.
- Cottureau Alain, « L'usure au travail, interrogations et refoulements », *Le mouvement social*, n° 124, 1983, p. 3-10.
- Cottureau Alain, « Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIX^e siècle », *Le mouvement social*, n° 124, 1983, p. 102.
- Counil Émilie et Emmanuel Henry, « Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? », *Travail et emploi*, n° 148, 2016, p. 5-29.
- Counil Émilie, « Causes du cancer : pourquoi le travail échappe au radar », *Santé et travail*, n° 100, octobre 2017, p. 44.
- Counil Émilie, « Inégalités des parcours de travail et histoires d'exposition aux cancérogènes », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 124-128.
- Counil Emilie, Mélanie Bertin et Annie Thébaud-Mony, « De la reconstitution des parcours de travail à la reconnaissance en maladie professionnelle : enseignements du dispositif d'enquête du Giscop93 sur la question des multi-expositions cancérogènes », dans Michel Héry et Pierre Goutet (dir.), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, « Avis d'experts », Nancy, INRS, 2015, p. 222-251.
- Cousin Olivier et Sandrine Rui, « La méthode de l'intervention sociologique. Évolutions et spécificités », *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 3, 2011, p. 513-532.
- Coutanceau Christophe, « Reconstitution des conditions de travail et des expositions cancérogènes à partir de la mobilisation collective : conception et réalisation du programme Escales », *La revue du CURAPP*, Amiens, Presses universitaires du Septentrion (sous presse).
- Coutrot Thomas, *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte, 2002.
- Cowppli-Bony Anne, Zoé Uhry, Laurent Remontet, Anne-Valérie Guizard, Nicolas Voirin, Alain Monnereau, Anne-Marie Bouvier, Marc Colonna, Nadine Bossard, Anne-Sophie Woronoff et Pascale Grosclaude, *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, INVS, 2016.
- Crawford Robert, « "C'est de ta faute" : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé », dans Luciano Bozzini et Marc Renaud (dir.), *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981, p. 481-512.

- Crenshaw Kimberle, « Cartographie des marges : intersectionnalité, politiques de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du genre*, vol. 39, n° 2, 2005, p. 51-82.
- Cresson Geneviève, « Les rôles et tâches multiples de l'entourage des patients », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 1, 2014, p. 65-70.
- Cribier Françoise, « Itinéraires professionnels et usure au travail, une génération de salariés parisiens », *Le mouvement social*, n° 124, 1983, p. 11-44.
- Cristofari Marie-France, « Des chiffres sur la santé au travail en France : par qui ? pour quoi ? », dans Annie Thébaud-Mony, Véronique Daubas-Letourneux, Nathalie Frigul, Paul Jobin (dir.), *La santé au travail, approches critiques*, Paris, La Découverte « Recherche », 2012, p. 109-123.
- D'Halluin Estelle, « Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité », dans Florence Bouillon, Marion Frésia, Virginie Tallio, (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Dossiers africains », 2006, p. 55-74.
- Daniellou François, Philippe Davezies, Karine Chassaing, Bernard Dugué, Johann Petit, Ingrid Garnier, *Le travail vivant des agents de contrôle de l'inspection du travail*, DIRECCTE, 2012. [En ligne, consulté le 15 mai 2015] : <hal-00776153>.
- Dardy Claudine, « L'identité-papier », *Les cahiers de médiologie*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 225-231.
- Dardy Claudine, *Identités de papiers*, Paris, Lieu Commun, 1991.
- Darmon Pierre, *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'antiquité à nos jours*, Paris, Plon, 1993.
- Dartevelle Raymond, « La lente construction d'une tarification des corps. Entre pratique assurantielle du risque industriel, actuariat, expertise médico-légale et enseignement (années 1890-1905) », dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance fin XVII^e-début XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p. 67-95.
- Daubas-Letourneux Véronique, « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 213-235.
- Dauzat Isabelle, *Léon et Maurice Bonneff, peintres de la condition ouvrière dans les années 1900*, mémoire pour la maîtrise en histoire, Université Paris 7, 1989.
- Davezies Philippe, « Les maladies professionnelles », *Dictionnaire historique et philosophique de la médecine*, Paris, Presses universitaires de France, 2003.
- Davezies Philippe, « Réflexions sur la santé au travail », intervention au colloque « Travail santé aujourd'hui au tournant du millénaire », novembre 1997. [En ligne, consulté le 28 mars 2015] : http://philippe.davezies.free.fr/download/down/1997%20-%20Reflexions_sur_la_sante_au_travail.pdf

- David Hélène et Esther Cloutier, « Entretien guidée avec Catherine Teiger Cailloux », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 10, n° 1, 2008. [En ligne, consulté le 23 août 2016] : <http://pistes.revues.org/2166>
- De Blic Damien et Jeanne Lazarus, *Sociologie de l'argent*, Paris, La Découverte, « Repères », 2007.
- De Blic Damien, « De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés. Une longue mobilisation pour une "juste et légitime réparation" des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 119-140.
- De Gaulejac Vincent, « La part maudite du management : l'idéologie gestionnaire », *Empan*, vol. 1, n° 61, 2006, p. 30-35.
- Décosse Frédéric, « 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.
- Décosse Frédéric, « La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ? », *Études rurales*, n°182, 2008, p. 103-120.
- Décosse Frédéric, « Saisonniers : une retraite délocalisée », *Plein droit*, n° 93, 2012, p. 17-20.
- Décosse Frédéric, *Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI"*, thèse pour le doctorat en sociologie, EHESS, 2011.
- Dejours Christophe, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998.
- Dejours Christophe, *Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail*, Paris, le Centurion, 1980.
- Déplaud Marc-Olivier, « Les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, vol. 5, n° 53, 2003, p. 707-735.
- Déplaud Marc-Olivier, *La médecine à l'épreuve du "dialogue social". La difficile reconnaissance des lombalgies comme maladies professionnelles*, mémoire pour le DEA en sociologie de l'action publique, Université Paris 1, 2002.
- Derbez Benjamin et Zoé Rollin, *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte, « Repères », 2016.
- Desrosières Alain, *La politique de grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte « Textes à l'appui », 1993.
- Devinck Jean-Claude et Paul-André Rosental, « "Une maladie sociale avec des aspects médicaux" : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, 2009, p. 99-126.
- Devinck Jean-Claude et Paul-André Rosental, *Histoire d'une maladie professionnelle "exemplaire", la silicose en France au XX^e siècle, Rapport final pour la MIRE-DREES/La Poste*, décembre 2006.

- Devinck Jean-Claude, « Amiante : trente ans de luttes institutionnelles, 1945-1977 », dans Annie Thébaud-Mony, Véronique Daubas-Letourneux, Nathalie Frigul et Paul Jobin (dir.), *Santé au travail, approches critiques*, Paris, La Découverte « Recherches », 2012, p. 281-312.
- Devinck Jean-Claude, « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, 2010, p. 65-93.
- Devinck Jean-Claude, « Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977) », dans Anne-Sophie Bruno, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld et Catherine Omnès (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », p. 243-254.
- Devinck Jean-Claude, *La création de la médecine du travail en France 1914-1946*, Paris, UNSA-Éducation, 2002.
- Devra Davis, *The secret History of the War of Cancer*, New York, Basic Books, 2007.
- Doll Richard and Richard Peto, « The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 6, 1981, p. 1367-1375.
- Doll Richard, « Mortality from lung cancer in asbestos workers », *British Journal of Industrial medicine*, n° 12, 1955, p. 81-86.
- Dolores Romano, « Les limites des valeurs limites », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 495-499.
- Donzelot Jacques, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Seuil, 1994.
- Dreyfus Michel, Michèle Ruffat, Vincent Viet, Danièle Voldman et Bruno Valat, *Se protéger, être protégé, une histoire des assurances sociales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006.
- Dubois Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, « Études politiques », 2003.
- Duclos Denis, « Syndicalisme et risque industriel : entre le militantisme et l'expertise. Le cas du « groupe produits toxiques » de la CFDT », *Culture technique*, n°11, 1983, p. 218-229.
- Duclos Denis, *La peur et le savoir : la société face à la science, la technique et leurs dangers*, Paris, La Découverte « Sciences et société », 1989.
- Duclos Denis, *La santé et le travail*, Paris, La Découverte « repères », n° 17, 1984.
- Dupeyroux Jean-Jacques, « Centenaire de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Un deal en béton ? », *Droit social*, 1998.
- Duraffourg Jacques et Bernard Vuillon (dir.), *Alain Wisner et les tâches du présent : la bataille du travail réel*, Toulouse, Octarès Éditions, 2004.

- Durand Cécile et Nathalie Ferré, « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 18, n° 1, 2016. [En ligne, consulté le 14 décembre 2017] : <http://journals.openedition.org/pistes/4635>
- Duval Julien, « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le “trou de la Sécu” », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, juin 2002, p. 53-67.
- Émilie Council, « Causes du cancer : pourquoi le travail échappe aux radars », *Santé et travail*, n° 100, octobre 2017, p. 44-47.
- Epstein Samuel, « Gagner la guerre contre le cancer... Mais est-elle vraiment engagée ? », *L'écologiste*, vol. 1, n° 1, 2000, p. 26.
- Éribon Didier, *La société comme verdict*, Paris, Fayard « À venir », 2013.
- Éribon Didier, *Principes d'une pensée critique*, Paris, Fayard « À venir », 2016.
- Estryn-Béhar Madeleine, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*, Paris, Éditions Estem, 1997.
- Ethuin Nathalie, Yasmine Siblot et Karel Yon (coord.), « Les frontières de la formation syndicale », *Le Mouvement Social*, vol. 235, n° 2, 2011.
- Étienne Jean-Paul, *La Gauche prolétarienne (1968-1973) : illégalisme révolutionnaire et justice populaire*, thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 8, 2003.
- Ewald François, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.
- Fainzang Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.
- Farge Arlette, « Les artisans malades de leur travail », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 32, n° 5, 1977, p. 993-1006.
- Fassin Didier et Richard Rechtman, *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
- Faure Olivier, « Pierre Darmon, Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours, Paris, Plon, 1993 », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 2, 1998, p. 329.
- Favret-Saada Jeanne, « Être affecté », *Gradhiva*, n° 8, 1990, p. 3-10.
- Fellinger Anne, « Femmes, risques et radioactivité en France. Les scientifiques et le danger professionnel », *Travail genre et sociétés*, vol. 23, n° 1, 2010, p. 147-165.
- Fellinger Anne, *Du soupçon à la radioprotection, les scientifiques face au risque professionnel de la radioactivité en France (1901-1967)*, thèse pour le doctorat en histoire des sciences et des techniques, Université de Strasbourg, 2008.
- Felstiner William L., Richard L. Abel et Austin Sarat, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer... », *Politix*, vol. 4, n° 16, 1991, p. 41-54.

