



HAL
open science

Quand les rapports sociaux de classes prennent corps : catégorisations et expériences des “ cancers du travail ” en Lorraine

Julie Primerano

► **To cite this version:**

Julie Primerano. Quand les rapports sociaux de classes prennent corps : catégorisations et expériences des “ cancers du travail ” en Lorraine. Sociologie. Université de Lorraine, 2019. Français. NNT : 2019LORR0247 . tel-02517278

HAL Id: tel-02517278

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02517278>

Submitted on 21 Nov 2022

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

Université de Lorraine



LABORATOIRE LORRAIN
DE SCIENCES SOCIALES



INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

Ecole Doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances

Laboratoire lorrain de sciences sociales (2L2S)

QUAND LES RAPPORTS SOCIAUX DE CLASSES PRENNENT CORPS : CATEGORISATIONS ET EXPERIENCES DES « CANCERS DU TRAVAIL » EN LORRAINE

Thèse pour le doctorat de sociologie

Présentée et soutenue publiquement à Nancy par Julie Primerano,

le 19 novembre 2019

Sous la direction de : Cherry Schrecker et Ingrid Voléry

Jury :

- Arnaud MIAS, PU, IRISSO, Paris Dauphine (rapporteur)
- Delphine SERRE, PU, CERLIS, Paris Descartes (rapporteuse)
- Sylvie FAINZANG, DR, INSERM, Cermes 3 (examinatrice)
- Thierry PILLON, PU, CETCOPRA, Paris Sorbonne (examineur)
- Isabelle THAON, MCU-PH, APEMAC, Université de Lorraine (examinatrice)
- Cherry SCHRECKER, PU, PACTE, Université de Grenoble Alpes (directrice)
- Ingrid VOLERY, PU, 2L2S, Université de Lorraine (co-directrice)

*À la mémoire de Jacqueline, pour qui nos parcours
étaient si obscurs, mais qui en était si fière*

Remerciements

J'adresse en premier lieu toute ma gratitude à celles et ceux qui ont accepté de m'ouvrir leur porte et de partager avec moi leurs souvenirs et leur présent marqué par la maladie. Je leur souhaite du courage.

Je souhaite, plus largement, remercier toutes celles et ceux qui m'ont donné d'un temps précieux, toujours trop rare, pour me faire découvrir et m'expliquer cet univers, qu'ils soient médecins, bénévoles, syndicalistes ou agents administratifs. Un merci tout particulier, ici, pour les médecins du CCPP – Isabelle, en premier lieu – et à l'ADDEVA88 – Jean-Paul, qui s'est largement dévoué – pour avoir été si souvent disponibles et si prompts à m'ouvrir des portes sur le terrain.

Je remercie également ce jury éclectique qui me fait l'honneur de lire et discuter mon travail : Sylvie Fainzang, Arnaud Mias, Delphine Serre, Thierry Pillon et Isabelle Thaon.

Je suis reconnaissante à mes directrices, Cherry Schrecker et Ingrid Voléry, de m'avoir guidée dans cette aventure, de près ou de loin, tout particulièrement ces derniers mois, lorsqu'il a fallu donner de la chair à tous ces résultats. Mes remerciements vont également vers les collègues du laboratoire, pour la formation dont nous avons bénéficié grâce à eux tout au long de notre cursus, pour leur accueil, les matchs de badminton et surtout les conditions optimales de travail qui ont été les miennes – les nôtres – et dont peu de doctorant.e.s, ailleurs, peuvent se vanter. Dans la continuité, merci à Laetitia et Virginie pour leur super réactivité et leur efficacité à toute épreuve lorsqu'il s'agissait de nous guider dans les méandres administratifs... Evidemment, un très grand merci à mes collègues et amies de bureau ou à côté, pour leurs relectures, leurs encouragements, leurs gâteaux et autres douceurs. Alissia, Élodie, Laetitia, Lauréna, Mirjana, Mylène, Sophie, et Guillaume, par intermittences, cette thèse ne serait pas ce qu'elle est sans nos pauses-thé ! Soyez assurées que je mettrai à votre disposition mon expérience « d'éclairceuse » pour vos soutenances prochaines. Enfin, à toutes celles et ceux qui ont participé aux nombreux « séminaires Off », souvent accueillis au lieu-dit « la colloc' », merci d'avoir ponctué ces années avec vos « apéro-réflexions », ce fut parfois dissipé, mais toujours bénéfique. J'ai également une pensée pour toutes celles et ceux qui ont partagé mes années de Licence puis de Master. S'ils sont nombreux à être partis vers d'autres horizons, ils ont participé à leur façon à m'attacher à la sociologie.

Plus récemment, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui s'investissent pour faire vivre des réseaux de partage de travaux et de réflexions, notamment le RJCSS et le RJCTS, ils sont indispensables. Dans la continuité, je remercie toutes celles et ceux qui m'ont donné accès à des espaces de discussion et de diffusion de ma recherche, qui ont (re-)lu mes écrits ou sont venu.e.s écouter mes interventions, et m'encourager. Un grand merci, en particulier, à Anne Marchand, d'avoir accepté de me rencontrer, déjà, et pour ce travail réalisé en commun, ensuite, mais surtout pour la passion qui l'anime et les nombreuses réflexions qu'elle suscite : sa thèse restera un modèle. De la même façon, merci à Annie Thébaud-Mony pour son travail pionnier et son parcours particulièrement inspirant.

Enfin, la réalisation de ce travail et le parcours qui l'a précédé doivent beaucoup à mes proches, à leurs encouragements, à leurs taquineries, et à leur façon, parfois bien à eux, de croire en moi. Merci en particulier à Hélène, pour sa bonne humeur et ses secours administratifs ; à Adrien, pour ses relectures et ses appels aussi longs que plaisants (et dont je suis impatiente de voir la soutenance prochaine !), à ma mère, que je suis fière de rendre fière, à mon père, pour ses encouragements depuis cet étrange pays qu'est la proximité méditerranéenne. Merci à Élo', pour les pauses ensoleillées, à Amélie, pour les blagues de soutien, et Marion, pour son amour des licornes. Merci à Gaëlle, pour l'inaltérable curiosité qu'elle porte sur le monde, et à la riche expérience « petit-débrouillarde » qui aura accompagné l'élaboration de ce projet.

Merci, évidemment, à Charly, pour sa patience, sa confiance et son amour.

Résumé et mots-clés

Le cadre professionnel constitue, aujourd'hui encore, un espace d'engagement des corps parfois délétère, notamment pour les plus précaires. Cette thèse propose d'explorer l'une de ses conséquences, peu visible dans le corps social : le "cancer professionnel". Étudié dans ses versants institutionnel et "profane"¹, ses différentes logiques de catégorisations sont mobilisées comme des analyseurs des corps, des corporéités et des rapports sociaux de classes. Plusieurs niveaux d'analyse sont ainsi convoqués : celui, diachronique, de son élaboration et de ses ajustements et ceux, synchroniques, des malades soupçonnés, à un moment donné, d'être atteints d'un cancer d'origine professionnelle, de leur entourage (conjoint.e et plus largement réseaux relationnels territoriaux à travers lesquels les malades constituent des savoirs concernant les sites exposant à des substances cancérigènes), des associations et des syndicats, des agents administratifs et enfin des médecins. Le travail méthodologique repose sur des entretiens avec des malades et/ou leurs ayants-droit, des agents administratifs, des médecins, des acteurs associatifs et syndicaux ainsi que des observations de consultations, de séances du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles et de permanences associatives.

Cette thèse s'inscrit dans la sociologie des cancers professionnels déjà ouverte par les travaux pionniers d'Annie Thébaud-Mony dès les années 1990 (Thébaud-Mony, 1991, 2003, 2006, *etc.*), complétés notamment par les travaux menés par les chercheur.se.s associé.e.s au GIS COP93 (Marchand, 2016 et 2018 ; Paiva, 2016, *etc.*) en même temps qu'elle contribue à la sociologie des « corps ouvriers ». S'agissant du premier champ, elle montre comment la catégorie se reconfigure à mesure de la traversée des espaces médicaux, administratifs, militants et domestiques. Des jeux sur ses bornes se déploient dans ces espaces qui passent notamment par une revendication victimaire ainsi que par une individualisation du risque cancérigène et du vécu de la maladie, menant l'(ex) travailleur à subir une triple injonction à être à la fois un bon ouvrier, un bon malade et une bonne victime. S'agissant du second champ, elle montre comment le travail passe les frontières de la peau des ouvriers selon des modalités particulières. Les ouvriers enquêtés semblent résister à l'engagement de l'entièreté de leur corps au travail mais l'expérience de la maladie ne s'inscrit pas dans une grammaire de classes nette. Ainsi, si le collectif ouvrier peut parfois faire ressource, il peine à faire sens dans une expérience qui s'individualise à mesure que la relation salariale se transforme et que la rhétorique de classes perd de son audience. Pour autant, c'est parfois la catégorie, souvent saisie par le biais des médecins et des corps, qui va (r)éveiller l'identification à une condition précaire, suggérant une imbrication complexe des rapports sociaux de domination autour de cet objet.

Mots-clés : cancer ; maladie professionnelle ; catégorisations ; corps ouvriers ; rapports sociaux de classes ; réparation

¹ Entendu comme « hors institutionnel », « profane » ne renvoyant pas ici au postulat d'une absence d'expertise.

Abstract and keywords

The professional setting still constitutes a space in which bodily engagement may have deleterious effects. This is particularly true for the most precarious workers. This thesis proposes to explore one of its consequences, that of occupational cancer. Occupational cancer socially relatively invisible socially, we will study its repercussions both on an institutional and on a profane² level. The different logics which underlie the categorization are mobilized to found an analysis of the workers' bodies, their bodily practice and the class relations in which they are engaged. Several levels of analysis are mobilized: a diachronic analysis of the category and the way in which it is elaborated and evolves and a synchronic analysis of the patients suspected, at a given moment, to be suffering from an occupational cancer. This latter also involves; the patient's entourage (spouse and more broadly the territorial relational networks by which the patients obtain knowledge about the sites on which workers are exposed to toxic substances), associations and trade unions, administrative agents and doctors. My methodology is based on interviews with patients and/or their beneficiaries, administrative agents, doctors, and members of associations and trade-unions. I have also observed medical consultations, meetings of regional decisional bodies for the diagnosis of occupational illness and the open office hours and consultations of associations devoted to the recognition of occupational illness.

This thesis is a contribution to the sociology of occupational cancers opened by the pioneering work of Annie Thébaud-Mony during the 1990s (Thébaud-Mony, 1991, 2003, 2006, etc.), and developed by researchers at the GISCOP93 laboratory (in particular: Anne Marchand, 2016 and 2018, Michelle Paiva, 2016, etc.) At the same time it is a contribution to the sociology of "blue-collar workers' bodies". Regarding the first field, I show how the category is reconfigured as it passes through medical, administrative, militant and domestic spaces. Its boundaries are played out in these spaces via the steps in the process of recognition, which include the victim's claim, an individualization of the carcinogenic risk and the experience of illness. The (ex) worker comes to suffer from a triple injunction to be at once a good worker, a good patient and a good victim. In so far as the second field is concerned, I show how the work passes the boundaries of worker's skin in a particular manner. The workers studied seem to resist committing their entire body to their work and its sequels, though the experience of illness cannot be seen to enter into a distinct class-inspired grammar. Thus, if the workers' collectives can sometimes serve as a resource, they have difficulty

² Meaning extra-institutional, "profane" does not imply an absence of understanding or analysis.

making sense of an experience that becomes individualized as work relationships are transformed and class rhetoric loses its public. However, it is sometimes the category, often operationalized by doctors and the workers' bodies, that awakens identification to a precarious condition, suggesting a complex interweaving of power relationships with relation to this object.

Keywords: cancer; occupational disease; categorizations; body; blue-collar workers; power relationships; doctors; reparation.