- Fernandez Fabrice, Samuel Lézé et Hélène Marche. (dir.), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos/Economica, « sociologiques », 2008.
- Fischer Nicolas, *La rétention administrative dans l'État de droit : genèse et pratique du contrôle de l'enfermement des étrangers en instance d'éloignement du territoire dans la France contemporaine*, thèse pour le doctorat en sciences politiques, Institut d'études politiques de Paris, 2007.
- Foasso Cyrille, *Histoire de la sûreté de l'énergie nucléaire civile en France (1945-2000)*, thèse pour le doctorat en histoire, Université Lyon 2, 2003.
- Fontaine Bernard, « Le suivi et la réparation médico-légaux et leurs limites », dans Michel Héry et Pierre Goutet (dir.), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, Paris, Les Ulis, INRS/EDP sciences, 2015, p. 165-174.
- Fontaine Marion, « Silicose et extrême-gauche dans le Nord dans les années 70, les raisons d'une aporie », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 2014, p. 101-125.
- Fontaine Marion, *Fin d'un monde ouvrier, Liévin, 1974*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure » n° 36, 2014.
- Foucault Michel, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*, t. 1, Paris, Gallimard, 1976.
- Foucher Carole et Serge Volkoff, « Conditions de travail : données statistiques et droit du travail », *Travail et emploi*, vol. 4, n° 8, 1981, p. 25-35.
- Fournier Pierre, « Attention dangers ! Enquête sur le travail dans le nucléaire », *Ethnologie française*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 69-80.
- Malye François, *Amiante, le dossier de l'air contaminé*, Paris, Éditions Le Pré aux Clercs, 1996.
- Fressoz Jean-Baptiste, *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Paris, Seuil « L'univers historique », 2012.
- Frigul Nathalie et Catherine Pozzo Di Borgo (entretien avec), « Un couple de chercheurs militants : Annie Thébaud-Mony et Henri Pézerat », *Les Mondes du Travail*, n° 7, 2009, p. 7-23.
- Galant Henry C., *Histoire politique de la Sécurité sociale française, 1945-1952*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2004.
- Galanter Marc, « Pourquoi c'est toujours les mêmes qui s'en sortent bien ? Réflexions sur les limites de la transformation par le droit », *Droit et société*, vol. 3, n° 85, 2013, p. 575-640.
- Galerand Elsa et Danièle Kergoat, « Consubstantialité vs intersectionnalité ? à propos de l'imbrication des rapports sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 2, 2014, p. 44-61.
- Gardey Delphine, *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*, Paris, La Découverte, 2008.

- Garrigou Alain Isabelle Baldi et Philippe Dubuc, « Apports de l'ergotoxicologie à l'évaluation de l'efficacité réelle des EPI devant protéger du risque phytosanitaire : de l'analyse de la contamination au processus collectif d'alerte », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 10, n° 1, 2008. [En ligne, consulté le 23 octobre 2016] : <http://journals.openedition.org/pistes/2137>
- Gaussot Ludovic, « Des rapports sociaux de sexe à la connaissance de ces rapports : une vertu cognitive de la non-conformité ? », *Cahiers du Genre*, vol. 39, n° 2, 2005, p. 153-172.
- Gayet-Viaud Carole (avec la collaboration de Anne de Labrusse), « Itinéraires de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Freins et entraves à la mobilisation pour les droits à la santé et à la réparation », dans Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012, p. 123-142.
- Geerkens Éric, « La négociation collective d'une maladie professionnelle : la pneumoconiose des ouvriers mineurs en Belgique (C. 1937-C.1970) », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 2014, p. 59-79.
- Gérin Michel, Jack Siemiatycki, Howard Kemper et Denis Bégin, « Obtaining occupational exposure histories in epidemiologic case-control studies », *Journal Occupational Medicine*, 1985, 27, p. 420-426.
- Ghis Malfilatre Marie, « L'impossible confinement du travail nucléaire. Expérience professionnelle et familiale de salariés sous-traitants exposés à la radioactivité », *Travail et emploi*, vol. 147, n° 3, 2016, p. 101-124.
- Ghis Malfilatre Marie, « La CGT face au problème de la sous-traitance nucléaire à EDF. Le cas de la mobilisation de Chinon (1987-1997) », *Sociologie du travail*, vol. 59, n° 1, janvier-mars 2017. [En ligne, consulté le 22 avril 2017] : <http://sdt.revues.org/570>
- Girel Mathias, « L'invention la plus dangereuse de l'histoire », *CNRS le Journal*, 5 mai 2014. [En ligne, consulté le 2 septembre 2016] : <https://lejournel.cnrs.fr/articles/linvention-la-plus-dangereuse-de-lhistoire>
- Girel Mathias, « Le doute à l'égard des sciences : l'ignorance produite et instrumentalisée ? », dans Jean-Pierre Bourguignon, Marie-Françoise Chevallier-Le Guyader, Sook-Kyoung Cho (dir.), *Partager la science*, Arles, Actes Sud, 2013, p. 45-66.
- Gisquet Elsa et al., « Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 59, décembre 2011.
- Goldberg Marcel et Denis Hémon, « Épidémiologie des cancers professionnels : quelle recherche ? », *Prévenir*, vol. 1, n° 16, 1988, p. 43-53.
- Goldberg Marcel et Denis Hémon, *Methodology of assessment of occupational exposures in the context of epidemiological detection of cancer risk. CEE Report EUR 11659, FR*, 1989.

- Goldberg Marcel et Ellen Imbernon, « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail ? Le rôle de l'Institut de veille sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2008, p. 21-44.
- Goldberg Marcel, « Disparités régionales de reconnaissance du mésothéliome de la plèvre », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 47, 1999, p. 421-431.
- Goldberg Marcel, « Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes, conséquences », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 49, 2001, p. 477-492.
- Goldberg Marcel, « Travail, santé et prévention », *Après-demain*, n° 241-242, 1982, p. 23-25.
- Stephen Goldberg et al., « Les inégalités régionales de prise en charge des maladies professionnelles : l'exemple du mésothéliome », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45, 1999.
- Gollac Michel et Serge Volkoff, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 163, n° 3, 2006, p. 4-17.
- Gollac Michel et Serge Volkoff. *Mesurer le travail, une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine*, Document de travail, Centre d'études de l'emploi, n° 127, 2010.
- Gollac Michel, Serge Volkoff et Loup Wolff, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, « Repères », 2014.
- Goody Jack, *La logique de l'écriture : aux origines des sociétés humaines*, Paris, Armand Colin, 1986.
- Goody Jack, *La raison graphique : la domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éditions de Minuit, 1978.
- Gordon Bonnie, « Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième république : la victoire des allumettiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire », *Le mouvement social*, n° 164, 1993, p. 77-93.
- Gorz André, *Métamorphoses du travail, quête du sens. Critique de la raison économique*, Paris, Galilée, 1988.
- Gorz André, *Métamorphoses du travail. Critique de la raison économique*, Paris, Gallimard, « Folio/essai », 2004.
- Granaux Sonia, *Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les établissements de fabrication de produits chimiques. Étude comparative des pratiques d'une institution de santé au travail méconnue*, thèse pour le doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales, novembre 2010.
- Guérin François, « L'activité de travail », dans Jacques Kergoat, Josiane Boutet, Henri Jacot et Danièle Linhart (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, « textes à l'appui », 1998, p. 173-179.
- Guillerme André, « Chemins, routes, autoroutes », *Les cahiers de médiologie*, vol. 2, n° 2, 1996, p. 117-129.

- Guillerme André, Anne-Cécile Lefort, Gérard Jigaudon, *Dangereux, insalubres et incommodes : paysages industriels en banlieue parisienne, XIX^e-XX^e siècles*, Seyssel, Champ Vallon, 2004.
- Guillerme André, *Corps à corps sur la route. Les routes, les chemins et l'organisation des services au XIX^e siècle*, Paris, Presses de l'ENPC, 1984.
- Guseva-Canu Irina (INVS) et Maylis Telle-Lamberton (IRSN), « Traçabilité et évaluation rétrospective des expositions », dans Michel Héry, Pierre Goutet (dir), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, Paris, Les Ulis, INRS/EDP sciences, 2015, p. 52-67.
- Gusfield Joseph R, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Économica, « Études Sociologiques », 2009.
- Hamidi Camille, « De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites », *Politix*, vol. 100, n° 4, 2012, p. 85-98.
- Hamman Philippe, « La Lorraine annexée, "laboratoire" des politiques de protection sociale entre France et Allemagne au début du XX^e siècle », dans Alain Chatriot, Odile Join-Lambert et Vincent Viet. (dir), *Les politiques du travail (1906-2006), acteurs, institutions, réseaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2006, p.45-57.
- Hammond E. Cuyler, Irving J. Selikoff, Herbert Seidman, « Asbestos Exposure, Cigarette Smoking and death rates », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 330, December 1979, p. 473-790.
- Harismendy Patrick, « Du caillou au bitume, le passage à la "route moderne" (1900-1936) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 106, n° 3, 1999, p. 105-128.
- Hatzfeld Henri, *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, « Espace social », 1989.
- Hatzfeld Nicolas, « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 141-160.
- Hatzfeld Nicolas, « Entre fonction technique et démocratie participative : les débuts discrets des CHS », dans Alain Chatriot, Odile Join-Lambert, Vincent Viet (dir.), *Les politiques du travail (1906-2006) : acteurs, institutions, réseaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 403-415.
- Hatzfeld Nicolas, « Forces sociales et politiques publiques : esquisse en trois temps de la santé au travail (France XX^e siècle) », dans Nicolas Hatzfeld, Michel Pigenet et Xavier Vigna (dir.), *Travail, travailleurs et ouvriers d'Europe au XX^e siècle*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon, 2016, p. 323-334.
- Hatzfeld Nicolas, « L'histoire des mobilisations, ressource pour le présent », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 538-545.

- Hatzfeld Nicolas, « La pause casse-croûte. Quand les chaînes s'arrêtent à Peugeot-Sochaux », *Terrain*, n° 39, 2002, p. 33-48.
- Hatzfeld Nicolas, *Les maladies du geste. Contribution à une histoire du travail (XIX^e-XX^e siècles)*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2009.
- Hecht Gabrielle, « L'Afrique et le monde nucléaire : maladies industrielles et réseaux transnationaux dans l'uranium africain », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 2014, p. 173-205.
- Hecht Gabrielle, « L'empire nucléaire. Les silences des "Trente Glorieuses" », dans Céline Pessis, Sezin Topçu et Christophe Bonneuil (dir.), *Une autre histoire des « Trente Glorieuses ». Modernisation, contestation et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte, 2013, p. 159-178.
- Hecht Gabrielle, *Being Nuclear, Africans and the Global Uranium Trade*, Cambridge (Mass.)/Londres, The MIT Press, 2012.
- Hecht Gabrielle, *Uranium africain. Une histoire globale*, Paris, Seuil, 2016.
- Hédouin Arnaud, « Observer la mort », *Ethnologie française*, 2004, t. 37, n°2, p. 699-706.
- Henry Emmanuel et Claude Gilbert, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », dans Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/Pacte, « Territoires du politique », 2009, p. 7-33.
- Henry Emmanuel et Claude Gilbert (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/Pacte, « Territoires du politique », 2009.
- Henry Emmanuel, « Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante », *Sociétés contemporaines*, vol. 52, n° 4, 2003, p. 39-59.
- Henry Emmanuel, « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié "résoudre" la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique*, vol. 54, n°2, avril 2004, p. 289-314.
- Henry Emmanuel, *Amiante, un scandale improbable, sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Res Publica », 2007.
- Henry Emmanuel, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel et Pascal Marichalar (dir.), *Dictionnaire de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de SciencesPo, 2015.
- Henry Emmanuel, *Débattre publiquement ou gérer discrètement ? La santé au travail comme nouvelles formes d'intervention publique*, dossier pour l'habilitation à diriger les recherches, vol. 1, Université de Strasbourg, 2012.
- Henry Emmanuel, *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 2017.

- Henry Emmanuel, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une "crise de santé publique"*, thèse pour le doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université de technologie de Compiègne, octobre 2000.
- Herbert Catherine et Guy Launoy, « Les cancers », dans Didier Fassin, Hélène Granjean, Monique Kaminski, Thierry Lang et Annette Leclerc (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2000, p. 239-250.
- Héry Michel et Pierre Goutet (dir.), *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*, Paris, Les Ulis, INRS/EDP sciences, 2015.
- Herzlich Claudine et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.
- Hesse Philippe-Jean, « La genèse d'une loi : de la révolution industrielle à la révolution juridique », *Droit social*, 1998.
- Hesse Philippe-Jean, « Les accidents du travail et l'idée de responsabilité civile au XIX^e siècle », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles, fasc. n° 6*, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1er semestre 1979, p. 1-56.
- Hmed Choukri, « Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part », *Retraite et société*, vol. 47, n° 1, 2006, p. 137-159.
- Hours Martine, Brigitte Dananché, Joelle Févotte, Alain Bergeret, Louis Ayzac, Elisabeth Cardis, Jean François Étard, Catherine T. Pallen, Pascal Roy et Jacques Fabry, « Bladder cancer and occupational exposures », *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 1994, 20, p. 322-330.
- Huez Dominique, « Les dédales de la reconnaissance en maladie professionnelle », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 41-45.
- Huez Dominique, « Les maladies professionnelles : réparation ou prévention », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 47-51.
- Hurley J. F., R. M. Archibald, P. L. Collings, D. M. Fanning, M. Jacobsen et R. C. Steele, « The Mortality of Coke Workers in Britain », *American Journal of industrial Medicine*, n° 4, 1983, p. 691-704.
- Israël Liora, « Faire émerger le droit des étrangers en le contestant, ou l'histoire paradoxale des premières années du GISTI », *Politix*, vol. 16, n° 62, 2003, p. 115-143.
- Israël Liora, *L'arme du droit*, Paris, Presses de Sciences Po, « Contester », 2009.
- Jacob Annie, « Pas de citoyen qui ne soit un travailleur », *Revue du MAUSS*, vol. 18, n° 2, 2001, p. 196-201.