Glossaire

ANDEVA : Association Nationale Des Victimes de l'Amiante

AT/MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

C2RMP (CRRMP) : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

CAPER : Comité Amiante Prévenir et Réparer

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CAVAM : Coordination des Associations des Victimes de l'Amiante et de Maladies professionnelles

CCPP : Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles

CDF : Charbonnage de France

CEREDOC : Confédération Européenne d'experts en évaluation et Réparation du Dommage Corporel

CFDT : Confédération Française de Défense des Travailleurs

CGT : Confédération Générale du Travail

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies (OMS)

CITP : Classification Internationale Type des Professions (OIT)

CMI : Certificat Médical Initial

CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COCT : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA : Commission de Recours Amiable

CS4 : Commission Spécialisée des pathologies professionnelles

CSE : Comité Sociale et Economique

CTN : Comités Techniques Nationaux

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGT : Direction Générale du Travail

DIRRECTE : Direction régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la consommation, du Travail et de l'Emploi

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

ETUI : European Trade Union Institute

FIE : Faute Inexcusable de l'Employeur

FIVA : Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante

FNATH : Association des accidentés de la vie (anciennement : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés)

GISCOP : Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle

HAP : Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques

HBL : Houillères du Bassin de Lorraine

IMT : Inspection Médicale du Travail

INCa : Institut National du Cancer

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IPP : Incapacité Permanente Partielle
MCP : Maladie à Caractère Professionnel
MEDEF : Mouvement des entreprises de France
MNC : Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
NAF : Nomenclature d'Activités Françaises (INSEE)
NPM : New Public Management
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PP : Plaques Pleurales
PNST : Programme National de Santé au Travail
PRST : Programme Régional de Santé au Travail
RNV3P : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
TASS : Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale
TCI : Tribunal du Contentieux de l'Incapacité
TGI : Tribunal de Grande Instance
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
TPE : Très Petites Entreprises
VLEP : Valeurs Limites d'Exposition Professionnelle
VTR : Valeurs Toxicologiques de Référence

Sommaire

Remerciements	5
Résumé et mots-clés	7
Abstract and keywords	9
Glossaire	11
Sommaire.....	13
Introduction	17
PARTIE 1. LE(S) CORPS COMME LABORATOIRE(S).....	27
Chapitre 1. Cadrage théorique	27
1. Histoire récente des corps au travail : entre occultation et réification.....	27
2. Le corps comme objet : faire entrer les corps dans la sociologie du travail.....	31
3. La santé au travail : au-delà du « corps-signe », introduire un « corps matière »	36
4. La « chair » de mon approche : les rapports sociaux de classes au prisme des corps.....	43
Chapitre 2. De l'hôpital aux associations : une enquête multi-espaces.....	48
1. Genèse de l'enquête.....	49
2. Les espaces de l'enquête : penser l'imbrication des catégorisations.....	57
3. Être dans l'enquête	71
4. Précisions sur le dispositif d'enquête et la méthode d'analyse	82
PARTIE 2. LA CATEGORIE INSTITUTIONNALISEE : DU CADRE REGLEMENTAIRE A SES EXPRESSIONS LOCALES	88
Chapitre 3. La catégorie « cancer professionnel » : construction historique et enjeux d'institutionnalisation.....	88
1. Le travail qui abîme : émergence d'une préoccupation médicale et politique	89
2. La « maladie professionnelle », une catégorie construite entre compromis et probabilité	102
3. Le cancer professionnel : enjeux de classification et périmètre institutionnalisé.....	115
4. L'introduction d'un dispositif complémentaire : une nouvelle logique de catégorisation ?	125
Chapitre 4. Les catégorisations médicales : pratiques et positionnements.....	139
1. « Cancer », « cancérigène » : des classifications préalables – et problématiques ?.....	140
2. Centralité des médecins dans le processus de catégorisation : entre leviers et freins	151
3. Des pratiques médicales situées : la question sous-jacente des rapports sociaux....	179
4. Des positionnements à l'intersection des espaces : les médecins, pierres angulaires des catégorisations.....	202

Chapitre 5. La catégorisation administrative et ses prolongements judiciaires : une logique de « qualification des faits »	211
1. Un espace de catégorisation rationalisé : la gestion de la réparation	213
2. Agents administratifs, malades et employeurs dans la procédure : catégoriser, être catégorisé, peser sur le processus de catégorisation	233
3. L'ouverture de l'espace judiciaire : ajuster les frontières de la catégorie	251
PARTIE 3. RAPPORTS PROFANES A LA CATEGORIE ET JEUX DE CATEGORISATION	265
Chapitre 6. Pratiques et postures des structures associatives et syndicales	266
1. Formes et rôles de la mobilisation collective : construire la catégorie par le bas.....	267
2. Militer dans l'espace de la réparation des maux du travail, des conflits de pratiques et de postures	280
3. Le « bon demandeur », entre critères médico-légaux et moralisation	299
4. Les « malades du travail », une catégorie fractionnée	310
Chapitre 7. Le malade et ses proches : représentations « profanes » et rapports à la catégorie institutionnalisée.....	317
1. Relectures de la catégorie et points d'accroche.....	321
2. Une procédure ancrée dans des rapports sociaux.....	336
3. Accéder à la catégorie institutionnalisée : sens et effets.....	358
4. Demander la reconnaissance de la faute de l'employeur : ancrer la catégorie ?	379
Chapitre 8. La dynamique des parcours	392
1. Une conflictualité créatrice : Monsieur Canet	393
2. Entre posture victimaire et destin individuel d'un « cancéreux » : Monsieur Durand	401
3. Le rôle central des associations : Monsieur Zeckler et son épouse	412
4. Le rôle des sociabilités territoriales : Monsieur Tardy	419
5. L'identification biologique, socle à l'appréciation d'une responsabilité sans visage : Monsieur Chevillard	422
Conclusion générale	432
Bibliographie	448
Liste des annexes	472
Index des figures.....	488
Table des matières	490

Avertissement

Les noms mentionnés ici ont été modifiés, à l'exception de monsieur Marchal et de monsieur Masson, cités dans des articles de presse dans le cadre de procédures récentes et volontairement médiatisées.

L'usage de noms d'emprunt similaires dans leur origine (nationale, régionale et sociale) aux originaux crée une certaine épaisseur dont sont privées les lettres (« Monsieur A. », etc.)³ – par ailleurs bien peu nombreuses, d'où ce choix de présentation. Certains, malheureusement, sont restés au rang d'initiales, leurs noms n'ayant pas pu être notés ou tout simplement perdus dans les méandres de mes notes. Sans base, trouver un nom fictif paraissait dès lors dénué d'intérêt.

Évidemment, d'autres problèmes persistent dans cette entreprise d'anonymisation : le statut hiérarchique, au sein d'une petite structure – dont on connaît la situation régionale, rend vaine toute tentative en ce sens. Cependant, situer le statut des enquêté.e.s, en tant que facteur explicatif dans l'analyse, restait ici prioritaire en l'absence de propos qui pourraient porter préjudice à leurs auteur.e.s. J'espère ainsi n'avoir nui ni aux personnes que j'ai rencontrées, ni à l'enquête.

³ Sur le sens sociologique de l'anonymisation, voir : Zolesio, 2012.

Introduction

*« Dans la relation de travail, le travailleur,
à la différence de l'employeur,
ne risque pas son patrimoine,
il risque sa peau. »*

(Supiot, 2011, p.68)

Chaque jour, en France, près de trois personnes meurent de leur travail. Cette moyenne, issue des statistiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles produites par l'Assurance maladie et la MSA⁴, interroge la reconnaissance du travail mortel et pathogène. Si l'évocation d'un travail – aussi – délétère peut renvoyer à certains maux médiatiques tels que le « burn-out », qui a récemment été au cœur de nombreux débats relatifs à son intégration au sein du système médicolégal de la réparation des maux du travail, c'est une autre catégorie que prétend questionner cette thèse. Une catégorie à l'institutionnalisation plus ancienne, souvent ouvrière, qui résonne dans cette Lorraine autrefois « au cœur d'acier »⁵ et aux « mains d'or »⁶ : celle des « cancers du travail »⁷.

Cette recherche est en effet née d'un questionnement situé. La Lorraine est un (ancien) territoire industriel fort, un « bastion traditionnel ouvrier » déchu. Parfois effacé, parfois détourné, parfois valorisé, le passé industriel lorrain devenu patrimoine a largement marqué son

⁴ Plus précisément, sur la période 2014-2016, l'Assurance maladie recense en moyenne 530 accidents et 377 maladies professionnelles mortels. La MSA en recense, quant à elle, 81 sur la même période. Ce sont donc, au total, 988 « maux du travail » qui ont provoqués la mort, en moyenne, annuellement entre 2014 et 2016. Toutefois, la sous-déclaration qui affecte massivement les maladies professionnelles suggère le caractère partiel de ces chiffres.

En ligne : <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp/dossier/nos-statistiques-sur-les-maladies-professionnelles-par-ctn.html>

En ligne : https://statistiques.msa.fr/sw_course_tag/accidents-du-travail-agricoles/

⁵ « Lorraine cœur d'acier » est une radio pirate créée en 1979 à Longwy, ancien bastion de la sidérurgie française. Les ouvriers sidérurgistes et les mineurs de fer de ce bassin industriel, dans la première moitié du XX^e siècle, ont fait l'objet de la thèse de l'historien Gérard Noiriel (Noiriel, 1982). Plus récemment, il aborde la question de cette radio pirate dans l'émission de France Inter *Affaires sensibles*, le 30 avril 2019, intitulée « Lorraine Cœur d'Acier : un micro posé sur le corps de la classe ouvrière ».

En ligne : <https://www.franceinter.fr/emissions/affaires-sensibles/affaires-sensibles-30-avril-2019>

⁶ En référence au titre de la chanson de Bernard Lavilliers qui a consacré de nombreux textes à la Lorraine industrielle.

⁷ Le travail est entendu ici « comme l'activité de production de biens et de services, et l'ensemble des conditions d'exercice de cette activité » (Maruani et Reynaud, 2004, p.4), principalement dans le cadre du salariat.

territoire et ses habitants⁸, jusque dans leurs corps. Ici⁹, il n'est pas rare d'avoir un proche usé, abîmé ou, pire encore, décédé de son travail. Ici, la silicose, maladie emblématique des mineurs, possède une résonance¹⁰. Pour autant, les cancers, eux, semblent très peu reliés à ce tissu industriel. Parler de « cancer du travail » n'est pas évocateur, ou de façon biaisée. Les réactions suscitées en différents espaces par la présentation de mon sujet de thèse témoignent plutôt de liens tracés avec le stress, avec des conditions de travail nocives pour le psychisme qui se matérialiseront ensuite dans les corps, dans un processus de somatisation délétère. Ces propos ont souvent donné à voir une relative incompréhension : d'une part, donc, des réactions interloquées : « *des cancers liés au travail, ah bon ?* », questionnant l'existence même de ce phénomène ; d'autre part, l'association hasardeuse avec le facteur psychologique – « *ah oui, le stress, tout ça* ». Ces réactions, récoltées au hasard des conversations – loin, donc, d'une démarche systématisée – témoignent malgré tout d'une catégorie qui peine à se diffuser dans le corps social et, non sans lien, de l'appréhension individualisante de la pathologie cancéreuse. Le cancer, première cause de mortalité en France, pathologie investie de représentations particulièrement négatives – construit en « fléau social » (Pinell, 1988) – et cible prioritaire des politiques de santé publique, reste largement renvoyé à la sphère privée (Barbier et Farrachi, 2004 ; Thébaud-Mony, 2006 ; Marchand, 2018, *etc.*). Cette appréhension s'exprime notamment dans la notion d'évitabilité¹¹ de la pathologie cancéreuse qui n'intègre pas toujours, ou de

⁸ Nicolas Mathieu fera dire par exemple au personnage principal du roman pour lequel il a obtenu le Prix Goncourt en 2018 « *Leurs enfants après eux* », Anthony, adolescent dans les années 1990 au cœur de l'ancienne vallée industrielle mosellane : « Après tout, lui aussi en avait ras le bol de toute cette mémoire ouvrière. Elle donnait à ceux qui n'avaient pas connu cette époque le sentiment d'être passé à côté de l'essentiel. Elle rendait par comparaison toute entreprise dérisoire, toute réussite minuscule. Les hommes du fer et leur bon vieux temps faisaient chier depuis trop longtemps. » (p.172)

⁹ Comme dans d'autres régions industrielles, je pense notamment à la Normandie, qui abrite la « vallée de la mort », un territoire qui concentre un grand nombre de victimes de l'amiante, en sus d'avoir connu la catastrophe minière de Liévin. Cette catastrophe minière, la plus importante qu'ait connue la France après-guerre, fait l'objet d'un roman récent de Sorj Chalandon, journaliste et écrivain français, « *Le jour d'avant* » (2017). En outre, Stéphane Beaud et Michèle Pialoux évoquent également la Loire et la petite couronne de la banlieue parisienne (Beaud et Pialoux, 2012 [1999]).

¹⁰ Dans la mesure où les pathologies du travail bénéficient d'une visibilité toute relative.

¹¹ La notion de « maladie évitable » – qui fait écho à la « mortalité évitable – a notamment été développée par l'anthropologie de la santé. Dans un contexte de croissance massive des technologies médicales et des outils de prévention, la maladie deviendrait, bien plutôt qu'un destin, un « mal évitable », faisant du corps un « lieu de gestion des risques et des incertitudes » (Massé, 2010), avec la limite, toujours repoussée, de ce qui relèverait des spécificités génétiques « malchanceuses ». L'évitabilité, dès lors, renvoie à une nouvelle forme de responsabilisation individuelle probablement apte à redéfinir les pratiques disciplinaires de gestion corporelle (les « techniques de soi » foucaaldiennes comprennent, dans une certaine mesure, ce type de rapport à soi et à son corps). Cependant, nous le verrons, cette appréhension d'un destin pathologique se recompose ici à un niveau collectif, autour des corps ouvriers soumis aux mêmes conditions de travail délétères (*cf* chapitre 7). Cette lecture croise l'appréciation commune du risque au travail comme phénomène normal et banal, qui suggère bien plutôt le

manière marginale, les facteurs environnementaux. Ainsi, l'Institut national du cancer (INCa) a-t-il débuté l'année 2019 en formulant le « vœu » de « *prévenir 40 % des cancers* »¹², en agissant sur les comportements et les modes de vie individuels : tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, et activité physique. Nulle trace, ici, de l'espace professionnel. Cette orientation conduit à occulter le rôle des expositions professionnelles, pour elles-mêmes ou dans leurs effets *a minima* additionnels¹³, pour privilégier une individualisation de la pathologie souvent responsabilisante, qui donne à mesurer le faible poids scientifique et social des « cancers du travail ».

Une catégorie institutionnelle¹⁴ restrictive

La Sécurité sociale définit le « cancer professionnel » comme « tout cancer, en particulier les cancers primitifs (et non les métastases), résultant d'une exposition professionnelle à certains produits ou procédés » (article L. 461-1). Cette définition est une construction légale qui ouvre des droits à ceux et celles qui parviennent à y accéder. La catégorie ainsi constituée repose sur des critères qui organisent son accès, modélisés ici sous forme de tableaux dont l'élaboration est soumise à négociation tripartite (*cf* chapitre 3). La littérature sociologique comme certains rapports officiels (notamment : Thébaud-Mony, 1991 et suivants ; rapport Bonin, 2014 et 2017) pointent toutefois la dimension restrictive de l'accès à cette catégorie institutionnelle à travers l'écart conséquent constaté entre le nombre de cancers professionnels reconnus chaque année – moins de 2000, majoritairement en lien avec l'amiante¹⁵ – et le nombre de cas estimés,

caractère inévitable de la maladie héritée du travail. Ces deux dimensions sont donc ici en tension : d'une part, le cancer est présenté dans le cadre de la santé publique comme un mal évitable, relevant généralement de la responsabilité individuelle ; de l'autre, il est pris dans un cadre légal qui construit les atteintes du travail en risque assurantiel. Le couple évitable/inévitable est donc à (re)penser, comme cela l'a d'ailleurs été suggéré par les échanges entre Anne Rasmussen et Anne Marchand dans le cadre du colloque *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)* à Paris, le 19 juin 2019.

¹² En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/En-2019-faisons-le-voeu-de-prevenir-40-des-cancers>

¹³ Si l'amiante et le tabac sont considérés comme multipliant respectivement par cinq et dix fois les risques de développer un cancer bronchopulmonaire, la combinaison des deux multiplierait ce risque par cinquante. Dossier « Cancer professionnels », INRS, 2018.

¹⁴ Par « catégorie institutionnelle », j'entends une forme fixée par le droit, qui repose sur des instances en charge d'en organiser l'accès, soit de classer les individus. Il ne s'agit donc pas de désigner un « artifice classificatoire utile pour figurer un monde communément partagé » (Tournay, 2011, p.4) tant le « cancer du travail » reste un impensé, mais bien plutôt la construction d'une « réalité juridico-politique » (*ibid.*).

¹⁵ Les dernières données publiées par l'Assurance maladie font état d'une moyenne de 1840 cancers reconnus par an sur la période 2013-2017 – un chiffre qui a plus que triplé en vingt ans – 80% d'entre eux étant liés à une exposition à l'amiante.

compris dans une vaste fourchette allant du simple au double, de 14 000 à 30 000¹⁶. Cette sous-reconnaissance considérable s'établit sur deux autres phénomènes (Thébaud-Mony, 2006), qu'elle alimente à son tour : une sous-estimation scientifique et sociale des cancers professionnels, qui renvoie à sa nature de construit réglementaire, ainsi qu'une importante sous-déclaration¹⁷ – un angle d'approche individualisant souvent privilégié dans les discours politiques. Or, les termes retenus pour l'action publique ne sont pas neutres, ils portent en eux-mêmes une appréhension de l'objet considéré. Questionner la sous-reconnaissance des maladies professionnelles sous l'angle de la sous-déclaration, ou du sous-repérage pour le Plan cancer, revient avant tout à questionner les responsabilités des malades et des médecins, occultant dès lors les effets d'un système plus vaste, plus complexe, où se mêlent des considérations sociales, institutionnelles, et scientifiques.

Des expositions inégalement distribuées

L'exposition à des agents cancérigènes sur le lieu de travail n'est pourtant pas un phénomène marginal. En France, selon l'enquête SUMER¹⁸ menée en 2010, 2,25 millions de salariés étaient exposés à au moins un cancérigène au cours de leur activité professionnelle, soit plus de 10% de la population active (Dares, 2015) – un chiffre à mettre en perspective avec les cancérigènes encore non identifiés comme tels (cf chapitre 4)¹⁹. La Lorraine se situe au-dessus de cette moyenne nationale : localement, en 2003, 15,7% des salariés lorrains, soit 83 870 individus, étaient exposés à au moins un produit cancérigène sur leur lieu de travail (SUMER, 2003²⁰). Pour autant, les malades qui parviennent à faire reconnaître l'origine professionnelle de leur

¹⁶ Selon les chiffres du Plan cancer 2014-2019.

¹⁷ Par exemple, « dans l'opération expérimentale de repérage des cancers de la vessie d'origine professionnelle menée par la CNAMTS, il est apparu que près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer dont l'origine professionnelle paraissait probable n'ont pas fait de déclaration de maladie professionnelle », une sous-déclaration d'autant plus surprenante que les malades « étaient informés et, retraités, à l'abri de toute pression possible d'un employeur. » Nous verrons que cet espace est en réalité plus complexe, l'information et la pression exercée par l'employeur ne rendant compte que d'une part de ce qui se joue autour de la reconnaissance des « cancers du travail ».

Rapport sur la sous-déclaration des ATM/MP, présenté par Jean-Pierre Bonin en 2017.

En ligne : <http://www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP-5456>

¹⁸ SUMER est l'acronyme de : « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels ». Il s'agit d'une enquête statistique reconduite ponctuellement, coordonnée par la Dares, la DGT et l'IMT. Elle repose sur la participation volontaire de médecins du travail, sa méthodologie reposant principalement sur la passation de questionnaires.

¹⁹ L'enquête SUMER s'appuie en effet sur les classements du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et de l'Union européenne. Elle a ainsi retenu les substances classées cancérigènes ou probablement cancérigènes pour l'humain (groupes 1 et 2A pour le CIRC ; C1 et C2 pour l'UE, cf annexe 1).

²⁰ Repris dans le PRST Lorraine 2010-2014.

cancer ne sont souvent plus en emploi : l'âge moyen au moment de l'accès à la reconnaissance est de 68 ans, un phénomène qui s'explique par l'important temps de latence qui sépare la survenue de la maladie de l'exposition au(x) risque(s) (le processus de cancérogenèse se réalise généralement sur un temps long²¹).

Au niveau régional, les six branches d'activités qui exposent le plus fortement des salariés aux cancérogènes sont l'industrie de la métallurgie ; l'industrie du bois, du textile, des cuirs, *etc.* ; l'industrie de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie ; les activités de service (professions de santé, nettoyage, aide à la personne, *etc.*), notamment dans le cadre du travail temporaire ; la culture, l'élevage et les travaux agricoles ; les exploitations de bois et les scieries agricoles²². Au niveau national, les dernières données communiquées par l'ANSES évoquent les secteurs d'activité des travaux de construction spécialisés (16,2%), de la métallurgie (6,1%), et du commerce et de la réparation d'automobiles et de motocycles (5,2%)²³.

Au sein de ces différents secteurs, les facteurs cancérogènes les plus courants sont différenciés selon les sexes. Pour les hommes, on retrouve prioritairement les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois, la silice cristalline ; et, pour les femmes, le travail de nuit, les rayonnements ionisants, le formaldéhyde et les médicaments cytostatiques utilisés pour les chimiothérapies (Fréry et *al.*, 2017). Hommes et femmes ne sont en effet généralement pas exposés aux mêmes risques. Cependant, les expositions féminines souffrent d'un déficit de documentation (Paiva, 2012 ; Betansedi, 2018)²⁴, les femmes s'en trouvant

²¹ Se comptant en décennies, à l'exception toutefois des cancers radioinduits et des leucémies.

²² Selon des sources croisées CARSAT Nord-Est et MSA, reprises dans le cadre du PRST Lorraine 2010-2014. Ce classement repose par ailleurs sur des codes CTN (Comités techniques nationaux). Au nombre de neuf, ils renvoient à des branches ou des groupes de branches d'activité. Ils recourent, au total, 601 codes risque qui vont organiser l'appréhension de la sinistralité.

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des risques professionnels, « Nomenclatures des CTN, des codes risque et de leurs regroupements (pour les données de sinistralité 2012) », novembre 2013 (en ligne).

²³ En ligne : <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-publication>

L'Assurance maladie évoque quant à elle les secteurs de la métallurgie, du BTP, de l'industrie chimique et des métiers du bois, suggérant le décalage persistant entre les cancers indemnisés et les cancers scientifiquement estimés.

En ligne : <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/entreprise/actualites/les-cancers-professionnels-coutent-12-milliard-deuros-aux-entreprises>

²⁴ Concernant d'autres pathologies que les cancers, voir : Karen Messing et Katherine Lippel, 2013.

invisibilisées par deux fois : la figure du malade d'un cancer professionnel, déjà peu visible et relevant d'un impensé, est largement masculine²⁵.

Ainsi, en 2019, l'Assurance maladie estime que les expositions professionnelles seraient à l'origine de 5,7% des cancers chez les hommes et 1% des cancers chez les femmes. Les divers travaux effectués sur cette question reprennent généralement une fourchette comprise entre 2 et 8%, une « estimation diluée »²⁶ (Counil et Henry, 2016²⁷) héritée de l'étude pionnière de Richard Doll et Richard Peto, en 1981, qui visait à estimer la répartition des causes des décès par cancer (Doll et Peto, 1981 ; cf chapitre 3).