- Jakšić Milena, « Le mérite et le besoin. Critères de justice et contraintes institutionnelles des associations d'aide aux victimes de la traite », *Terrains & travaux*, vol. 1, n° 22, 2013, p. 201-216.
- Jamet Ludovic et Arnaud Mias, « Les CHSCT : une institution en mal de connaissances ? Le cas des risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction », *Revue de l'IRES*, n° 74, 2012, p. 35-62.
- Jas Nathalie, « Agnotologie », dans Emmanuel Henry, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel, Pascal Marichalar (dir.), *Dictionnaire de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de SciencesPo, 2015, p. 33-40.
- Jeanjean Agnès, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », *Ethnologie française*, vol. 41, n° 1, 2011, p. 59-66.
- Jedlicki Fanny et Émilie Legrand, « Grand entretien avec Catherine Teiger », *Pistes*, vol. 19, n° 1, 2017. [En ligne, consulté le 28 juin 2017] : <http://journals.openedition.org/pistes/4918>
- Jobin Paul, « Fukushima ou la radioprotection, retour sur un terrain interrompu », Annie Thébaud-Mony, Véronique Daubas-Letourneux, Nathalie Frigul, Paul Jobin (dir.), *Santé au travail, approches critiques*, La Découverte, coll. « Recherches », 2012, p. 82-104.
- Jounin Nicolas et Lucie Tourette, *Marchands de travail*, Paris, Seuil, « Raconter la vie », 2014.
- Jounin Nicolas, « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 165, n° 5, 2006, p. 72-91.
- Jounin Nicolas, *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, « Poche », 2009.
- Jounin Nicolas, *Loyautés incertaines : les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université Paris 7, 2006.
- Jouzel Jean-Noël et Giovanni Prete, « De l'intoxication à l'indignation. Le long parcours d'une victime des pesticides », *Terrains & travaux*, vol. 22, n° 1, 2013, p. 59-76.
- Jouzel Jean-Noël et Giovanni Prete, « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », *Sociologie du travail*, n° 56, 2014, p. 435-453.
- Jouzel Jean-Noël, « La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante », *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, n° 2-3, 2008, p. 97-118.
- Jouzel Jean-Noël, *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure », 2012.
- Jouzel Jean-Noël, et Giovanni Prete, « Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable », *Politix*, vol. 111, n° 3, 2015, p. 175-196.

- Kalinowski Isabelle, *La science, profession et vocation, d'après Max Weber*, Marseille, Agone, 2005.
- Katz Solomon, « Sécular Morality », dans Allan M. Brandt et Paul Rozin (dir.), *Morality and Health*, London, Routledge, 1997, p. 297-330.
- Keim-Bagot Morane, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel. Enjeux et perspectives*, thèse pour le doctorat en droit social, Université de Strasbourg, 2013.
- Kergoat Jacques, Josiane Boutet, Henri Jacot, et Danièle Linhart (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998.
- Knetsch Jonas, « La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et le spectre de l'État assureur », *Revue d'histoire du droit*, vol. 90, n° 4, 2012, p. 619-631.
- Koubi Geneviève, « Services en ligne et droits sociaux », *Informations sociales*, vol. 178, n° 4, 2013, p. 44-51.
- Labarthe-Bouvet Delphine, *Recherche d'indicateurs en santé au travail. À propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel menée dans les pays de Loire en 2003*, thèse pour le doctorat d'État en médecine, Université de Nantes, 2005.
- LaDou Joseph, « Occupational Medicine. The Case for Reform », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, n° 28, 2005, p. 396-402.
- Lagrave Jean-Baptiste, « La "neutralité" dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence », *Politix*, vol. 9, n° 35, 1996, p. 207-225.
- Lanna Flavienne, « Du travailleur au malade : retour sur la reconstitution du parcours professionnel de patients atteints de cancer en Seine-Saint-Denis », *La nouvelle revue du travail*, n° 2, 2013. [En ligne, consulté le 3 mars 2014] : <http://journals.openedition.org/nrt/653>
- Laurens Sylvain, « Les agents de l'État face à leur propre pouvoir. Éléments pour une micro-analyse des mots griffonnés en marge des décisions officielles », *Genèses*, vol. 72, n° 3, 2008, p. 26-41.
- Laville Antoine, Catherine Teiger et Monique Lortie, « Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité », *Le Travail humain*, t. 44, n° 1, 1981, p. 71-92.
- Le Brun Jacques, « Cancer Serpit. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies féminines au XVIII^e siècle », *Sciences sociales et santé*, n° 2, 1984, p. 9-31.
- Le Brun Jacques, « Représentations du cancer à l'époque moderne (XVII^e-XVIII^e siècle) », *Prévenir*, n° 16, 1988, p. 9-14
- Leclercq Catherine, « "Raisons de sortir". Le désengagement des militants du Parti communiste français », dans Olivier Fillieule (dir.), *Le Désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, p. 131-154.
- Le Galès Catherine et André Oudiz, « Contribution méthodologique à la détermination de valeurs limites d'exposition professionnelles à l'amiante. Relation exposition-risque et critères économiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 32, n° 2, 1984, p. 113-121.

- Le Galès Catherine, « Un modèle d'évaluation de la mortalité professionnelle liée à l'amiante (le cas de l'industrie de l'amiante en France entre 1950 et 1980) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 32, n° 2, 1984, p. 122-133.
- Le Gall Yvon, *La loi de 1898 sur les accidents du travail. Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 10 et 11, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1981.
- Le Port Éliane, « La gamelle ou la cantine ? Formes et enjeux de la restauration dans les témoignages écrits ouvriers depuis 1945 », *Le mouvement social*, vol. 247, n° 2, 2014, p. 123-140.
- Le Quéau Pierre (dir.), *L'autre peine*. Enquête exploratoire sur les conditions de vie des familles de détenus », *Cahier de recherche*, n° 147, Paris, CREDOC, 2000.
- Le Ricousse Gilles, *L'établissement des valeurs limites d'exposition aux substances toxiques dans les atmosphères de travail. Un tournant dans la prévention des maladies professionnelles en France ?*, Paris, INRS, 1985.
- Le Roux Thomas, « L'effacement du corps de l'ouvrier. La santé au travail lors de la première industrialisation de Paris (1770-1840) », *Le mouvement social*, vol. 234, n° 1, 2011, p. 103-119.
- Le Roux Thomas, « La mise à distance de l'insalubrité et du risque industriel : le décret de 1810 mis en perspectives (1750-1830) », *Histoire & Mesure*, n° 24, 2009, p. 31-70.
- Le Roux Thomas, « Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au XIX^e siècle », dans Anne-Sophie Bruno, Éric Geerkens et Nicolas Hatzfeld (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2011, p. 45-63.
- Leduc Sacha et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Des sociétés », 2015.
- Leduc Sacha et Jorge Muñoz, « Que nous apprend l'analyse du travail sur l'évolution de l'Assurance maladie ? », *Informations sociales*, vol. 189, n° 3, 2015, p. 53-59.
- Leguay Jean-Pierre, « Les accidents du travail et les maladies professionnelles au Moyen Âge », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 8, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1980.
- Lejard Pierre, *Réparation en maladie professionnelle de patients atteints de cancer : améliorations des outils de recueil d'informations quantitatives et analyse statistique des parcours*, mémoire de master 1, ENSAI, septembre 2015.
- Lenhof Jean-Louis et André Zysberg, *L'inscription maritime du Cotentin*, Université de Caen Basse-Normandie/Service historique de la marine à Cherbourg. [En ligne, consulté le 3 août 2017] : www.unicaen.fr/ufr/histoire/cimarconet/inscription_maritime/historique1.php

- Lenoir Rémi, « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 32, n° 1, 1980, p. 77-88.
- Lenoir Rémi, « Une cause "naturelle" : les droits de l'homme », *Politix*, vol. 4, n° 16, 1991, p. 55-64.
- Leroy Patrick, « Les problèmes médico-légaux des cancers professionnels », dans Philippe-Jean Hesse (dir.), *Histoire des accidents du travail et des maladies professionnelles*, fasc. n° 17, Université de Nantes, Centre de recherche d'histoire économique et sociale (CRHES), 1984, p. 126.
- Lespinet-Moret Isabelle, « L'OIT et la question du risque : signalement, expertise et prévention dans l'entre-deux guerres », dans Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2009, p. 91-103.
- Lespinet-Moret Isabelle, « Les risques du métier. Des Congrès internationaux à l'Organisation internationale du travail, politiques et représentations transnationales en matière d'accidents du travail, 1889-1939 », dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance fin XVIII^e-début XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p. 117-133.
- Lestel Laurence et Anne-Cécile Lefort-Prost, *Pour un renouveau urbain : gestion des héritages et inégalités. Difficultés sociales et risques environnementaux en Seine-Saint-Denis, 1850-2000. Rapport final pour le programme « politiques territoriales et développement durable »*, Paris, CNAM (Centre d'histoire des techniques)/EHESS, 2003.
- Linhart Danièle, Barbara Rist et Estelle Durand, *Perte d'emploi, perte de soi*, Ramonville-Saint-Agne, Éditions Erès, 2009.
- Linhart Danièle, *Les différents visages de la modernisation du service public*, Paris, La Documentation française, 2007.
- Lomba Cédric, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprises », dans Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba et Séverin Muller (dir.), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2008, p. 29-44.
- Loriol Marc, *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2002.
- Loriol Marc, *Le temps de la fatigue, la gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos/Economica, « Sociologiques », 2000.
- Löwy Ilana, « Le genre du cancer », *Clio*, vol. 37, n° 1, 2013, p. 65-83. [En ligne, consulté le 26 septembre 2013] : <http://clio.revues.org/10986>
- Lysaniuk Benjamin, Axelle Croisé, Martine Tabeaud, Émilie Council, « La difficile compilation d'information(s) géographique(s) relative(s) à un cancérigène : étude pilote sur les expositions professionnelles à l'amiante en Seine-Saint-Denis », *Pollution atmosphérique*, n° 225, avril-juin 2015. [En ligne, consulté le 13 mars 2017] : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01154463>

- Makaremi Chowra, « Participer en observant. Étudier et assister les étrangers aux frontières », dans Didier Fassin et Alban Bensa (dir), *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2008.
- Marchand Anne et Zoé Rollin, « Ce que l'intervention fait à la recherche dans un contexte de maladie grave », *Santé publique*, vol. 27, n° 3, mai-juin 2015, p. 331-338.
- Marchand Anne, *La reconnaissance en maladie professionnelle : perceptions et usages de ce droit par des personnes atteintes de cancer*, mémoire pour le master 2 en sciences sociales, ENS/EHESS, 2010.
- Marche Hélène, *Le travail relationnel au cœur de l'expérience du cancer : mises en forme ordinaires et institutionnelles de cette épreuve*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université Toulouse 2 Le Mirail, 2009.
- Marichalar Pascal, « Entre science et industrie, des liaisons dangereuses », *Santé et Travail*, n° 87, juillet 2014, p. 43-44.
- Marichalar Pascal et Laure Pitti, « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 196-197, n° 1, 2013, p. 114-131.
- Marichalar Pascal, « "C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on a besoin." Ouvriers malades de leur travail face à la médecine », *Agone*, n° 58, 2016, p. 105-122.
- Marichalar Pascal, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Paris, Les presses de Sciences Po, « Nouveaux débats », 2014.
- Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire : autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, thèse pour le doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales, 2011.
- Marichalar Pascal, *Qui a tué les verriers de Givors ?*, Paris, La Découverte, 2017.
- Martin Pascal, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, p. 34-41.
- Martin Pascal, « L'ethos de l'État social managérial », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Des sociétés », 2015, p. 75-96.
- Massard-Guilbaud Geneviève, *Histoire des pollutions industrielles. France, 1789-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2010.
- Masson Philippe, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n° 83, 2011, p. 33-57.
- Math Antoine, « Non-take-up, niet-gebruik ou non-recours ? Comment traduire des termes de protection sociale », *Recherches et Prévisions*, n°43, mars 1996, p. 19-22.
- Mauger Gérard, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, vol. 6, n° 1, 1991, p. 125-143.
- Mauss Marcel, *Essai sur le don*, Paris, Presses universitaires de France, 2007 [1925].