En outre, parmi les types de cancers liés à des expositions professionnelles, les cancers du poumon sont les plus fréquents. 15 à 30% des cancers du poumon diagnostiqués annuellement seraient susceptibles d'avoir une origine professionnelle. Ils sont, par ailleurs, les plus nombreux à être reconnus en maladie professionnelle²⁸. Ainsi, les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) publiées en 2018 concernant les 14 015 cas de cancers étudiés dans les différents centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) entre 2001 et 2016, révèlent que « les cancers bronchopulmonaires (11 019 cas) figurent en première place »²⁹. Avec 1 314 cas, les cancers des voies urinaires viennent en deuxième place, et seraient 2 à 14%, parmi les cas diagnostiqués annuellement, à être d'origine professionnelle. Suivent les hémopathies lymphoïdes matures (452) et les leucémies myéloïdes (338), des cancers du sang, qui seraient 5 à 18% à être d'origine professionnelle. Les localisations naso-sinusiennes seraient quant à elles comprises entre 7 et 40% des nouveaux cas diagnostiqués par an. Elles figurent, en outre, en quatrième

²⁵ À l'appui des travaux menés par Ilana Lowy, Michelle Paiva explique cette survisibilisation des cancers masculins par la vision « naturaliste » des corps des femmes essentiellement vus comme des corps reproducteurs mais aussi par l'invisibilisation sociale et politique du travail des femmes. Elle évoque, en ce sens, la nécessité d'une double déconstruction : celle « d'une image du cancer des femmes calquée sur des représentations essentialisées et [...] de l'image d'un travail qui, parce que réalisé par des femmes, serait dénué de risques et de dangers [...] » (Paiva, 2016, p.69).

²⁶ Ce que les auteurs expliquent par la prise en compte de localisations du cancer pour lesquelles les preuves scientifiques d'un lien causal sont incomplètes ou inexistantes ainsi que l'inclusion de populations trop jeunes ou trop âgées.

²⁷ En ligne : <http://journals.openedition.org/travailemploi/7347>

²⁸ Si les cancers broncho-pulmonaires apparaissent en partie surreprésentés, il ne s'agit pas uniquement d'une propriété toxicologique : depuis 2006, certains centres de consultations de pathologies professionnelles contactent de façon systématique les malades atteints par cette pathologie afin de repérer d'éventuelles expositions professionnelles.

²⁹ Données reprises dans le cadre d'un article de la revue Santé & Travail.

En ligne : <http://www.sante-et-travail.fr/cancers-professionnels-tous-azimuts>

place des cancers le plus fréquemment rencontrés dans les CCPP avec 256 cas. Suivent, enfin, les cancers du rein (169 cas), du larynx (147), de la peau hors mélanome (107), du système nerveux central (99), du sein (68) et du côlon-rectum (56). Classés, enfin, selon un « indice d'origine professionnelle » fort, moyen ou faible, ils sont une majorité à intégrer les deux premières catégories (9 215).

Si tous ces éléments sont évidemment à déconstruire, ces chiffres participent à donner un aperçu de l'ampleur d'un phénomène qui agit, à différents niveaux, comme un amplificateur d'inégalités sociales. Les cancers professionnels, en effet, se trouvent au cœur des rapports sociaux de genre mais aussi de classes et d'« ethnicisation ». Les ouvriers sont sur-représentés : ils représentent, à eux seuls, 70% des salariés exposés en milieu professionnel à des facteurs de risque de cancer³⁰ et subissent, de plus, une sur-mortalité spécifique (Desplanques, 1993). Les travailleurs en situation précaire sont également sur-représentés (les travailleurs intérimaires et de la sous-traitance sont particulièrement concernés : Thébaud-Mony, 2000 et 2008³¹) et les expositions se cumulent généralement (on parle alors de poly ou de multi-expositions)³². Parfois, aussi, le diagnostic peut être orienté en regard d'origines présumées (Marchand, 2018) et les travailleurs migrants connaissent des difficultés accrues à accéder à leurs droits (Lanna, 2010). Les « cancers du travail » se donnent à voir de cette façon comme la traduction corporelle d'enjeux sociaux et révèlent, ainsi, « les stigmates physiques de l'ordre social »

³⁰ En ligne : <https://www.cancer-environnement.fr/165-Vue-densemble.ce.aspx>

³¹ Selon une analyse publiée par la Dares en octobre 2018 (Coutrot et Léonard, 2018), les intérimaires, en effet, « travaillent souvent dans des secteurs à risques professionnels élevés (construction, industrie, logistique, *etc.*) ». Toutefois, elle souligne également la moindre exposition des intérimaires à des agents cancérigènes : « si 25 % de l'ensemble des ouvriers sont exposés à au moins un produit chimique cancérigène, c'est le cas de 19 % des ouvriers intérimaires », avant de nuancer ce constat. Les expositions des travailleurs intérimaires sont aisément sous-évaluées et ainsi difficilement quantifiables. La durée et l'intensité de l'exposition sont plus difficilement connues, et donc renseignées, puisque le temps passé sur un poste de travail est court. Les connaissances de leurs expositions restent donc plus facilement masquées. En outre, la moitié d'entre eux ne dispose d'aucune protection individuelle ou collective, contre 32% pour l'ensemble des ouvriers. De plus, les données du GISCOP93 révèlent qu'en moyenne, 25% des patients avaient un parcours instable (un changement d'emploi tous les deux à six ans) ou très instable (un changement d'emploi au moins tous les deux ans) (Durand et Ferre, 2016).

³² Selon l'enquête SUMER, en 2009-2010, 30% des salariés exposés l'étaient à au moins deux cancérigènes (Fréry *et al.*, 2017). Toutefois, les données recueillies par le GISCOP93 suggèrent un phénomène encore plus important : entre 2002 et 2012, 56,2% des patients auraient été exposés à trois cancérigènes ou plus au cours de leur carrière (Durand et Ferre, 2016).

(l'expression est empruntée à Didier Fassin : Fassin, 2000, p.21)³³. C'est sur ce constat fort que s'appuie ce travail.

Cheminement : la catégorie, les corps, et les rapports sociaux de classes

Plusieurs études, à la suite des travaux pionniers menés par Annie Thébaud-Mony dès les années 1990 (Thébaud-Mony, 1991, 2003, 2006, *etc.*), ont donc souligné l'invisibilité sociale et scientifique dans laquelle demeurent les « cancers du travail » et ont entrepris d'en décrire les mécanismes. Cependant, cette thèse propose plusieurs déplacements. Bénéficiaire d'une bourse de l'INCa, elle s'est inscrite initialement dans un questionnement relatif à la sociologie de la santé et de la santé au travail, un champ déjà hybride. Le premier déplacement ainsi effectué concernait l'échelle d'analyse. Il s'agissait non plus d'interroger la fabrique institutionnelle et politique de la « sous-reconnaissance » des maladies du travail, mais de questionner les manières de mobiliser, de penser et de négocier la catégorie, ici celle des cancers du travail, en situation et dans différents espaces. La focale était donc portée sur les parcours et leur mise en contexte au prisme des catégorisations. Ces effets du travail sur des corps « habités », au croisement des différentes formes de corporéités instrumentale, sémantique et réflexive (Berthelot, 1998), ont également interrogé les subjectivités et les modalités de construction du rapport au « cancer du travail ». Cette perspective invitait à questionner notamment la place que prennent les corps du travail, de la définition de soi et du loisir dans l'accès à la catégorie, et les « effets retour » de la catégorisation par ses éventuels façonnements des corps, des individus et des collectifs. Les corps malades, les corps du travail et les différentes formes de corporéité représentent donc un autre socle de ce travail.

Ces corps lus au prisme des catégorisations, souvent des corps ouvriers, ont dessiné un autre questionnement, suscitant un second déplacement. Celui-ci a conduit en effet à proposer une analyse des transformations des rapports sociaux³⁴ de classes qui s'expriment dans les milieux populaires et ouvriers, à travers une attention portée sur les franges précaires du salariat – prioritairement concernées, on l'a vu, par ce type d'affection. À travers cet objet-filtre que sont

³³ De la même façon que « l'accident n'est ni exceptionnel ni accidentel (Tabin *et al.*, 2008 ; Daubas-Letourneux et Thébaud-Mony, 2001) : c'est le destin probable des ouvriers d'industrie, ce qui les distingue des autres groupes sociaux. » (Lomba, 2018, p.289).

³⁴ Le rapport social est entendu comme « relation antagonique entre deux groupes sociaux, établie autour d'un enjeu. » (Godelier, 1982, cité par Kergoat, 2009, p.112). Ainsi, il ne s'agira pas de décrire un groupe social (celui des ouvriers) mais de proposer une analyse des rapports de domination à travers la manière dont ils se perpétuent ou se rejouent au gré des situations et des espaces sociaux.

les cancers du travail, cette thèse propose donc d'articuler des réflexions autour des catégorisations, des corps, et des rapports sociaux de classes.

Organisation du tapuscrit

La thèse s'organise en trois parties et huit chapitres. La première partie, introductive, est composée de deux chapitres. Le premier sera consacré au développement du cadre théorique au sein duquel s'inscrit ce travail. Le deuxième, dans la continuité, évoquera la méthodologie qui en découle. La deuxième partie, composée de trois chapitres, est consacrée au versant institutionnel de la catégorie. Le premier entreprend une sociohistoire de la catégorie « cancer du travail ». Largement fixée par sa construction médicoadministrative, la catégorie se comprend en regard de contextes et de rapports sociaux conflictuels que nous présenterons. J'ai scindé mon analyse ensuite par espace de catégorisation. La catégorie, en effet, n'est pas projetée de manière uniforme selon les espaces sociaux. Le deuxième chapitre de cette deuxième partie sera donc consacré à l'espace médical. Les pratiques médicales ainsi que l'exercice du jugement des médecins, socle à une première certification, première face également de cette catégorie hybride, y seront analysés. Précision nécessaire ici, j'ai choisi d'extraire les médecins-conseils de cet espace – un découpage qui reste une modélisation théorique, grossière, tant ces univers sont enchâssés – pour les intégrer au suivant : celui de la caisse. En effet, les pratiques de ces acteurs, les enjeux auxquels ils sont confrontés et leurs temporalités de catégorisation semblent bien plus résonner dans cet espace particulier, espace qui sera étudié dans ses logiques propres et comme palier, aussi, à l'espace du contentieux, dans le chapitre qui suit.

La troisième partie, également composée de trois chapitres, évoque quant à elle l'aspect « profane »³⁵ de la catégorie, sa réception, ses éventuels façonnements et les stratégies d'accès qui peuvent être mises en œuvre. Dans un premier chapitre, l'espace associatif sera abordé comme espace de catégorisation, de soutien à la catégorisation institutionnelle et de jeu sur la catégorie. Les chapitres suivants seront consacrés aux malades. Dans le deuxième, j'aborderai les différentes lectures de la catégorie, les enjeux symboliques et matériels qui

³⁵ Ce terme est utilisé avec beaucoup de distance. Il ne s'agit pas de remettre en question le savoir des malades et des structures engagées dans cet espace, mais bien de le distinguer du savoir médical basé sur une institutionnalisation et des méthodologies spécifiques (sans être, pour autant, un savoir purement objectif et déconnecté du monde social).

entourent l'accès à sa construction réglementaire, la définition complexe et souvent flottante de responsabilités, les effets de son application et les éventuelles reconfigurations identitaires, notamment à travers une identification victimaire dont je questionnerai les ressorts. Le troisième et dernier chapitre sera consacré aux parcours des malades et proposera d'analyser la dynamique temporelle de ces catégorisations ainsi que les agencements biographiques et contextuels susceptibles de transformer les vécus des malades.