- Menéndez-Navarro Alfredo, « Du déni à la flatterie : la reconnaissance de la pneumoconiose du mineur de charbon comme maladie professionnelle en Espagne (1930-1944) », dans Judith Rainhorn (dir.), *Santé et travail à la mine, XIX^e-XX^e siècle*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, « Histoire et civilisations », 2014, p. 131-149.
- Ménoret Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 1, 2007, p. 33-54.
- Ménoret Marie, « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, p. 145-160.
- Ménoret Marie, *Les temps du cancer*, Paris, Éditions du CNRS, 1999.
- Menvielle Gwenn, Annette Leclerc, Jean-François Chastang et Danièle Luce., « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 33, 2008, p. 289-292.
- Meslé France, « Allongement de la vie et évolution des pathologies », *Gérontologie et société*, vol. 27/108, n° 1, 2004, p. 15-34.
- Mias Arnaud, Danièle Carricaburu, François Féliu, Jamet Ludovic et Émilie Legrand « Autonomie des agents et légitimité de l'inspection du travail », *La nouvelle revue du travail*, n° 7, 2015. [En ligne, consulté le 15 janvier 2017] : <http://nrt.revues.org/2314>
- Mias Arnaud, Emilie Legrand, Danièle Carricaburu, François Féliu et Ludovic Jamet, *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérrogènes*, Éditions Octarès, « Travail et activité humaine », 2013.
- Micaud Christian, Gérard Barrat et Annie Thébaud-Mony, « Que faire face à un agrégat de cancers ? Le cas de la chimie », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 508-512.
- Michaels David, *Doubt is their Product. How Industry's Assault on Sciences threatens your Health*, New-York, Oxford University Press, 2008.
- Michel Hélène, « Justice au travail et travail du droit : invitations à une sociologie différenciée du droit et de la justice », *Politix*, vol. 118, n° 2, 2017, p. 14.
- Mohamed-Brahim Brahim, « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien », *Corps*, vol. 6, n° 1, 2009, p. 53-59.
- Molinié Anne-Françoise et Serge Volkoff, « Contraintes de travail et nuisances », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 36-41.
- Molinié Anne-Françoise et Serge Volkoff, « Travail et santé : les statistiques », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 27-30.

- Molinier Pascale, « Souffrances, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 10, n° 2, 2010, p. 99-110.
- Molinier Pascale, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, Genre et Société*, vol. 3, n° 1, 2000, p. 25-44.
- Omnès Catherine, « Le risque professionnel », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2006, p. 173-187.
- Moriceau Caroline, « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIX^e siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, n° 1, 2009, p. 11-27.
- Moriceau Caroline, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, « En temps & lieux », 2009.
- Muñoz Jorge, « La dématérialisation du travail au sein de l'assurance maladie : nouvelle épreuve ou nouvel avatar de la rationalisation du travail administratif ? », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Des sociétés », 2015, p. 97-117.
- Muñoz Jorge, « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 4, 2003, p. 81-103.
- Muñoz Jorge, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Sociétés », 2002.
- Murard Numa, « Travailler à la Sécurité sociale : de l'institution à l'organisation », dans Sacha Leduc et Jorge Muñoz (dir.), *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Des sociétés », 2015, p. 19-34.
- Murphy Michelle, *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty : Environmental Politics, Technoscience, and Women Workers*, Durham, Duke University Press, 2006.
- Naudier Delphine et Maude Simonet, *Des sociologues sans qualité ? Pratiques de recherche et engagements*, Paris, La Découverte, 2011.
- ODENORE, *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours*, Paris, La Découverte, 2013.
- Olivier Faure, « Pierre Darmon, *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Plon, 1993 », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 2, 1998, p. 327-329.
- Ollivier Michèle et Manon Tremblay, *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Omnès Catherine et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

- Omnès Catherine, « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, n° 1, 2009, p. 61-82.
- Ong Elisa and Stanton Glantz, « Constructing "sound science" and "good epidemiology" : Tobacco, lawyers and public relations firms », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11, 2001, p. 1749-1757.
- Oreskes Naomi et Erik M. Conway, *Les marchands de doute*, Paris, Le Pommier, 2012.
- Oudiz André et Catherine Le Galès, *Prévention des cancers professionnels. Problèmes et perspectives*, Paris, INSERM, « Grandes enquêtes en santé publiques », 1989.
- Paiva Michèle, *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérogènes dans le travail des femmes. Une analyse à partir de l'enquête permanente du Giscop93*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Paris 8, 2016.
- Palier Bruno, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, « Quadrige », 2005.
- Papadaniel Yannis, « La beauté de la mort. Comment ethnographier l'engagement auprès des mourants », *Ethnographiques.org*, n° 23, décembre 2011. [En ligne, consulté le 17 juin 2016] : <http://www.ethnographiques.org/2011/Papadaniel>.
- Paperman Patricia et Sandra Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Raisons pratiques », 2005.
- Penissat Étienne, « Publier des "chiffres officiels" ou les contraintes bureaucratiques et politiques qui façonnent l'expertise d'État. Le cas des statistiques du ministère du Travail », *Gouvernement et action publique*, vol. 4, n° 4, 2012, p. 45-66.
- Pessis Céline, Sezin Topçu et Christophe Bonneuil (dir.), *Une autre histoire des "Trente Glorieuses". Modernisation, contestations et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte « Cahiers libres », 2013.
- Pézerat Henri, « Les cancers professionnels », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 307-315.
- Pézerat Henri, « Les mécanismes du cancer », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 303-307.
- Pezet-Langevin Valérie, Robert Villatte et Pierre Logeay, *De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn out des travailleurs sociaux*, Montrouge, TSA Éditions, 1993.
- Philippe Davezies, « Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 14, n° 2, 2012. [En ligne, consulté le 31 octobre 2016] : <http://journals.openedition.org/pistes/2566>

- Pian Anaïk, « Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés », *Norois*, n° 232, 2014. [En ligne, consulté le 15 novembre 2015] : <http://norois.revues.org/5161>
- Picot André et Annie Thébaud-Mony, « Risques et atteintes toxiques », dans Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff (dir.), *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, p. 271-281.
- Pinell Patrice, « Fléau moderne et médecine d'avenir. La cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 68, 1987, p. 45-76.
- Pinell Patrice, « Quand le cancer devient un fléau social », *Prévenir*, premier semestre 1988, n° 16, p. 15-23.
- Pinell Patrice, *Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*, Paris, Métaillié, 1992.
- Piotet Françoise, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n° 1, 1998, p. 19-31.
- Pitti Laure, « Du rôle des mouvements sociaux dans la prévention et la réparation des risques professionnels : Peñarroya, 1971-1988 », dans Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 217-232.
- Pitti Laure, « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, vol. 3, n° 91, 2010, p. 103-132.
- Pitti Laure, « Penarroya 1971-1979 : "Notre santé n'est pas à vendre !" », *Plein droit*, vol. 83, n° 4, 2009, p. 36-40.
- Platel Sylvie, « La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser... », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, 2009, p. 46-55.
- Platel Sylvie, *Connaissance, expertise et reconnaissance des maladies professionnelles : système complémentaire et cancers en Seine-Saint-Denis*, thèse pour le doctorat en santé publique, Université Paris 13, 2014.
- Poggioli Morgan, « Les sources pour faire l'histoire du syndicalisme. Le cas de la CGT : le fonds rapatrié de Moscou pour l'entre-deux-guerres », *Histoire@Politique. Politique, culture, société*, n° 12, septembre-décembre 2010. [En ligne, consulté le 3 mars 2015] : www.histoire-politique.fr
- Poggioli Morgan, *La CGT du Front Populaire à l'État Français (1934-1940). De la réunification à la scission, de la scission à la dissolution*, thèse pour le doctorat en histoire, Université de Bourgogne, 2005.
- Pollak Michaël, « Constitution, diversification et échec de la généralisation d'une grande cause. La lutte contre le Sida », *Politix*, vol. 4, n° 16, 1991, p. 80-90.
- Pollak Michaël, « Histoire d'une cause », *Autrement*, n° 130, 1992, p. 24-28.

- Pollak Michaël, *L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale*, Paris, Métailié, 1990.
- Pollak Michaël, *Une identité blessée, études de sociologie et d'histoire*, Paris, Métailié, « Leçons de choses », 1993.
- Privet Lucien, *Les conditions de travail et de santé dans les mines de charbon du bassin de Lorraine. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 287 ouvriers du fond*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nancy 1, 1986.
- Proctor Robert and Londa Schiebinger (dir.), *Agnology : the making and unmaking of ignorance*, Stanford University Press, 2008.
- Proctor Robert N., « Robert Proctor et la production de l'ignorance », *Critique*, vol. 799, n° 12, 2013, p. 992-1005.
- Proctor Robert N., *Golden holocaust. La conspiration des industriels du tabac*, Paris, Édition des Équateurs/Mutualité française, 2014.
- Prost Antoine, *Les Anciens Combattants (1914-1940)*, Paris, Gallimard, « Folio histoire », 2014.
- Prost Léa, *Mise en visibilité des victimes d'une pollution environnementale à l'amiante : le CMMP d'Aulnay-sous-Bois, Seine-Saint-Denis*, mémoire pour le master 1 en géographie, Université Jean-Moulin de Lyon 3, 2016.
- Pujol Hervé (dir.), *Tristes mines. Impacts environnementaux et sanitaires de l'industrie extractive*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2014.
- Rainhorn Judith, « 1909-1914 : un syndicat médical solidaire des ouvriers », *Santé et travail*, n° 82, avril 2013. [En ligne, consulté le 3 juin 2016] : www.sante-et-travail.fr/1909-1914--un-syndicat-medical-solidaire-des-ouvriers_fr_art_1205_63339.html
- Rainhorn Judith, « De l'enjeu invisible à l'outil de mobilisation : le syndicalisme ouvrier à l'épreuve du saturnisme des peintres (France, XX^e siècle) », dans Bruno, Anne-Sophie, Éric Geerkens et Nicolas Hatzfeld (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Pour une histoire du travail », 2011, p. 213-229.
- Rainhorn Judith, « La santé au risque du marché. Savoir médical, concurrence économique et régulation des risques entre blanc de zinc et blanc de plomb (France XIX^e siècle) », dans Thomas Le Roux (dir.), *Risques industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance fin XVIII^e-début XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p. 21-44.
- Rainhorn Judith, *Poison légal. Une histoire sociale, politique et sanitaire de la céruse et du saturnisme professionnel (XIX^e siècle-premier XX^e siècle)*, dossier pour l'habilitation à diriger les recherches, Institut d'études politiques de Paris, 2015.
- Ravon Bertrand, « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, n° 152, 2009, p. 60-68.
- Re Alexandra, Préface à l'ouvrage « Défis actuels, passés, futurs : le parcours d'Ivar Oddone », *Ergologia*, n° 12, 2014, p. 149-160.

- Rebecq Geneviève, « La prescription médicale », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 51, n° 3, 1998, p. 713-715.
- Remonet Laurent et al., « Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°38, 13 octobre 2009.
- Retière Jean-Noël, « Vigna (Xavier), L'insubordination ouvrière dans les années 68. Essai d'une histoire politique des usines, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007 », *Politix*, vol. 86, n° 2, 2009, p. 223-228.
- Ricordeau Gwenola, *Les relations familiales à l'épreuve de l'incarcération. Sentiments et solidarités à l'ombre des murs*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université Paris 4/Sorbonne, 2005.
- Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, « Folio/essais », 1999.
- Rode Antoine, *Le "non-recours" aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes*, thèse pour le doctorat en sciences politique, Université de Grenoble, novembre 2010.
- Rosental Paul-André et Jean-Claude Devinck, « Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 95, n° 3, 2007, p. 75-91.
- Rosental Paul-André, « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle », *Populations et sociétés*, n° 437, septembre 2007. [En ligne, consulté le 15 octobre 2015] : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19105/437.fr.pdf
- Rosner David and Gerald Markowitz (dir.), *Dying for Work. Worker's Safety and Health in Twentieth-Century America*, Bloomington et Indianapolis, Indiana University Press, 1987.
- Saillant Francine, « Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer », *Sciences sociales et santé*, vol. 8, n° 3, 1990, p. 5-40.
- Saillant Francine, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1988.
- Saint-Jours Yves, « Les cancers professionnels : identification, réparation, prévention », *Droit social*, n° 5, mai 1995.
- Sakoyan Juliette, « L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires ». *ethnographiques.org*, Numéro 17, novembre 2008. [En ligne, consulté le 27 juillet 2017] : <http://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan>
- Salaris Coline, « Agriculteurs victimes des pesticides : une nouvelle mobilisation collective en santé au travail », *La nouvelle revue du travail*, 4 | 2014, en ligne sur <http://journals.openedition.org/nrt/1480> [consulté le 17 avril 2016].

- Sarfati François et Anne-Marie Waser, « Les risques professionnels et la santé : une affaire d'expérience, d'occultation, de reconnaissance », *Sociologies pratiques*, vol. 26, n° 1, 2013, p. 1-10.
- Sarradon-Eck Aline, « Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps », dans Florence Cousson-Gélie, Emmanuel Langlois et Marion Barrault (dir.), *Faire face au cancer. Image du corps, Image de soi*, Boulogne-Billancourt, Tikinagan, 2009, p. 285-311.
- Sarradon-Eck, Aline. « Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer », dans Patrick Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2004, p. 31-45.
- Sayn Isabelle, « Accès au juge et accès au droit dans le contentieux de la protection sociale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, 2004, p. 113-135.
- Sayn Isabelle, « Le pouvoir de l'organisation : maîtrise des ressources juridiques et maîtrise du recours au juge dans la branche famille de la Sécurité sociale », *Droit et société*, vol. 67, n° 3, 2007, p. 649-669.
- Sayn Isabelle, *Droit et pratiques de droit dans les caisses d'allocations familiales*, Paris, Rapport de recherche CNAF/MRASH, 1998.
- Schütz Gabrielle, « Tirer son épingle du jeu dans une relation d'emploi triangulaire. Le cas des hôtesse d'accueil prestataires », *Revue française de sociologie*, vol. 55, n° 1, 2014, p. 73-100.
- Schwartz Olivier, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France, 1990.
- Schwartz Yves, *Expérience et connaissance du travail*, Paris, Éditions Sociales, 2013.
- Selikoff Irving J., J. Churg et E. C. Hammond, « The occurrence of asbestosis among insulation workers in the United States », *Annals of New York Academy of Sciences*, vol. 132, 1965, p. 139-155.
- Sellers Christopher and Joseph Melling, « Objective Collectives? Transnationalism and "Invisible Colleges" in Occupational and Environmental Health from Collis to Selikoff », dans Christopher Sellers and Joseph Melling (dir.), *Dangerous Trade : Histories of Industrial Hazard across a Globalizing World*, Philadelphia, Temple University Press, 2012.
- Siblot Yasmine, *Faire valoir ses droits au quotidien*, Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2006.
- Siblot Yasmine, Marie Cartier, Isabelle Coutant, Olivier Masclat et Nicolas Renahy, *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2015.
- Sick Sylvain, « L'œuvre de la Société des nations dans la lutte internationale contre le cancer de 1923 à 1938 », *Medicina & Storia*, vol. 8, n° 16, 2008, p. 67-93.
- Siemiatycki Jack, Nicholas E. Day, Jacques Fabry, John A. Cooper, « Discovering Carcinogens in the Occupational Environment: A Novel Epidemiologic Approach », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 2, 1981, p. 217-225.

- Soulé Bastien, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives*, vol. 27, n° 1, 2007, p. 127-140.
- Spira Alfred, « Santé publique, statistique et renouveau de la médecine », propos recueillis par Frédéric Pierru et Louis Weber, *Savoir/Agir*, vol. 3, n° 5, 2008, p. 89-105.
- Spire Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008.
- Stavo-Debaugue Joan, « Des "événements" difficiles à encaisser, un pragmatisme pessimiste », dans Daniel Cefaï, Cédric Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2012.
- Stavo-Debaugue Joan, « L'(in)expérience des victimes », dans Catherine Courtet, Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012.
- Stengers Isabelle, *Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences*, Paris, La Découverte, 2013.
- Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales, Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, n° 35, 1996.
- Strauss Anselm and Juliet M. Corbin, *Unending Work and Care : Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco, Jossey-Bass, 1988.
- Supiot Alain, *Critique du droit du travail*, Paris, Presses universitaires de France, « Quadrige », 2002 [1994].
- Szarlej Marie, *Socio-histoire de l'Inspection du travail : une administration comme une autre ?*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Nantes, 2017.
- Teiger Catherine et Antoine Laville, « L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action », *Travail et emploi*, vol. 1, n°47, 1991, p. 53-62.
- Teissonnière Jean-Paul, « Les risques invisibles », *Semaine sociale Lamy*, supplément, 17 octobre 2005.
- Thébaud-Mony Annie et Catherine Lepetit, « La tuberculose n'est pas une maladie exotique », *Plein Droit*, n° 14, juillet 1991, p. 20.
- Thébaud-Mony Annie et Michèle Vincenti Delmas, « Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis : une recherche action pour réduire les inégalités », dans Louise Potvin, Marie José Moquet et Catherine M. Jones (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, 2010, p. 158-167.
- Thébaud-Mony Annie, « Cancers professionnels : le Conseil d'État stoppe la dérive des pratiques », *Plein droit*, n° 26, octobre 1994, p. 20.
- Thébaud-Mony Annie, « Inégalités sociales et tuberculose en Seine Saint-Denis dans les années 1980. Une recherche pluridisciplinaire en santé publique », *Sociétés contemporaines*, n°3, septembre 1990, p. 59-80.

- Thébaud-Mony Annie, « Recherche engagée et rigueur méthodologique. À propos de la recherche sur les cancers professionnels », dans Moritz Hunsman et Sébastien Kapp (dir.), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2013, p. 315-331.
- Thébaud-Mony Annie, « Science asservie et invisibilité des cancers professionnels : études de cas dans le secteur minier en France », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 72, n° 1, 2017, p. 149-172.
- Thébaud-Mony Annie, *Besoins de santé et politique de santé : analyse des travaux de l'Organisation mondiale de la santé, 1974-1978 : deux études de cas : tuberculose, nutrition et politique de santé en Algérie, au Québec*, thèse pour le doctorat d'État en lettres et Sciences Humaines., Université Paris 5 Sorbonne, 1980.
- Thébaud-Mony Annie, *L'envers des sociétés industrielles. Approche comparative franco-brésilienne*, Paris, L'Harmattan, 1990,
- Thébaud-Mony Annie, *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*, Paris, INSERM-EDK, 2000.
- Thébaud-Mony Annie, *La reconnaissance des maladies professionnelles, acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française, 1991.
- Thébaud-Mony Annie, *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte « Cahiers libres », 2014.
- Thébaud-Mony Annie, Laura Boujasson, Michael Levy, Catherine Lepetit, Parvine Goulimaly, Hélène Carteron et Michèle Vincenti, « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) », *Pistes*, 5-1, 2003. [En ligne, consulté le 3 mai 2015] : <https://pistes.revues.org/3346>
- Thébaud-Mony Annie, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007.
- Thomas Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1980.
- Thomas Valérie, *Les ambiguïtés "du traitement social" des cancers d'origine professionnelle. Monographie d'un dispositif de surveillance en Seine-Saint-Denis*, mémoire pour le DEA en recherches comparatives sur le développement, École des hautes études en sciences sociales, 2002.
- Tiano Vincent, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques : une profession sous tension*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Marseille, 2003
- Tomatis Lorenzo, « The IARC Monographs Program : Changing Attitude toward Public Health », *International Journal Occupational Environment Health*, vol. 8, n° 2, 2002, p. 144-152.
- Topalov Christian, « Les "réformateurs" et leurs réseaux : enjeux d'un objet de recherche », dans Christian Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880-1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999, p. 12.

- Topalov, Christian, « Écrire l'histoire des sociologues de Chicago », *Genèses*, vol. 51, n° 2, 2003, p. 147-159.
- Topçu Sezin, « Atome, gloire et désenchantement. Résister à la France atomique avant 1968 », dans dans Céline Pessis, Sezin Topçu et Christophe Bonneuil (dir.), *Une autre histoire des « Trente Glorieuses ». Modernisation, contestation et pollutions dans la France d'après-guerre*, Paris, La Découverte, 2013, p. 189-210.
- Topçu Sezin, « Les physiciens dans le mouvement antinucléaire : entre science, expertise et politique », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, n° 102, 2007, p. 89-108.
- Touranchet Annie, *Les difficultés médico-légales de définition d'accidents du travail et de maladie professionnelles*, thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris Val de Marne, Faculté de Créteil, 1975.
- Tracol Mathieu, *La rigueur et les réformes. Histoire des politiques du travail et de l'emploi du gouvernement Mauroy (1981-1984)*, thèse pour le doctorat en histoire, Université Paris 1, 2015.
- Trémeau Camille, « De jeunes salariés confrontés à l'(in)justice du travail : recours aux prud'hommes et effets socialisateurs de l'épreuve judiciaire », *Politix*, vol. 118, n° 2, 2017, p. 157-181.
- Trompette Pascale et Sandrine Caroly, « En aparté avec les morts... », *Terrains*, n° 43, 2004. [En ligne, consulté le 5 décembre 2015] : <http://terrain.revues.org/index1836.html>
- Vacquier Blandine, *Analyse de la mortalité dans la cohorte française des mineurs d'uranium*, thèse pour le doctorat en épidémiologie et intervention en santé publique, Université Paris 11, 2008.
- Vandentorren Stéphanie, Rachid Salmi et Patrick Brochard, « Reconnaissance des cancers professionnels : revue des méthodes existantes et perspectives », *Bulletin du cancer*, vol. 92, n° 9, 2005, p. 799-807.
- Viet Vincent, « HEIM, Frédéric-Louis (de Balsac) (1869-1962). Professeur d'Hygiène industrielle (1905-1937), Professeur d'Agriculture et production des matières (1923-1937) », *Histoire biographique de l'enseignement*, vol. 19, n° 1, 1994, p. 655-664.
- Vigna Xavier, *L'insubordination ouvrière dans les années 68. Essai d'histoire politique des usines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.
- Ville Isabelle, *Le handicap comme épreuve de soi. Politiques sociales, pratiques institutionnelles et expériences*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Rennes 2 Haute-Bretagne, 2008.
- Vincent Julien, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme », *Genèses*, 2012, vol. 89, n° 4, p. 88-111
- Vincenti Michèle et Annie Thébaud-Mony, « Droit du travail et droit à la santé », *Revue générale de droit médical*, n° 2, 2002, p. 301-309.