PARTIE 1. LE(S) CORPS COMME LABORATOIRE(S)

Dans cette partie introductive, je présenterai, dans un premier temps, les questionnements théoriques qui soutiennent cette thèse. J'aborderai ainsi les différents angles qu'elle propose d'explorer à la lumière, d'une part, des travaux déjà effectués autour de l'objet « corps » dans les champs de la sociologie du travail et de la santé au travail et, d'autre part, des catégorisations, en ce qu'ils permettent d'interroger les rapports sociaux de domination. Dans un second temps, je présenterai la méthodologie (qualitative et inductive) sur laquelle repose ce travail et les interrogations liées à ma posture qui ont parcourues le travail d'enquête.

Chapitre 1. Cadrage théorique

*« [...] celui-ci timide, hésitant, rétif,
comme quelqu'un qui a porté sa propre peau au marché,
et ne peut plus s'attendre qu'à une chose :
à être tanné. »*

(Marx, 1867, p. 735-736)

Ce chapitre propose d'aborder les différentes modalités de lecture du « corps au travail » à travers une brève histoire, récente, de sa prise en compte scientifique et réglementaire. Il s'agira ensuite de questionner la place du corps dans la sociologie du travail à travers un aperçu des différentes manières dont les travaux, à l'intérieur de ce champ, l'ont mobilisé. J'introduirai, de cette façon, les déplacements que cette thèse propose d'opérer. Je présenterai, ensuite, les différents travaux du champ de la santé au travail qui ont nourri ma réflexion avant d'explicitier, enfin, la spécificité de mon approche, au croisement des corps, des catégorisations, et des rapports sociaux de classes.

1. Histoire récente des corps au travail : entre occultation et réification

A. Un corps-outil à optimiser

Les premières descriptions des maux du travail, entendues comme manifestations d'intérêt pour les corps au travail, semblent remonter à l'aube du XVIII^e siècle, sous l'impulsion du médecin italien Bernardino Ramazzini, avec la publication de son ouvrage célèbre « *Essai sur*

les maladies des artisans »³⁶ (Ramazzini, 1700). Au cours du XIX^e siècle, le courant hygiéniste poursuivra de manière ambiguë cette entreprise : malgré l'intérêt nouveau pour les conditions sociales d'existence porté par une fraction des hygiénistes (Jorland, 2010), les intérêts industriels freinent la considération pour les conditions de travail (cf chapitre 3). Progressivement, les corps au travail vont faire l'objet d'une focale scientifique et technique, non pas en vue de leur préservation mais de leur optimisation dans l'activité productive³⁷. C'est ainsi qu'à la fin du siècle émerge un projet positiviste d'étude du travail humain (Saraceno, 2014), l'optimisation de l'activité humaine reposant en partie sur un corps chosifié – un corps moteur (Rabinbach, 2004) – dont il s'agissait d'exploiter les potentialités. Les corps, dès lors, s'appréhendent en quantité d'énergie à mesurer dont on va calculer l'équivalent monétaire³⁸. Des outils tels que l'ergographe, censé objectiver l'épuisement, voient alors le jour (Saraceno, 2014). Cet essor des techniques de rationalisation de la production conduit à concevoir le travailleur comme « une machine à embrayer correctement sur d'autres machines et comme un vivant simplifié, dans ses intérêts et réactions à l'égard du milieu, jusqu'à ne connaître d'autres stimulants attractifs et répulsifs que “la prune et le fouet³⁹”. » (Canguilhem, 1947⁴⁰) La physiologie du travail relève alors d'une « conception mécaniste et mécanicienne », ce qui conduit Canguilhem à évoquer l'« enjeu d'une subordination du biologique au mécanique » (*ibid.*). Le corps, à travers l'ergologie, devient un instrument productif au service du profit capitaliste (Saraceno, 2014).

Le corps du travail, en cette fin de siècle, apparaît donc comme un outil, une mécanique pensée dans et pour ses potentialités productives. Il sortira alors d'une longue occultation juridique par la considération émergente pour un corps à réparer, à la fois objet d'aliénation dans une relation de subordination et force productive.

³⁶ En version originale : *De morbis artificum diatriba*.

Toutefois, précisons que l'approche ramazzinienne relève d'une lecture environnementale des maladies. La manufacture est ainsi considérée comme un milieu, soit une configuration locale potentiellement pathogène. L'intérêt, dès lors, n'est pas spécifiquement portée sur les travailleurs en tant que tels mais sur des citoyens, dans un contexte spatial spécifique (Vincent, 2012).

³⁷ Toutefois, pour certains auteurs, ces impératifs se rencontrent pour expliquer les premières réglementations du travail (cf chapitre 3).

³⁸ Cette orientation reste d'actualité tant elle peut être adoptée par certains employeurs face à la réparation forfaitaire qui leur incombe en cas d'AT/MP (cf chapitre 3).

³⁹ Je m'interroge sur cette formule qui, probablement, trouve son équivalent dans l'expression « la carotte et le bâton », renvoyant à une forme d'aliénation.

⁴⁰ L'article consulté en ligne ne fait pas mention des numéros de page.

En ligne : <http://temporalites.free.fr/?browse=Milieu%20et%20Normes%20de%20l%27homme%20au%20travail>

B. Un travail sans corps

Le travail, conçu à la fin du XVIII^e siècle comme « louage de services »⁴¹, a initialement peu été réglementé. Il est, dans un premier temps, assimilé à une chose – non sans lien avec les limites d’un cadre juridique binaire, reconnaissant soit des choses soit des personnes, un cadre trop étroit auquel se heurte également le droit de l’environnement (Hermitte, 1995). Le travail est un bien, une « marchandise » qu’une volonté libre accepte de louer, une perspective alors imprégnée du libéralisme hérité de la Révolution française (Pillon et Vatin, 2002). Le salarié, à la fois force de travail et volonté idéalement libre de contracter – le contrat repose sur « les dogmes de l’égalité des parties et de l’autonomie de la volonté » (Vigneau, 2009, p.175) – est alors pris dans deux occultations : l’inégalité de position dans laquelle il se situe face à son employeur⁴² et son engagement corporel dans le travail⁴³. Le corps du travailleur, objet pourtant de la prestation du salarié, reste en effet absent de la doctrine juridique. Celle-ci refuse, dans son ensemble, de reconnaître la place spécifique du corps dans le contrat de travail et admet bien plutôt une mise en jeu de la personne – une personne figée, un « masque immobile » (Hauriou, cité par Supiot, 2011 [1994]) en contradiction avec un corps de chair qui s’use au contact de l’activité. Ainsi pour Alain Supiot, « notre droit répugne à envisager les corps, *i.e.* la dimension biologique des sujets de droit » (*ibid.*, p.51). Le corps, dans le travail, n’a alors ni chair ni sensibilité. L’individu tend à être séparé de son esprit, forme d’héritage d’un cartésianisme ancien : pour Francis Meyer, « le droit a, en effet, une conception individualiste, libérale et idéaliste de l’individu et ne le perçoit qu’à travers l’expression de sa volonté. La césure entre le corps et l’esprit est forte et le corps est un attribut de la personne. L’esprit est tout, le corps n’est rien. Il n’est pas représenté sur la scène juridique » (Meyer, 2016, p.604). Le travail est donc considéré comme une chose que l’individu possède et qu’il va louer en conscience. Cette « location » pourtant, ne peut prendre effet sans qu’il ne mette en jeu son corps, puisqu’il « y a dans tous les cas, et d’une manière indissoluble, “aliénation de l’énergie

⁴¹ Alain Supiot nous dit ainsi que « le décret d’Allarde, du 16 février 1791, met le travail sur le même plan que le négoce, et soumet l’un comme l’autre au même principe de la liberté du commerce et de l’industrie. » (Supiot, 2011 [1994], p.45).

⁴² Sur ce point, Eugène Buret écrit dès 1840 que « le travail, dans le cas où le travailleur ne possède aucune sorte de capital, comme les journaliers et les ouvriers des fabriques, n’a pas les caractères économiques d’une marchandise ; le salaire n’a pas le caractère d’un marché ; car le travailleur n’est point vis-à-vis de celui qui l’emploie dans la position d’un libre vendeur. On peut dire que le capitaliste est toujours libre d’employer le travail, et que l’ouvrier est toujours forcé de le vendre. » (Buret, 1840, cité par Pillon et Vatin, 2002, p.16)

⁴³ Emmanuel Renault évoque en effet « la fiction juridique d’une volonté sans corps » dénoncée par la médecine sociale (Renault, 2008, p.203).

musculaire” et de l’énergie mentale » (Carbonnier, 1977, cité par Supiot, *ibid.*). Or, le droit prévoit un principe d’inaliénabilité du corps humain, qui ne saurait être considéré comme une chose, une non-patrimonialité antinomique du postulat contractuel. Dès lors, le droit du travail consisterait « à remettre ce “bien” dans sa peau, à réinsérer la dimension corporelle et donc extrapatrimoniale du travail dans le jeu des catégories du droit des obligations » (*ibid.*, p.67) dans un contexte de subordination, marqué par une emprise physique de l’employeur sur son salarié. Ce glissement s’effectue avec ce qu’Alain Supiot appelle les « premiers sociologues du travail »⁴⁴ (*ibid.*, p.64) qui suscitent, par la description des conditions de travail sinistres de ces nouveaux salariés, le développement du droit du travail. Pourtant, les premières lois qui encadrent le travail considèrent en premier lieu la fatigue et l’âge, sans donner de réelle importance à un état pathologique potentiellement suscité par les conditions de travail (Cailleteau⁴⁵).

C. Un corps-objet à « réparer »

La loi relative aux accidents du travail promulguée en 1898⁴⁶ et les avancées réglementaires du XX^e siècle vont alors chercher à « borner l’étendue temporelle de la subordination corporelle du travailleur et les conséquences d’une atteinte à son intégrité physique en imputant la responsabilité d’une telle atteinte à l’employeur. » (Mazuyer, 2015)⁴⁷ Cette objectivation du corps humain dans le contrat de travail conduit à une reconsidération du droit de la responsabilité⁴⁸, qui va consacrer ici l’idée de risque plutôt que de faute (*cf* chapitre 3). Au corps devenu chose répond une responsabilité des choses plutôt que des personnes :

« Les accidents du travail vont inciter le juge à renouveler la responsabilité pour protéger les corps malmenés de la classe laborieuse ; il inventera à cet effet un véritable corps de règles organisant la responsabilité “*du fait des choses que l’on a sous sa garde*”. » (Hermitte, 1995, p.50)

Cette réflexion nouvelle portée sur la sécurité physique des travailleurs se traduit donc notamment par l’institutionnalisation de la réparation des corps du travail qui repose sur une

⁴⁴ Il fait en réalité référence à Ange Guépin et Louis-René Villermé, tous deux médecins.

⁴⁵ Je fais référence ici à une thèse en droit privé et sciences criminelles en cours de réalisation à Bordeaux.

⁴⁶ Il s’agit de la loi du 9 avril 1898 « sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail » (Bulletin de l’Inspection du travail, n°2, 1898).

En ligne : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_du_9_avril_1898.pdf

⁴⁷ Cette loi signe également la reconnaissance juridique du principe de subordination. (Pillon et Vatin, 2002)

⁴⁸ La Théorie classique de la faute est en effet un principe général de droit commun. Elle repose sur l’article 1382 du Code civil : « tout fait quelconque de l’homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » (Robert-Lagarde, 1927).

évaluation fragmentée de sa valeur (cf chapitres 3 et 5). La réparation de l'accidenté ou du malade de son travail relève d'une logique assurantielle⁴⁹, c'est-à-dire qu'il ne pourra plus bénéficier d'une réparation intégrale mais uniquement forfaitaire, matérialisation d'un cadre réglementaire qui sort du droit commun de la responsabilité (cf chapitre 3). C'est ainsi que la tension corps/personne qui parcourt le droit du travail se rejoue dans la réparation : à travers la seule indemnisation de la perte de gain, le cadre légal sur lequel elle repose prévoit d'indemniser des « corps-machine », des « corps laborieux » (l'expression est empruntée à Bonnechère, 1994) bien plutôt que des « corps incarnés ». Face aux barèmes qui prévoient l'indemnisation de chaque fragment et capacité corporels, autorisant son anticipation par l'employeur (cf chapitre 3), le corps se trouve investi d'une nouvelle valeur, non plus définie par la seule quantité de travail socialement nécessaire à la reconstitution de la capacité de travail (Haber et Renault, 2007) mais par le coût assurantiel de sa « réparation » (Primerano et Marchand, 2019).