- Vogel Laurent, « De l'indemnisation à la prévention : ambiguïtés et impasses dans le régime juridique des maladies professionnelles en Europe », *Revue juridique d'Auvergne*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires de la faculté de droit de Clermont-Ferrand, 2002.
- Volkoff Serge et Anne-Françoise Molinié, « Quantifier sans broyer ? Les statistiques en santé au travail à la rencontre des analyses cliniques », dans Yves, Clot et Dominique Lhuillier (dir.), *Travail et santé*, Toulouse, ERES, « Clinique du travail », 2010, p. 175-188.
- Volkoff Serge, « Statistiques "ouvertes" et ergonomie "myope" : combiner les niveaux d'analyse en santé au travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, 2010, p 11-30.
- Volkoff Serge, *Des comptes à rendre. Usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Marne-la-Vallée, 2002.
- Warrin Philippe, *Le non-recours : définitions et typologie*, Grenoble, ODENORE, 2010 [réactualisé 2016].
- Weber Florence (entretien avec) « Viviana Zelizer, "l'argent social" », *Genèses*, vol. 4, n° 65, 2006, p. 126-137.
- Weber Florence, « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, vol. 1, n° 70, 2008, p. 140-150.
- Weber Henri, *Le parti des patrons. Le CNPF (1946-1986)*, Paris, Seuil, 1986.
- Weber Max, *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1971 [1915].
- Weller Jean-Marie, *L'État au guichet*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
- Wieworka Annette, *Justin Godart, un homme dans son siècle*, Paris, CNRS Éditions, 2005
- Yon Karel et Nathalie Ethuin (dir.), *La fabrique du sens syndical. La formation des représentants des salariés en France (1945-2010)*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, « Sociopo », 2014.
- Zahm Shelia Hoar, Linda M. Pottern, Denise Riedel Pottern, Mary H. Ward; Deborah W. White, « Inclusion of women and minorities in occupational Cancer Epidemiological Research », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, n° 8, août 1994, p. 842-847.
- Zelizer Viviana, *La signification sociale de l'argent*, Paris, Seuil, 2005.
- Zerbib Jean-Claude, « Les rayonnements ionisants », dans Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985, p. 273-282.
- Zimmer Alexis, *Brouillards toxiques. Vallée de la Meuse, 1930, contre-enquête*, Bruxelles, Éditions Zones sensibles, 2016.

Zolesio Emmanuelle, « Anonymiser les enquêtés », *Revue ¿Interrogations?*, n° 12, 2011, [En ligne, consulté le 3 novembre 2016]: <http://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

Table des figures et tableaux

Figure 1. Une hiérarchie des facteurs de risque du cancer qui s'impose dans l'espace public en France dans les années 2000 : l'individualisation de la responsabilité.....	18
Figure 2. Des écarts à chaque étape de l'enquête GISCOP93.....	63
Figure 3. Un terrain d'enquête construit pour une part au sein d'un dispositif de recherche-action	65
Figure 4. Le travail administratif lié à l'accès au droit : du principe à la réalité ©	208
Figure 5. Les critères exigeants des tableaux. L'exemple du 10 ter : affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc.....	249
Figure 6. Le système de réparation, conçu comme un dispositif de production de connaissances sur les risques sanitaires au travail ©.....	284
Figure 7. Les produits dérivés de la houille, d'après M. Babaud, inspecteur du travail, 1930.....	316
Figure 8. Les diverses professions qui exposent aux « pneumokonioses » selon le docteur Courtois-Suffit, art. cité, 1903, p. 47.	338
Figure 9. 1980-1989 : une période féconde en termes de créations ou de modifications de tableaux	404
Figure 10. Formulaire CERFA de déclaration de maladie professionnelle	444
Figure 11. La lente mise en place d'une gestion spécifique des AT-MP ©	503
Figure 12. Évolution du montant que la branche AT-MP doit reverser à la branche maladie au motif de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance (en millions d'euros)	513
Figure 13. La gestion des AT-MP, inscrite au sein d'une architecture complexe ©.....	516
Figure 14. L'instruction d'un dossier de maladie professionnelle : une diversité d'acteurs concernés ©.....	538
Figure 15. Montant du coût du contentieux de la branche AT-MP (en millions d'euros).....	565

Le symbole © signifie que ces schémas sont originaux.

Tableau 1. Calendrier des séances de la CSMP dans l'entre-deux-guerres.....	273
Tableau 2. Système de classification du CIRC.....	383

Glossaire des principaux sigles utilisés

ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activités des travailleurs de l'amiante
ADDEVA93	Association départementale de défense des victimes de l'amiante
ALD	Affections longue durée
ALERT	Association pour l'étude des risques du travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANDEVA	Association nationale de défense des victimes de l'amiante
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APCME	Association pour la prise en charge des maladies éliminables
APPSTMP	Association pour la protection de la santé au travail des métiers portuaires
ASP	Agent de surveillance de Paris
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
AT-MP	Accidents du travail – Maladies professionnelles
BIT	Bureau international du travail
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (ex Cram)
CAT-MP	Commission des accidents du travail/ maladies professionnelles
CCPP	Centre de consultation de pathologies professionnelles
CDH	Comité départemental d'hygiène
CE	Comité d'entreprise
CEA	Commissariat à l'énergie atomique
CECA	Communauté européenne du charbon et de l'acier
CEE	Communauté économique européenne
CERCHAR	Centre d'études et recherches des charbonnages de France
CFDT	Confédération française de défense des travailleurs
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGPF	Confédération générale de la production française / confédération générale du patronat
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CGT	Confédération générale du travail
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire

CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CISL	Confédération internationale des syndicats libres
CLISACT	Comité de liaison et d'information sur la santé et les conditions de travail
CMI	Certificat médical initial (en maladie professionnelle)
CMR	Cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques
CMRP	Comité maladies et risques professionnels
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance retraite des travailleurs salariés
CNIL	Commission informatique et liberté
CNITAAT	Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail
CNPF	Conseil national du patronat français
CNS	Conseil national de la statistique
COG	Convention d'objectifs et de gestion (entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale).
COGEMA	Compagnie générale des matières nucléaires
CPA	Comité permanent amiante
CPAM	Caisse départementale d'assurance maladie
CPCAMRP	Caisse primaire centrale d'assurance maladie de la région parisienne
CRA	Commission de recours amiable
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRIAST	Collectif pour la recherche et l'intervention contre les atteintes à la santé des travailleurs
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSMP	Commission supérieure/spécialisée des maladies professionnelles (avant guerre/après guerre)
CTN	Comité technique national
CTR	Comité technique régional
CVM	Chlorure de vinyle monomère
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (service de l'Etat)
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de
DMP	Déclaration en maladie professionnelle
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la
DRP	Direction des risques professionnels
EDATET	Entraide et défense des acteurs de télécoms exposés aux toxiques
EHESS	École des hautes études en sciences sociales

ENSAE	Ecole nationale de la statistique et de l'administration économique
EPI	Equipement de protection individuelle
ESCPI	Ecole supérieure de physique et de chimie industrielles de la ville de Paris
FIE	Faute inexcusable de l'employeur
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
FNMT	Fédération nationale des mutilés du travail
FPT	Fonction publique territoriale
FUC	Fédération unifiée de la chimie
GIP	Groupe information prison
GIS	Groupe information santé
GISTI	Groupe d'information et de soutien des immigrés
GSIE	Groupement des scientifiques pour l'information sur l'énergie nucléaire
HAP OU HPA	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
HAS	Haute autorité de santé
HBL	Houillères du bassin de Lorraine
HNBNPC	Houillères du bassin du Nord et du Pas-de-Calais
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnités journalières
INCA	Institut national du cancer
INPACT	Institut pour l'amélioration des conditions de travail (CFDT)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IPP	Incapacité permanente partielle
IRP	Institutions représentatives du personnel
ITT	Incapacité temporaire de travail
MCP	Maladies à caractère professionnel
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MIRTMO	Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre
OIT	Organisation internationale du travail
OMI	Office des migrations internationales
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé Île-de-France

ORTF	Office de radiodiffusion-télévision française
OSHA	Occupational safety and health administration
PME	Petites et moyennes entreprises
PSU	Parti socialiste unifié
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
RPS	Risques psycho-sociaux
SDN	Société des nations
SMR	Surveillance médicale renforcée
SNPMT	Syndicat national professionnel des médecins du travail
SPAS	Service de prévention et d'action sanitaire (service du Conseil général)
SPP	Suivi post professionnel
SUMER	Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques
TASS	Tribunal des affaires de Sécurité sociale
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VLE	Valeur limite d'exposition
VLEP	Valeurs limites d'exposition professionnelle

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire général	9
Introduction générale	11
Parvenir à percevoir sa maladie comme un préjudice : un processus complexe	15
Le cancer professionnel et la construction des problèmes publics	17
<i>La « guerre » des causes du cancer</i>	18
<i>La bataille des chiffres</i>	20
Une contribution à l'histoire du travail	23
Le droit à réparation des maladies professionnelles : un terrain de conflit masqué	24
<i>Un vecteur supplémentaire d'inégalités</i>	25
<i>Un conflit en toile de fond</i>	26
Une recherche combinant ethnographie et histoire	27
<i>Du côté ethnographique, une observation participante de longue durée</i>	28
<i>Du côté historien, l'exploration d'archives publiques et privées</i>	30
Trois parties pour rendre compte d'un processus	33

PREMIERE PARTIE

RECOURIR AU DROIT OU PAS : UNE EXPERIENCE COMPLEXE 35

Chapitre 1

Dispositif d'enquête et production de connaissance : forces et contraintes 39

1. Le GISCOPE93 comme acteur de santé publique	40
1.1. <i>La Seine-Saint-Denis : un territoire concerné</i>	41
1.1.1. Des indicateurs de santé préoccupants	41
1.1.2. Une longue histoire industrielle	42
1.1.3. Chercheurs et médecins de santé publique : une alliance de circonstance	43
1.1.4. Les pathologies professionnelles sortent de l'ombre	44
1.1.5. De la tuberculose au cancer	46
1.2. <i>Un parti pris : la santé au travail relève de la santé publique</i>	48
1.2.1. Les travailleurs, « sentinelles » des pollutions environnementales	49
1.2.2. Un dispositif de recherche pour l'action publique	50
1.3. <i>Une méthodologie hybride visant la complémentarité des savoirs</i>	54
1.3.1. Le diagnostic du cancer comme principal critère d'inclusion	55
1.3.2. Le travail comme une activité singulière	55
1.3.3. Les savoirs et leur complémentarité	58
1.4. <i>Le suivi des parcours de reconnaissance en cancer professionnel : l'élargissement d'un terrain de recherche</i>	61
1.4.1. Des patients majoritairement polyexposés aux cancérogènes	62
1.4.2. L'accès au droit à réparation des maladies professionnelles : un cadre partenarial favorable	63
2. Une recherche ethnographique en « terrain sensible »	66
2.1. <i>Un cheminement méthodologique</i>	67
2.1.1. Questions épistémologiques et éthiques : les impératifs du terrain	68
2.1.2. Une extériorité intenable	70
2.1.3. De la « neutralité » à la « franchise » axiologique	71
2.1.4. Un terrain aux sensibilités multiples	72
2.2. <i>Un dispositif de recherche inédit et fécond</i>	76
2.2.1. Une démarche d'« intervention »	76
2.2.2. Saisir l'expérience des patients et de leur famille	78
2.2.2.1. <i>Une approche longitudinale qui ouvre sur le temps biographique</i>	78
2.2.2.2. <i>L'espace de l'intimité, territoire incontournable</i>	80
2.2.3. L'adversité comme alliée	82
2.2.4. L'accès aux « coulisses » de l'instruction	83
2.2.5. S'offrir des points de comparaison	84

2.3.	<i>Recherche intervention : des logiques en tension</i>	85
2.3.1.	Un statut hybride, une relation ambivalente.....	85
2.3.2.	Pièges et ambivalences de l'intervention.....	88
2.3.2.1.	<i>Entre objectif de recherche et nécessités de l'accompagnement</i>	88
2.3.2.2.	<i>En équilibre instable : garder le terrain ouvert</i>	91
2.3.2.3.	<i>Risques de la métamorphose en expert</i>	93
	Conclusion.....	95
Chapitre 2		
	Se savoir exposé aux cancérrogènes : un processus complexe	97
1.	Le « cancer professionnel » comme impensé	99
1.1.	<i>Une maladie à distance du travail</i>	99
1.1.1.	Une absence de signature spécifique	99
1.1.2.	Un important délai de latence et un phénomène aléatoire	100
1.2.	<i>Des expositions cancérrogènes ignorées</i>	102
1.2.1.	L'amiante comme exemple emblématique.....	104
1.2.1.1.	<i>Le caractère mortifère de l'amiante : « On n'en savait rien. »</i>	104
1.2.1.1.1.	Une visibilité médiatique inégale dans le temps et dans l'espace.....	105
1.2.1.1.2.	Un savoir extrêmement dépendant des contextes.....	107
1.2.1.2.	<i>Des expositions insoupçonnées : « Je n'ai jamais travaillé dans l'amiante ! »</i>	108
1.2.1.3.	<i>Un espace de contamination aux limites floues</i>	110
1.2.2.	Au-delà de l'amiante : un faible savoir sur les risques cancérrogènes.....	113
1.2.2.1.	<i>Le collectif d'experts du GISCO93 : un rôle essentiel</i>	114
1.2.2.2.	<i>De multiples freins à l'identification des expositions</i>	115
2.	Les ambivalences du travail, écran à la connaissance des risques.....	117
2.1.	<i>Un espace de subordination</i>	118
2.1.1.	Le caractère cancérrogène du travail : un savoir entravé	119
2.1.1.1.	<i>Le « secret des procédés »</i>	119
2.1.1.2.	<i>La volonté de savoir : une source de conflit</i>	120
2.1.1.3.	<i>Entre minimisation et occultation</i>	121
2.1.2.	Des risques cancérrogènes supposés sous contrôle	128
2.1.2.1.	<i>L'illusion d'être collectivement protégés</i>	129
2.1.2.2.	<i>Les normes du travail « bien fait »</i>	134
2.1.2.3.	<i>« Le patron ne pouvait pas savoir »</i>	136
2.2.	<i>Le travail comme espace d'attachement</i>	137
2.2.1.	Le travail, pourvoyeur d'identité sociale.....	138
2.2.2.	Puissance de l'idéologie industrielle.....	142
2.3.	<i>Face à la pluralité des risques</i>	143
2.3.1.	Une hiérarchisation des risques qui s'impose	144
2.3.1.1.	<i>Du plus immédiat au plus incertain</i>	144
2.3.1.2.	<i>Entre risque cancérrogène potentiel et risque avéré de perte de revenu ou d'emploi</i>	147
2.3.1.3.	<i>Le risque cancérrogène contre le pouvoir d'agir</i>	151
2.3.2.	Des effets quasi-invisibles : une maladie à retardement et cachée	153
	Conclusion.....	159
Chapitre 3		
	Se reconnaître éligible	161
1.	Une dépendance vis-à-vis du corps médical	162
1.1.	<i>Les médecins « gardes-barrières de l'accès au droit »</i>	162
1.1.1.	La rédaction du CMI : une obligation légale peu respectée	163
1.1.2.	L'autorité médicale : « C'est le médecin qui l'a dit ».....	164
1.1.3.	Des médecins à l'implication contrastée	166
1.2.	<i>Des médecins guère attentifs aux liens entre santé et travail</i>	172
1.2.1.	Toute-puissance des généralistes : le diagnostic de cancer.....	172
1.2.2.	Un diagnostic médical sous contraintes économiques	175
1.2.3.	Des erreurs d'orientation par désintérêt pour les conditions de travail	178
1.2.4.	Médecins du travail et surveillance médicale : un rôle ambigu	182

2. La maladie grave en toile de fond	187
2.1. <i>Le temps désagrégé</i>	188
2.2. <i>Le cancer broncho-pulmonaire : un pronostic sombre</i>	191
2.3. <i>L'exacerbation des difficultés socio-économiques</i>	193
2.3.1. Des revenus d'activité amputés	194
2.3.2. La maladie, source de frais supplémentaires	197
3. Le rôle déterminant des tiers	199
3.1. <i>L'accès au droit compromis par l'isolement</i>	199
3.2. <i>Les proches, entre implication et épuisement</i>	202
3.2.1. Une épreuve partagée	202
3.2.2. Des victimes par « ricochet »	205
3.2.3. Un cumul de « malheurs », des inégalités sociales amplifiées	207
3.2.4. Pour les proches en deuil, une délicate prise de relais	210
3.3. <i>L'assistance sociale au détriment du droit à réparation ?</i>	213
3.3.1. Un accompagnement essentiel mais un déficit de formation	215
3.3.2. Le cancer, révélateur d'un accompagnement social sous tension	217
3.3.3. Quand le droit à réparation fait office d'aide sociale	220
4. Donner sens à l'exercice du droit : une nécessité	223
4.1. <i>Un rapport ambivalent à l'indemnisation</i>	225
4.1.1. Une gêne à surmonter devant l'origine de l'argent	226
4.1.2. Améliorer l'existant pour mieux supporter la maladie	228
4.1.3. L'argent qui « brûle les doigts »	229
4.2. <i>L'exercice du droit « pour la prévention »</i>	231
4.3. <i>Un devoir moral à l'égard du proche disparu</i>	234
4.4. <i>L'accès au droit pour rendre justice</i>	237
Conclusion	241

DEUXIEME PARTIE

LES ARCANES DU DROIT DE LA REPARATION DES CANCERS PROFESSIONNELS :

ECLAIRAGE D'UNE GENEALOGIE.....243

Chapitre 4

Le cancer comme « maladie professionnelle » : une catégorie politico-juridique247

Prologue..... 248

1. Le « tableau », cet obscur objet du droit à réparation	252
1.1. <i>La difficile prise en compte des maladies professionnelles</i>	252
1.1.1. Une revendication ouvrière	253
1.1.2. Une vive résistance patronale	256
1.1.3. Une convergence de facteurs favorables	257
1.1.4. Un compromis fragile autour de la « présomption d'origine »	261
1.1.4.1. <i>L'invention du « risque professionnel » ou la responsabilité sans faute</i>	261
1.1.4.2. <i>De l'accident du travail à la maladie professionnelle : le besoin d'adapter la loi</i>	266
1.2. <i>La lente extension du champ de la réparation</i>	271
1.2.1. Un dispositif constamment négocié	273
1.2.1.1. <i>Un mode opératoire instable et fluctuant</i>	274
1.2.1.2. <i>Une inertie critiquée</i>	276
1.2.1.3. <i>Le mauvais rôle ?</i>	278
1.2.1.4. <i>Une faiblesse budgétaire : la politique sans les moyens</i>	281
1.2.2. Un système qui repose et pèse sur le corps médical	283
1.2.2.1. <i>Un défaut d'implication par manque de formation ?</i>	285
1.2.2.2. <i>Un « marché » lucratif : les médecins soupçonnés</i>	288
1.2.2.3. <i>Médecins contre médecins : l'assurance comme espace de conflit</i>	291
2. Le cancer du travail : identification précoce, définition restrictive	293
2.1. <i>Début du XX^e siècle : le cancer devient un problème public</i>	293
2.1.1. Le corps médical stimulé par une série d'innovations	295
2.1.2. La Première Guerre mondiale comme révélateur	296
2.1.3. Le cancer rejoint la catégorie des « fléaux sociaux »	297
2.2. <i>Un consensus sur l'étiologie professionnelle</i>	299
2.2.1. La recherche d'une origine	299
2.2.2. L'affirmation du facteur professionnel	300

2.3.	<i>La pathologie cancéreuse rejoint les premiers tableaux</i>	306
2.3.1.	Des mobilisations en coulisse : l'exemple emblématique du tableau 6.....	307
2.3.2.	Du goudron au brai : un exercice de rétrécissement	313
2.3.2.1.	<i>Un risque partagé par de nombreux travailleurs</i>	313
2.3.2.1.	<i>Les produits dérivés de la houille hors du champ de la réparation : une exception française</i>	315
2.3.2.2.	<i>Une impulsion internationale : le rôle pressant du BIT</i>	318
2.3.2.3.	<i>Un tableau a minima</i>	321
2.3.2.4.	<i>Les produits dérivés de la houille : un marché en expansion</i>	326
2.3.1.	Le système des tableaux inadapté à la pathologie cancéreuse.....	328
2.3.1.1.	<i>La faiblesse des outils diagnostiques pour identifier les cancers</i>	328
2.3.1.2.	<i>Des maladies à long délai de latence ou la responsabilité de l'employeur masquée</i>	329
2.3.1.3.	<i>La non-construction de la connaissance</i>	331
	Conclusion.....	333
Chapitre 5		
Le cancer broncho-pulmonaire, une maladie professionnelle ?		
	Mouvements d'expertise et rapports de force	335
1.	La longue concurrence des « maladies des poussières ».....	336
1.1.	<i>La lutte contre l'empoussièrement : une attention ancienne</i>	336
1.2.	<i>Des poussières particulières : l'univers pionnier de la radioactivité</i>	342
1.2.1.	L'énigme du « cancer des montagnards de Schneeberg ».....	343
1.2.2.	Une séquence longtemps isolée	346
2.	À partir du milieu des années 1960 :	
	éclairages nouveaux sur les maladies professionnelles.....	349
2.1.	<i>Une « nébuleuse » critique du système de réparation</i>	351
2.1.1.	La dénonciation des limites des tableaux	351
2.1.2.	La poursuite de ces « rencontres improbables » dans les années 1980.....	355
2.2.	<i>L'impact du travail sur la santé : des données inadaptées</i>	358
2.2.1.	La statistique publique : le constat d'un désintérêt pour les conditions de travail.....	359
2.2.2.	Le rapport Buhl-Lambert : une mise en lumière du non-recours (1982).....	363
2.2.3.	La production d'une expertise sur le système de réparation.....	365
2.2.3.1.	<i>La relance d'une pratique médicale délaissée :</i> <i>les déclarations des maladies à caractère professionnel (MCP)</i>	366
2.2.3.2.	<i>L'analyse des coulisses du système de réparation</i>	372
2.2.3.3.	<i>Les maladies professionnelles : des statistiques contradictoires</i>	375
2.3.	<i>Un renouveau d'attention pour le cancer du travail</i>	379
2.3.1.	Le cancer, révélateur des limites du système de réparation	380
2.3.1.1.	<i>Une circulation internationale des données qui contrebalancent</i> <i>la méconnaissance française</i>	380
2.3.1.2.	<i>Le poids des monographies du CIRC</i>	382
2.3.1.3.	<i>Les insuffisances du système de réparation : la preuve par le cancer</i>	384
2.3.2.	Une priorité affichée des pouvoirs publics.....	387
2.3.2.1.	<i>La Concertation nationale contre le cancer et la responsabilité du travail</i>	388
2.3.2.2.	<i>La circulaire ministérielle de 1985 : la reconnaissance d'une urgence d'agir</i>	390
2.3.2.3.	<i>Le cancer au programme des créations et modifications des tableaux</i>	392
3.	Milieu des années 1980 :	
	le cancer broncho-pulmonaire, point de crispation	396
3.1.	<i>Le retour du cancer des produits dérivés de la houille</i>	398
3.1.1.	Archives syndicales et « privées », ressources inappréciables pour l'histoire.....	399
3.1.2.	Une révision sous l'influence des monographies du CIRC	401
3.1.3.	Une dynamique syndicale ou l'effet « nébuleuse »	403
3.1.3.1.	<i>Des protagonistes relativement isolés au sein de leur confédération</i>	405
3.1.3.2.	<i>La force de la mise en réseaux</i>	406
3.1.3.3.	<i>Le « cancer des cokiers », une campagne portée par la base</i>	408
3.2.	<i>Une bataille de dix ans : les formes patronales de freinage</i>	410
3.2.1.	Imposer la « preuve » par l'épidémiologie	412
3.2.2.	Gagner du temps.....	419
3.2.2.1.	<i>Provoquer le conflit</i>	421
3.2.2.2.	<i>La politique de la chaise vide</i>	423
3.2.2.3.	<i>La mise en cause de la présomption d'origine en leitmotiv</i>	425