Le corps au travail a donc connu une histoire scientifique et réglementaire complexe. Alors occulté sur la scène juridique avec un recours préférentiel au concept de personne – qui « s'abstrait des humains de chair et de sang » (Hermitte, 1995, p.48) – le corps s'appréhende, dans les sciences du travail, comme une source d'énergie à rentabiliser. En effet, l'encadrement scientifique et médical de l'humain au travail peine à se détacher des impératifs de performance, ce dont témoignait le souci central de médecine du travail naissante pour la détermination des corps aptes au travail (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006). Le corps au travail, ainsi chosifié pour la production, éveillera, de même, relativement peu l'intérêt de la sociologie du travail, autrement que comme lieu de projection du pouvoir.

2. Le corps comme objet : faire entrer les corps dans la sociologie du travail

A. Le corps, un objet tardif

« Donnée immédiate pour les sciences de la vie » (Memmi, Guillo et Martin, 2009, p.11), le corps tarde à devenir un objet légitime pour les sciences sociales. Le spectre de la biologisation des individus et de leurs attributs a en effet longtemps freiné la saisie du corps par nos disciplines. C'est ainsi qu'il va être légitimé « comme instrument et objet de réflexivité scientifique » (*ibid.*) seulement dans les années 1960, avec le développement progressif

⁴⁹ Ainsi, la réparation dépend du droit de la Sécurité sociale et non du droit du travail, à la différence de la prévention.

d'études qui prennent pour objet des « pratiques qui sollicitent les corps » (*ibid.*). Le corps s'émancipe alors des champs auxquels il était attaché pour devenir un objet sociologique à part entière. Dans les années 1960/70, Pierre Bourdieu et Michel Foucault analysent le corps comme un instrument de reproduction de la domination et un vecteur d'exercice du pouvoir⁵⁰. Ils parviennent ainsi à « conférer au "corps" le statut d'instrument de lecture du monde social » (*ibid.*, p.17) sur lequel peut se fonder une véritable sociologie du corps. Le corps va, alors, apparaître dans sa diversité : pour certains, il est un objet façonné, pris dans de multiples rapports sociaux qui le conduisent parfois à être réifié, « marchandisé » ou discipliné. Pour d'autres, il s'appréhende comme instrument mobilisé pour l'action, il est un rapport pratique au monde et une « structure symbolique », soit le « vecteur sémantique par l'intermédiaire duquel se construit l'évidence de la relation au monde » (Le Breton, 2012, p.3) ou, dans la lignée des travaux de Marcel Mauss (1934), le lieu d'intégration des normes qui encadrent la vie collective, support au développement de techniques qui se comprennent en regard d'une culture spécifique.

Le corps est donc une production collective souvent abordée en tant que signe ou représentation, au détriment de ses aspects matériels.

B. Le corps dans la sociologie du travail

a. Un analyseur des rapports de domination

Nous allons ici proposer un double déplacement. Il s'agira, d'abord, de donner une place centrale au corps dans une sociologie du travail peu habituée à cette perspective : si le « premier corps » de la sociologie qui le prend pour objet renvoie aux corps ouvriers, l'intérêt pour les corps reste très modeste en sociologie du travail et se saisit souvent encore « en arrière-plan ». En effet, le corps y est d'abord présent en filigrane dans les réflexions autour de la condition ouvrière en tant que force de travail mais aussi comme support d'agir (Voléry et Jacquot, 2019). C'est dans cette lignée que certains sociologues vont, au XX^e siècle, faire l'expérience du travail ouvrier, un engagement corporel à visée heuristique et militante. Le corps est alors pris comme

⁵⁰ Pour Michel Foucault, la domination qui s'exerce sur les corps est fortement liée aux impératifs productifs, soit à des intérêts d'abord économiques ; ainsi « c'est, pour une bonne part, comme force de production que le corps est investi de rapports de pouvoir et de domination ; mais en retour sa constitution comme force de travail n'est possible que s'il est pris dans un système d'assujettissement (où le besoin est aussi un instrument politique soigneusement aménagé, calculé et utilisé) ; le corps ne devient force utile que s'il est à la fois corps productif et corps assujéti » (Foucault, 1975, p.30-31).

un analyseur de l'exploitation capitaliste, celle-ci reposant sur une nécessaire coercition corporelle (Haber et Renault, 2007). Il s'appréhende comme le lieu « où s'incarnent et se reproduisent dominations et oppressions » (*ibid.*, p.14). L'étude du façonnement des corps par et pour l'activité *via* des disciplines organisationnelles et managériales est ici centrale. Pour autant, le corps n'est pas qu'un lieu de projection, d'ancrage ou de reproduction du pouvoir, les corps sont également des supports à l'agir collectif, protestataire notamment, comme l'ont montré les mouvements ouvriers de la fin des années 1960 et au début des années 1970 qui dénoncent l'insécurité et les conditions de travail parfois archaïques (Pitti, 2009) qui règnent alors dans les usines. Ainsi le corps est-il à la fois contrainte et instrument du pouvoir d'agir (Coutarel et Andrieu, 2009), soumis à des processus d'engagement et de désengagement selon ce que l'environnement de travail lui fait (*ibid.*). Mais le corps est aussi repensé, parfois renégocié, au gré des espaces qu'il traverse, ce à quoi répondent différentes formes de corporéité mises en jeu par l'individu : le corps est aussi un corps habité. Cette lecture invite à questionner ce que les individus engagent plus ou moins consciemment dans le travail, soit les bornes éventuelles idéelles ou réelles de leur implication corporelle. C'est ce que j'analyserai dans ce travail, à travers les discours de ces travailleurs atteints de cancers dont l'origine professionnelle a été questionnée et/ou reconnue (*cf* chapitres 7 et 8).

b. Un corps, aussi, sensible

Des travaux ont également abordé sa dimension sensible. Ainsi, pour Thierry Pillon (Pillon, 2012), le travail ouvrier est aussi une expérience sonore, olfactive ou encore visuelle : les situations de travail sont des expériences corporelles⁵¹. La « matière corporelle », travaillée à l'occasion de l'activité, peut ainsi porter les stigmates du travail. Ceux-ci, du reste, ne sont pas systématiquement renvoyés à une déviance ou à un statut social inférieur, mais lus comme le signe d'appartenance à un collectif caractérisé par des valeurs sociales positives telles que la force, la puissance, ou la bravoure, aisément associées au milieu ouvrier et dont la mythologie ouvrière a d'ailleurs largement usé (notamment : Pillon, 2014 (1)⁵²). Le corps est donc aussi un

⁵¹ Robert Linhart, dans son ouvrage « L'établi » qui fait suite à son expérience de travail chez Citroën en 1968, en rend bien compte. Ainsi, il écrit, dès la deuxième page : « Trois sensations délimitent cet univers nouveau. L'odeur : une âpre odeur de fer brûlé, de poussières de ferraille. Le bruit : les vrilles, les rugissements des chalumeaux, le martèlement des tôles. Et la grisaille : tout est gris, les murs de l'atelier, les carcasses métalliques des 2 CV, les combinaisons et les vêtements de travail des ouvriers. Leur visage même paraît gris, comme si s'était inscrit sur leurs traits le reflet blafard des carrosseries qui défilent devant eux. » (Linhart, 1978, p.10)

⁵² Ainsi : « La mise en jeu de la force physique étaye une représentation virile du corps qui a longtemps prévalu comme norme dans le monde ouvrier. Dès la fin du XIX^e siècle, l'iconographie révolutionnaire a associé l'image

rapport à l'autre tant il peut être support d'identifications et d'interprétation de communes expériences corporelles⁵³. D'autres travaux ont également questionné la place donnée au corps par les travailleurs dans l'exercice de leur activité, interrogeant par là-même la place du corps et de ses marques dans l'affirmation d'une identité professionnelle et des motivations au travail. Florent Schepens (2013) évoque en ce sens, chez les entrepreneurs de travaux forestiers, des pratiques de « mépris » du corps comme condition à la réalisation d'un statut d'indépendant et à la préservation d'une identité professionnelle. Celle-ci se trouve prise dans un univers symbolique particulier qui fait notamment de la forêt une entité transcendante qui décide du sort des Hommes en fonction de leur professionnalisme, le professionnel, contrairement à l'amateur vulnérable, s'assurant une protection sans limite – et ce peu importe ce que subit le corps dans l'exercice de l'activité. Ici, donc, l'étude de l'expérience corporelle du travail est bornée au constat d'une gestion de la douleur en vue du maintien de l'activité. Ces pratiques de gestion du corps, pourtant, interrogent en elles-mêmes. Cette « herméneutique des sensations physiques » (Pillon, 2016, p.89) questionne les manières dont on décide d'engager son corps ou non, sur la base de ses ressentis. En effet, dans l'espace professionnel, si le corps est vulnérable, il est également l'instrument qui permet d'orienter l'action, et notamment le contournement du risque. Ainsi les travailleurs mettent-ils en œuvre des techniques d'évitement, de distanciation afin de gérer le risque auquel ils se savent, ou se pensent, exposés. Brahim Mohammed-Brahim (2009), ergotoxicologue, l'évoque bien, confirmant, par là-même l'importance historiquement prise par l'ergonomie dans « l'étude concrète de l'implication du corps dans l'activité » (Pillon, 2016, p.83), tandis que la sociologie du travail, plus encline à faire usage des outils statistiques, s'en saisissait difficilement. Face au corps absent de la toxicologie professionnelle qui lui préfère le terme d'organisme, sinon à un corps fragmenté et abordé uniquement en termes de traumatisme et de douleur (soit l'expression d'une souffrance mécanique), l'auteur aborde la construction et les pratiques corporelles de gestion du risque mises en place par les travailleurs. Il s'agit là d'une manière, pour lui, de procéder à une réunification conceptuelle d'un corps qu'il perçoit dans un double versant instrumental et identitaire. Suivant Marie Pezé (2009) qui affirme la prévalence des situations de travail

de l'ouvrier à celle de la puissance physique. Sculptures et peintures ont donné à voir un homme au torse toujours nu, les muscles proéminents, triomphant avec vaillance des conditions matérielles et des événements politiques. » (Pillon, 2014 (1), p.158)

⁵³ Thierry Pillon évoque en ce sens une « culture corporelle », à la visibilité sociale aujourd'hui réduite (Pillon, 2014 (1), p.167).

mobilisant des données perceptives, il décrit comment le corps sensible est mobilisé pour repérer le danger et s'esquiver quand on évalue qu'il est temps – qu'un seuil de nocivité va être dépassé. Le corps, ici, se fait sentinelle. L'auteur rapporte aussi comment le rapport aux équipements de protection individuelle (les EPI) est aussi un rapport au corps pour le moins ambivalent. Ces protections qui recouvrent les corps se manifestent à la fois comme une contrainte identitaire (en « standardisant » les corps) et physique (en diminuant la dextérité, l'amplitude des mouvements, la kinesthésie), mais aussi comme un support d'affirmation d'un statut spécifique dans l'entreprise et un générateur de nouvelles compétences corporelles. De même, dans ce contexte de travail critique, où le risque est construit de manière profane mais admis, les gestes et les postures corporelles appris par les travailleurs d'une même équipe et collectivement chorégraphiés⁵⁴ deviennent des ressources pour la protection individuelle et collective. La vulnérabilité du corps suscite ainsi une résistance individuelle et collective, elle-même corporelle, au sein même de la réalisation de l'activité. Dans les propos qu'il recueille, le corps se donne à lire également comme vecteur de propagation du risque. Cette construction d'un corps-danger, contaminé en surface ou en profondeur et qui menace les proches, en-dehors même de l'espace de travail, a également été observée par Nathalie Judon dans son travail de thèse en ergonomie, réalisé auprès d'ouvriers du BTP exposés à des risques cancérigènes (Judon, 2017) ou Marie-Aurore Ghis-Malfilatre (2018) dans sa thèse soutenue récemment. Pour les travailleurs ici, le corps est donc tout à la fois un corps sensible qui se meut en sentinelle, vecteur de repérage du danger ; un générateur d'innovation technique ; un support identitaire qui se joue dans le collectif mais aussi un corps plus fragile, plus passif, un corps réceptacle qui se fait lui-même danger pour les proches, révélant toute la variabilité des lectures, des expériences et des pratiques corporelles au sein même du contexte professionnel – qui, parfois, déborde sur les espaces domestiques.