3.2.3. Restreindre l'impact financier	427
3.2.3.1. <i>L'industrie de la cokerie bien au fait des risques cancérogènes, des effectifs concernés et des coûts anticipables dans les années 1980</i>	428
3.2.3.2. <i>« Une affection aussi courante » : le déni de la responsabilité du travail</i>	430
3.2.3.3. <i>Produire des données à la seule fin de justifier de critères restrictifs</i>	432
3.2.3.4. <i>Compliciter la charge de la preuve des expositions</i>	436
Conclusion	440

TROISIEME PARTIE

FAIRE VALOIR SES DROITS : DE SA CONSTRUCTION A SON INSTRUCTION,

LE PARCOURS D'UNE DECLARATION EN MALADIE PROFESSIONNELLE	441
--	------------

Chapitre 6

Constituer son dossier de déclaration : l'épreuve de la quête des preuves	443
--	------------

1. Prouver sa maladie	446
1.1. <i>L'ambiguïté des formulaires : une simple suspicion d'origine professionnelle</i>	446
1.2. <i>Un diagnostic médical jamais acquis</i>	448
1.3. <i>L'exercice médical, disjoint des exigences médico-administratives</i>	450
1.4. <i>La faible marge de manœuvre des patients</i>	453
2. Prouver son travail	456
2.1. <i>Conserver les papiers : une combinaison d'obstacles</i>	456
2.2. <i>Des traces administratives aveugles au travail réel</i>	461
3. Prouver ses expositions.....	463
3.1. <i>L'absence de mémoire institutionnelle ou l'inapplication des lois</i>	464
3.2. <i>La quête des traces du travail exposé</i>	467
3.2.1. La fragilité des « traces » issues de l'action syndicale	468
3.2.1.1. <i>Un outil puissant de preuve : le procès-verbal du CHSCT</i>	469
3.2.1.2. <i>Un document non diffusé par crainte de sanctions disciplinaires</i>	471
3.2.1.3. <i>Un défaut de conservation</i>	473
3.2.2. Le statut ambigu des traces conservées par les institutions	475
3.2.2.1. <i>Des fonds très parcellaires et hétérogènes</i>	476
3.2.2.2. <i>Une politique d'archives récente et mal assumée</i>	479
3.2.2.3. <i>Un accès aux traces de plus en plus fermé</i>	483
3.3. <i>La mémoire des pairs au secours de la preuve</i>	486
3.3.1. Construire la conservation des traces	487
3.3.2. Les travailleurs, « experts bruts » de leurs conditions de travail	489
3.3.3. Des espaces sans preuve	494
Conclusion	496

Chapitre 7

Les dossiers de demande de reconnaissance : dans les coulisses de l'instruction	499
--	------------

1. Les maladies professionnelles : une gestion intégrée à l'Assurance maladie.....	502
1.1. <i>De la gestion du risque professionnel à celle du risque social</i>	504
1.2. <i>Les AT-MP, parent pauvre dans l'organisation des caisses</i>	505
1.3. <i>Un budget spécifique qui devient l'objet d'attentions</i>	510
1.4. <i>Une gestion très hétérogène d'une Caisse à l'autre</i>	517
2. La CPAM 93 et les maladies professionnelles : une histoire singulière	519
2.1. <i>Un attachement fort au rôle social de l'institution</i>	519
2.2. <i>Un réseau pour favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles</i>	522
2.3. <i>Une organisation très dépendante des personnes</i>	524
3. Entre « modernisation » et enquête sous pressions : l'instruction des dossiers sous tension	526
3.1. <i>Pression de la « modernisation » du travail administratif</i>	526
3.1.1. La logique d'« efficacité » face à la fracture numérique	529
3.1.2. L'accueil sous la pression du chronomètre	530
3.1.3. Des relations subordonnées aux impératifs techniques.....	533
3.1.4. L'inadaptation des courriers, corollaire de leur standardisation	535
3.1.5. Mise à distance de l'assuré et perte de sens du travail des agents.....	536

3.2. <i>La Caisse face aux tableaux : un espace d'interprétation</i>	537
3.2.1. L'articulation médico-administrative : une réalisation compliquée	539
3.2.2. L'enquête administrative : un cadre d'interprétation mouvant.....	543
3.2.2.1. <i>Une fonction particulière au sein des Caisses</i>	544
3.2.2.2. <i>Un travail au croisement de plusieurs injonctions</i>	547
3.2.3. Les pathologies cancéreuses, miroir des conditions d'enquête	548
3.2.3.1. <i>La difficulté d'enquêter sur le passé du travail de l'assuré</i>	549
3.2.3.2. <i>La recherche des expositions : l'amiante comme paradigme de référence</i>	552
3.2.3.3. <i>Sous le « principe du contradictoire », l'inégalité des parties</i>	557
3.2.3.4. <i>De quoi le travail exposé est-il le nom ?</i>	559
3.3. <i>Sous la pression opiniâtre des employeurs</i>	563
Conclusion.....	569
Conclusion générale	571
L'exercice du droit à réparation : une confrontation d'une épaisseur insoupçonnée.....	572
Le droit à réparation des maladies professionnelles :	
des difficultés d'application structurelles.....	573
Le cancer professionnel : un risque « acceptable ».....	574
Prolongements.....	576
Sources	579
1. Archives et sources orales	579
<i>Archives publiques</i>	579
<i>Archives privées</i>	580
<i>Entretiens enregistrés</i>	581
<i>Documentaires</i>	583
2. Sources imprimées.....	583
Bibliographie	602
Table des figures et tableaux	637
Glossaire des principaux sigles utilisés	638
Table des matières	643
Annexes (volume séparé).....	649

Annexes

(volume séparé)

ANNEXE 1. Poème de Jean Groud, publié après son décès par la Fédération CGT des métaux dans un livre intitulé *Moins bête qu'hier, plus con que demain*

ANNEXE 2. Couverture de la brochure sur *L'ambiance de travail (Ambiente di lavoro)* et illustration de la page consacrée aux ambiances cancérigènes et toxiques

ANNEXE 3

- Formulaire de consentement que signent les patients des services hospitaliers partenaires pour participer à l'enquête du GISCOP93
- Exemple de note transmise aux médecins partenaires du GISCOP93 pour la rédaction d'un CMI
- Modèle de courrier transmis aux enquêtés suite à l'expertise de leur parcours professionnel par le Giscop93

ANNEXE 4. « Les maladies professionnelles », rapport de M. Louis-Jules Breton, député du Cher

ANNEXE 5. Affiche diffusée en 1926 par la Ligue contre le cancer

ANNEXE 6. Articles annonçant la création de l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles

ANNEXE 7. Affiches réalisées par l'Institut d'études et de prévention des maladies professionnelles mis en place par la CGT à Paris en 1938

ANNEXE 8. Décret du 10 mars 1894 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les bâtiments industriels

ANNEXE 9. « Élargir la reconnaissance des maladies professionnelles », les conclusions du rapport Buhl-Lambert de 1982

ANNEXE 10. La Concertation nationale contre le cancer : 1982-1983

ANNEXE 11. Chronologie de l'inscription du cancer broncho-pulmonaire dans les tableaux et évolution des exigences

ANNEXE 12. Chronologie des séances de la CSMP consacrées à la révision du tableau 16/16 bis pour l'inscription du cancer broncho-pulmonaire

ANNEXE 13. Schéma d'une cokerie avec relevé des concentrations en BAP à la cokerie de Carling (1985-1991)

ANNEXE 14. Carte des risques réalisée par des travailleurs de Ugine à Fos-Sur-Mer, dans la filiation de la méthodologie de Ivar Oddone : le travailleur « expert brut »

Titre : Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)

Mots clés : cancer professionnel, santé au travail, préjudice, non-recours, droit de la réparation des maladies professionnelles, inégalités sociales

Résumé : Première cause de mortalité en France, la pathologie cancéreuse est aussi l'un des principaux facteurs des inégalités sociales devant la mort. La responsabilité du travail dans sa survenue demeure largement sous-estimée, en lien notamment avec l'importance du non recours au droit à réparation en maladie professionnelle par les personnes atteintes de cancer, évoqué institutionnellement par les termes de « sous déclaration » et de « sous reconnaissance ».

Profitant d'un dispositif d'alerte et d'accompagnement s'exerçant depuis 2002 sur le territoire de la Seine-Saint-Denis (Giscop93), cette recherche s'est attelée à suivre au long cours des salariés ou anciens salariés atteints de cancer broncho-pulmonaire et leurs proches dans leur parcours d'accès au droit à réparation pour identifier les facteurs de l'exercice de ce droit.

Nourrie de ce matériau ethnographique, de fonds d'archives et d'observations dans une Caisse primaire d'assurance maladie, la thèse se partage en trois séquences.

La première, après avoir précisé le dispositif de recherche mis en place, s'intéresse aux conditions nécessaires à l'exercice du droit : il s'agit pour ces salariés et anciens salariés de parvenir à se concevoir « victimes » de leur travail passé et à trouver les ressources pour s'engager dans de telles démarches. La deuxième s'attache à reconstituer l'histoire de la catégorie médico-légale des cancers professionnels, qui apparaît au début du XX^e siècle et, plus particulièrement, celle des cancers broncho-pulmonaires : elle témoigne des conditions de fabrication de la « présomption d'origine » – au fondement du système de réparation des maux du travail – dans le cas de cette pathologie. En suivant la trajectoire d'un tableau de maladie professionnelle du début des années 1920 jusqu'au début des années 1990, elle donne à voir la fragilité de cette catégorie. La troisième séquence permet d'observer ce qu'il advient de ce droit au moment où il est appliqué par l'organisme en charge d'instruire les dossiers. Elle donne à voir les coulisses de l'instruction et les conditions de qualification d'un cancer en maladie professionnelle.



Title : Recognition and occultation of occupational cancers: the right to compensation from theory to practice

Keywords : occupational cancer, health at work, injury, non-take-up, right to compensation for occupational diseases, social inequality

Abstract : Cancerous pathologies, currently the leading cause of death in France, are also one of the main causes of social inequalities before death. The importance of occupational factors in the onset of the disease remains largely under-estimated, particularly because very few cancer patients exercise their right to compensation for occupational diseases, a phenomenon officially described as “under-reporting” and “under-recognition”.

This research, which has benefited from data collected by a program designed to identify and support occupational-cancer patients implemented since 2002 in the French département of Seine-Saint-Denis by the French “Groupement d’Intérêt Scientifique sur les Cancers d’Origine Professionnelle” (ie GISCO93, a scientific association for occupational cancers), set out to monitor current and former workers and employees who have been diagnosed with broncho-pulmonary cancer as well as their families, as they go through the process of seeking and obtaining compensation, in order to identify the factors that determine whether they do or do not exercise their rights.

This research, based on the data gathered during this phase of ethnographical research, on archival holdings and on observations in a French “Caisse primaire d’assurance maladie” (CPAM, ie local healthcare insurance office), comprises three parts.

After describing the research protocol that was implemented, the first part focuses on identifying the conditions required for occupational-cancer patients, both in and out of employment, to exercise their rights: they need to learn to perceive themselves as “victims” of their occupational history and to find the resources necessary to start the compensation-seeking process. The second part focuses on retracing the history of the medical and legal category of occupational cancer, which was first defined in the early 20th century, and more specifically, on the history of broncho-pulmonary cancers. This part describes the conditions which led to creating the notion of “presumed origin” – a cornerstone of the occupational-harm reparation system – in the case of this specific type of cancer. By retracing the stages of evolution of a table of occupational diseases from the early 1920s to the early 1990s, it illustrates how fragile this last category can be. The third section records what happens when the right to compensation is enforced by the institution in charge of investigating claims, revealing what takes place behind the scenes during the investigation of a claim and the conditions that define whether and when a case of cancer is recognized as an occupational disease.