Le corps au travail, en sociologie comme dans les autres disciplines qui le prennent pour objet, peut donc être appréhendé à travers ses expériences pratiques et sensorielles, les manières dont il est décrit, engagé, les subjectivités par lesquelles il est investi, les imaginaires, les normes et le cadre réglementaire auquel il est soumis. La question du corps au sein de la sociologie du travail apparaît donc comme un angle favorable à la considération des corps au travail pour

⁵⁴ Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès et Jacques Bouteiller parlent, de manière désincarnée, de « savoir-faire de prudence » (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010, p.3).
En ligne : <https://journals.openedition.org/pistes/2652?lang=en>

eux-mêmes et comme « analyseurs » des transformations du champ. Ceux-ci, pourtant, y tiennent une place relativement minoritaire et se cantonnent souvent à l'analyse d'un « corps-signe » (le corps aliéné, par exemple) : il s'agit là du second déplacement que cette thèse propose d'opérer, en prenant appui sur les travaux effectués sur la question de la santé au travail.

3. La santé au travail : au-delà du « corps-signe », introduire un « corps matière »

La santé au travail accuse un certain retard dans les travaux de sciences sociales, y compris dans la sociologie du travail française (Aballéa, 2014). D'un point de vue général, on repérera toutefois différentes grandes approches, tracées ici à gros traits⁵⁵.

A. Derrière l'intérêt pour la santé mentale, un même travail pathogène

Déjà, tout un pan des études consacrées à la santé au travail questionne la souffrance psychique suscitée par l'activité, ses mécanismes d'émergence – les « facteurs de risques psychosociaux » notamment – sa mesure et sa prise en charge. La problématique de la santé mentale, en effet, a permis de renouveler la recherche en sciences sociales sur la santé au travail (Bouffartigue, 2014) en même temps qu'elle réussissait à s'inscrire dans l'action publique. Michel Gollac, Christophe Dejours et Marie Pezé sont ici des figures centrales – mais non pas, évidemment, uniques : on pensera aussi à Danièle Linhart, par exemple – de la conceptualisation (comme de la dénonciation) de la souffrance au travail. Si certains auteurs tendent à opposer la protection physique et la protection mentale des travailleurs, le droit ayant été originellement consacré à la protection des corps et non de la santé mentale, Marie Pezé évoque la nécessaire prise en compte d'un « “second” corps engagé dans le travail », au-delà donc du corps-outil, un corps façonné par les états affectifs générés par l'organisation du travail (Pezé, 2009, 15), la douleur par exemple. D'autres chercheurs, à l'image de Marc Lorient, ont interrogé certaines dimensions de la souffrance au travail – le stress, le burn-out ou la fatigue – pour en montrer la dimension construite, dépendante de contextes professionnels spécifiques, soit une mise en forme de réalités hétérogènes qui se joue dans des rapports sociaux. Les catégories qui parcourent le champ de la santé du travail, les classements des atteintes et leur mesure, sont en effet des objets d'analyse stimulants. Philippe Davezies, un médecin du travail par ailleurs relativement critique des politiques de santé au travail, classe les atteintes du travail en trois catégories principales :

⁵⁵ Les travaux mentionnés dans cette partie ne sont évidemment pas exhaustifs.

les « nuisances physico-chimiques », les « pathologies d'hypersollicitation »⁵⁶ et la « souffrance psychique », qu'il relie aux conflits de valeur, à la perte de sens du travail et, finalement, de l'estime de soi (Davezies, 1999). Alors que certains médecins questionnent les liens entre ces catégories (à travers l'influence, notamment de la souffrance au travail – des « facteurs de risques psychosociaux » – sur l'évolution des troubles musculosquelettiques, les usures d'autrefois), des chercheurs vont dénoncer une même organisation du travail pathogène⁵⁷ qui trouve ses sources notamment dans la position subordonnée au sein de laquelle se trouve le salarié – qui, s'il trouvait autrefois matière à résistance dans le collectif, se trouverait aujourd'hui, pour Yves Clot, sans voix. Ainsi, pour ce psychologue du travail, questionner les maux du travail à travers la problématique de « la souffrance au travail » susciterait une dépolitisation de son objet et une individualisation du problème. Yves Clot invite ainsi, selon une formule célèbre, à « soigner le travail plutôt que les travailleurs » (Clot, 2011), le mal-être des salariés au travail provenant du cadre même du travail qui ancre les individus dans une certaine passivité, privés d'un salutaire pouvoir d'agir. Si cette perspective peut être discutée, elle reste toutefois révélatrice des positionnements pluriels et critiques qui parcourent ce champ. Certaines formes d'organisation du travail sont ainsi conçues comme pathogènes, mais rares sont ceux, et celles, qui ne soulignent pas, en négatif, et en guise de « malgré tout », la dimension positive du travail, source de réalisation de soi, vecteur de santé et de reconnaissance sociale (Durand et Dressen, 2011). Ainsi, d'autres recherches vont se situer à l'autre extrémité de ce problème : Anne-Marie Waser, par exemple, questionne les manières dont le travail s'adapte – ou, souvent, ne s'adapte pas – aux santés défaillantes (Waser – notamment, 2010, avec Karine Chassaing et 2017, avec Dominique Lhuillier)⁵⁸.

La brève présentation de ces travaux ouvre aux quatre grands angles suivants – révélant ainsi leurs liens évidents : la construction et les évolutions organisationnelles et institutionnelles et leurs impacts ; les mécanismes de constitution et le rôle pris par les collectifs ; les inégalités

⁵⁶ Ce que Coutarel et Andrieu traduisent, d'une manière qui interpelle, par l'expression « utilisation inappropriée des fonctions humaines ».

⁵⁷ Jean-Pierre Durand et Nicolas Hatzfeld parlent de « maladies des organisations du travail » (2004).

⁵⁸ Les colloques consacrés à la thématique « Cancer et travail » sont en ce sens généralement orientés vers le retour au travail et non les risques cancérogènes impliqués dans l'activité. Ce constat a été particulièrement flagrant à l'occasion d'un colloque à Nantes, organisé par le Cancéropôle Grand-Ouest, où nous étions deux, sur la trentaine de communicant.e.s présent.e.s, à évoquer ces risques professionnels.

sociales qui se jouent et se rejouent dans l'exposition aux risques du travail ; les perceptions individuelles et la reconnaissance sociale des risques professionnels.

B. Des corps travaillés par l'organisation du travail et ses institutions

Les approches organisationnelles de la santé au travail, relativement nombreuses, questionnent les modalités d'organisation du travail, les évolutions des politiques de ressources humaines et leurs impacts, les principes gestionnaires et de management (gestion par projet, *lean management*, etc.) ainsi que leurs effets sur la santé⁵⁹. Par ce prisme, il s'agit de questionner les configurations productives mais aussi les évolutions structurelles avec, au centre, le constat relativement unanime de l'individualisation de la relation de travail, et leurs impacts sur la santé et les corps des travailleurs. Sans conclure à la constitution d'un véritable problème public, cette question des nouvelles formes de management et de gestion du personnel paraît se diffuser en-dehors du seul champ scientifique pour gagner les espaces culturel – on pourra penser au film « Corporate »⁶⁰ sorti en 2017 par exemple – et judiciaires : en ce printemps 2019 s'ouvre le procès de France Télécom dont la responsabilité des méthodes de gestion dans les dix-neuf suicides d'anciens salariés, survenus entre 2007 et 2010 à l'occasion d'une restructuration, est interrogée. Ainsi Marnix Dressen et Jean-Pierre Durand, dans l'ouvrage qu'ils ont coordonné en 2011, exposent-ils la « violence du travail » dans ses nouvelles modalités, diverses mais souvent liées aux rapports sociaux – plutôt qu'interpersonnels – dans lequel s'inscrit le travail (Cléach, 2013). Aux côtés, donc, de ces changements organisationnels dont l'étude recouvre déjà un large périmètre du champ, des travaux questionnent plutôt les évolutions institutionnelles de la santé au travail, à travers les dispositifs dédiés à la prévention (Omnès et Pitti, 2009), au repérage et à la prise en charge, soit la gestion institutionnelle, des atteintes du travail. Ainsi Emilie Legrand et Arnaud Mias décrivent les lacunes de la prévention des cancers professionnels qui concentre une tendance à l'euphémisation des risques, un désintérêt pour l'efficacité des dispositifs de protection et le rôle des – feus – CHSCT dans la diffusion d'une approche individualisante de la prévention (Legrand et Mias, 2013). Lucie Horn, quant à elle, évoque dans son travail de thèse la constitution des logiques de prévention en véritable outil de

⁵⁹ Notamment les travaux de Danièle Linhart, Arnaud Mias, Pascal Ughetto et Lionel Jacquot.

⁶⁰ Ce film de Nicolas Silhol met en scène l'histoire d'une « killeuse », une responsable des ressources humaines qui va devoir faire face à un suicide dans son entreprise et composer, pendant l'enquête, avec les pressions de l'inspection du travail mais aussi de sa hiérarchie. Ce film expose ainsi la violence dans laquelle peuvent s'inscrire les techniques de gestion du personnel – un « management par la terreur » qui vise à pousser les salariés à la démission plutôt qu'à assumer des licenciements coûteux.

gouvernance qui enserme la capacité d’agir des médecins (Lucie Horn, 2018). L’indépendance de la médecine du travail n’a en effet pas manqué d’être questionnée (notamment Marichalar, 2011 et suivants) mais aussi le manque de ressources – de moyens financiers et humains – qu’elle subit, tout comme l’inspection du travail et les dispositifs de sécurité en entreprise, lesquels sont touchés également par un défaut de « ressources cognitives » (de connaissances issues des formations, notamment) qui contraint l’expertise. Leurs modes de fonctionnement, en sus, apparaissent relativement hétérogènes et conditionnés au registre de sens attribué aux savoirs détenus par ses membres, entre « expertise citoyenne », « raison ordinaire » et « savoir politique » (Jamet et Mias, 2012, p.86). Les actualités, là encore, ne manqueront pas de nourrir ces aspects : le remplacement du compte pénibilité par le « compte professionnel de prévention » en 2017, qui s’inscrit dans une individualisation de l’évaluation de la pénibilité – dont la définition des critères et des modalités de calcul est source d’enjeux sanitaires et politiques – la disparition des CHSCT⁶¹ décidée en 2018, remplacés par les comités social et économique (CSE) ou encore la parution du rapport Lecocq, mi-2018, annonciateur d’une réforme prochaine de la santé au travail pensée sur le registre de la « simplification » et de l’efficacité⁶², un lexique qui n’est pas étranger à la sociologie du travail.

C. Prévenir et faire reconnaître les dommages du travail : le rôle des collectifs

D’autres travaux ont donc pris pour focale les collectifs – collectifs du travail, mais aussi de victimes du travail. Ainsi, les mobilisations sectorielles en santé travail ont fait l’objet de plusieurs études, notamment celles de Jouzel et Prete (Jouzel et Prete, 2013 et 2014) ou de Coline Salaris (Salaris, 2015) qui ont interrogé la constitution de collectifs au sein de groupes professionnels *a priori* peu disposés à interroger les effets de leur activité sur leur santé, les travailleurs agricoles. On peut citer également les travaux de Damien De Blic (De Blic, 2008) ou de Jorge Muñoz (Muñoz, 2003 (2)), sur la FNATH, association historique d’aide aux victimes du travail, dont ils étudient la genèse, les dynamiques de refaçonnement et le positionnement dans l’espace des risques professionnels, une association que Carole Gayet-

⁶¹ Si les CHSCT ne pouvaient se targuer de posséder un outillage optimal et uniforme selon la taille de l’entreprise et le secteur concerné, cette disparition inquiète certains syndicats, qui continuent de les aborder comme un dispositif de repérage et de soutien à la reconnaissance des maux du travail.

En ligne : <https://www.bastamag.net/Sante-au-travail-pourquoi-la-suppression-des-CHSCT-est-devenue-la-priorite-des>

⁶² Isabelle Mahiou et François Desriaux (2018),

En ligne : <http://www.sante-et-travail.fr/sante-travail-revolution-lecocq>

Viaud et Anne de Labrusse (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012) rencontreront également, par le bas, dans l'objectif d'interroger les dynamiques de recours à l'association et les parcours qui leur succèdent. En écho aux travaux cités précédemment, d'autres ont abordé la question par le contexte d'individualisation de la relation salariale et la déstabilisation des collectifs, elle-même source de fragilisation de la santé des salariés, plus seuls face à leurs droits, et à la possibilité d'enquêter sur l'origine professionnelle de leurs atteintes. D'autres, enfin, ont abordé la question des collectifs par les dispositifs d'indemnisation (ici, le Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante⁶³), les revendications afférentes et leurs représentations de ce qui fait la « juste indemnisation » (Pyllaire, 2017).

D. En filigrane, la question des inégalités et des rapports sociaux de classes

Dans une perspective plus axée sur la question des inégalités sociales, les liens qui unissent chômage, précarité et santé ont également pu être questionnés, ce qui se justifie notamment par la prévalence des conditions de travail évaluées comme « pénibles » parmi les populations les plus précaires. Ainsi, les atteintes du travail ont pu se donner à lire comme des amplificateurs d'inégalités sociales – ici, on l'a vu, comme ailleurs : les activités productives à risques ont en effet été externalisées, renvoyées vers le secteur intérimaire au sein duquel il apparaît bien plus compliqué de protéger correctement et, *a fortiori*, de retracer les expositions des salariés concernés. Cette délocalisation du risque cependant, ne relève pas d'une seule « délocalisation sectorielle » de la production, elle est aussi internationale, renvoyée vers des pays étrangers au sein desquels le cadre réglementaire est souvent plus souple, source de « maladies sociales » dans un monde du travail globalisé (Carnevale, Rosental et Thomann, 2012)⁶⁴. Ici, aussi, s'évaluent les changements organisationnels qui conduisent à une déstabilisation des moins stables. Certaines approches, de cette façon, abordent la structuration de la reconnaissance des atteintes du travail, mais aussi leur survenue, comme l'expression de rapports de classe (Dassa, 1976 ; Lenoir, 1980 – cf point suivant.) : c'est la position même de subordination du salarié, privé des outils de connaissance sur son lieu de travail, soumis à des cadences inadaptées ou à

⁶³ Le Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) indemnise les personnes, et/ou leurs ayants-droit, ayant été exposées à l'amiante au cours de leur travail ou par « l'environnement » (cf chapitre 3). Il est alimenté par une contribution de l'État et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale (AT-MP). En 2010, son budget était de 362,5 millions d'euros.

En ligne : <http://www.fiva.fr/fiva-adm/financement.php>

⁶⁴ À l'inverse, l'invisibilité des risques cancérogènes par le recours à la main-d'œuvre immigrée est documentée par Anne Marchand dans sa thèse (Marchand, 2018, p158) : présents en France de façon temporaire, pris dans des carrières fragmentées, ils sont souvent de retour au pays lorsque la maladie est diagnostiquée.

des substances toxiques, décidées dans les intérêts financiers de l'employeur, qui expliquerait la prévalence des maux du travail. C'est ainsi qu'Annie Thébaud-Mony décrit, dans ses différents travaux, la dimension « sociale » de certaines atteintes du travail, générées d'une certaine manière par l'antagonisme qui sous-tend les rapports salariaux.

Finalement, au-delà de l'angle retenu, c'est souvent le capitalisme lui-même et ses transformations que ces travaux s'attachent à questionner, soit le contexte économique et social du travail (Aballéa, 2014) dans ses effets sur la santé des travailleurs. Les liens entre l'interrogation de corps travaillés par le travail et les rapports sociaux dans lesquels ils sont inscrits apparaissent nettement.

E. Perceptions individuelles et reconnaissance sociale du travail pathogène

D'autres travaux ont également choisi de questionner les perceptions qui unissent santé et travail, choisissant ainsi d'aborder la question, non plus de façon institutionnelle, mais par les individus. Ainsi, Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès et Jacques Bouteiller ont interrogé les représentations du lien entre travail et santé – et ont mis en avant le rôle du genre, de la profession et du cadre d'emploi dans la construction de celles-ci (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010 (1)). Les risques étant bâtis au masculin, les hommes ont plus souvent une représentation négative des liens travail-santé, tout comme les travailleurs manuels. En revanche, les travailleurs de la sous-traitance se situeraient bien plutôt dans une posture de déni des risques professionnels, soumis à l'instabilité de l'emploi et à la sélection par la santé⁶⁵. Si ces approches apportent des connaissances nouvelles en termes de sens, de rapports croisés au travail et à la santé, les expériences corporelles du travail, la matière des corps, en restent significativement absentes.

Enfin, les travaux consacrés à la reconnaissance institutionnelle des AT/MP et aux mécanismes qui sous-tendent leur invisibilisation sont ceux auxquels je me suis le plus fortement référée pour cette recherche. Relativement variés, on pourra évoquer ceux d'entre eux qui ont questionné l'histoire de la reconnaissance des maux du travail, à la fois médicale et institutionnelle⁶⁶ et ceux, périphériques, qui ont abordé l'hygiénisme, dans ses articulations

⁶⁵ Pour autant, « parmi la moitié des salariés qui considèrent que leur travail influence leur santé [...] deux ouvriers sur trois la jugent négative » (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010 (2), p.4)

⁶⁶ Notamment les différents travaux de Jean-Claude Devinck, Nicolas Hatzfeld, Catherine Omnès, Paul-André Rosental, ou encore de Judith Rainhorn.

avec l'intérêt « public » fluctuant pour les corps ouvriers et les maux qui les affligeaient⁶⁷ parallèlement à l'émergence de la question sociale. D'autres travaux ont prioritairement interrogé les logiques structurelles qui entretiennent leur invisibilité, parmi lesquelles la méconnaissance scientifique et la sous-reconnaissance institutionnelle⁶⁸, l'invisibilisation spécifique des risques dans le travail des femmes (Paiva, 2016), les pratiques des médecins (les différents travaux de Pascal Marichalar ; Bardot et Touranchet, 2006 ; Daubas-Letourneux, 2008), le processus de qualification qui se joue au niveau des caisses, à l'échelle des agents administratifs (Muñoz, 2003 (1), pour les AT) ou les lacunes du système complémentaire (Platel, 2014). Ces travaux se trouvent ainsi à la charnière des *sciences studies*, qui vont interroger la fabrique de l'ignorance avec une perspective qui va croiser la question de l'action publique afin de penser, notamment, « l'inertie institutionnelle »⁶⁹ qui perdure autour de la réglementation des AT/MP. Ainsi, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete et François Dedieu questionnent la mise en invisibilité des maux du travail par les technologies de pouvoir – une invisibilisation par les instruments d'action publique *via* des « mécanismes cognitifs » (la production d'ignorance) et moraux (la responsabilisation des victimes) indépendante « de l'action stratégique des acteurs qui les utilisent » (Jouzel et Dedieu, 2013, p.48). Cette approche, sans lui être tout à fait opposée, diffère de celle d'Annie Thébaud-Mony dont la focale s'oriente plutôt vers les rapports de domination et les stratégies industrielles. La thèse de Marie-Aurore Ghis-Malfilatre consacrée à l'étude des dynamiques de problématisation des risques du travail et des logiques qui y font obstacle dans le secteur du nucléaire, rejoint en revanche ce prisme pragmatique de l'appréhension de l'action publique en santé au travail (Ghis-Malfilatre, 2018). D'autres travaux, enfin, ont interrogé la construction juridique de la santé au travail⁷⁰ et des notions auxquelles elle se réfère (« inaptitude », « invalidité », « incapacité » : Cailleteau⁷¹).

Parmi ces travaux, enfin, une thèse, à cheval entre l'ethnologie et l'histoire, entre la recherche et l'action, soutenue récemment (Marchand, 2018). Construit sur la problématique du non-

⁶⁷ Notamment les travaux de Caroline Moriceau et de Thomas Le Roux.

⁶⁸ Notamment les travaux d'Annie Thébaud-Mony et d'Emmanuel Henry – surtout à partir de 2011.

⁶⁹ Selon les mots d'Emmanuel Henry en introduction du colloque « Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019) », à Paris, les 19 et 20 juin 2019.

⁷⁰ Notamment les travaux de Francis Meyer et la thèse de Morane Keim-Bagot (Keim-Bagot, 2013).

⁷¹ Il s'agit d'une thèse en cours : « La maladie du salarié ». Thèses de doctorat en droit privé et sciences criminelles, en préparation à l'Université de Bordeaux depuis le 24 septembre 2015.

recours au droit de maladie professionnelle dans les cas de cancers broncho-pulmonaires, ce travail croise les données issues de la participation de son auteure au GIS COP93⁷² avec l'étude des dispositifs institutionnels – notamment le cadre légal, tel qu'il est constitué et appliqué au sein des caisses. Elle montre, à travers une perspective historique solide, toute la fragilité du dispositif institutionnel, conçu sur la base d'un compromis bancal. En miroir, son approche ethnologique lui permet de décrire et d'analyser un recours au droit des (anciens) salariés atteints de cancers dont l'origine professionnelle est présumée qui relève d'un parcours du combattant dans un contexte de conflictualité pourtant rarement saisi par les malades lorsqu'ils entrent dans les procédures. Elle relève également l'importance prise par les médecins dans les parcours et leur lourdeur pour les malades, à la fois « épreuve » et « stigmat » (*ibid.*, p.577). Elle montre, en amont, les difficultés de la conscientisation d'un travail délétère, à la fois sur un versant pratique (penser le lien – « se savoir exposé » : *ibid.*, p.97) et identitaire (le travail comme support à la définition de soi et source de reconnaissance sociale, devient la cause d'une maladie généralement perçue comme grave). Le contexte social dans lequel s'inscrit le malade, et la mobilisation du collectif dans le « faire sens », jouent ici des rôles déterminants d'effet-levier, ce qui fait écho aux travaux précédemment cités.

Toutes ces recherches ont ainsi largement nourri et continuent à nourrir ma réflexion mais mon travail propose de déplacer légèrement la perspective.

4. La « chair » de mon approche : les rapports sociaux de classes au prisme des corps

A. Le(s) corps comme révélateur(s) de rapports sociaux de classes

Cette thèse propose de faire un pas de côté par rapport aux approches de santé au travail qui tendent à rabattre les expériences de la maladie sur les catégories définies par la santé publique. Il s'agira en effet non plus d'aborder seulement « la santé » mais les expériences corporelles du travail qui donnent à la maladie un sens spécifique, qui va au-delà de la simple perte de santé (*cf* chapitre 7). Ainsi nous ferons « parler les chairs » et les manières dont elles sont conçues

⁷² Le GIS COP93 est un dispositif pluridisciplinaire de repérage des cancers professionnels et de soutien à la déclaration basé en Seine Saint-Denis. Un second dispositif de ce type, le GIS COP84, a récemment vu le jour dans la région avignonnaise.

par les travailleurs malades. Le « cancer professionnel », en effet se joue dans les corps, à la fois dans ce qu'il désigne – une maladie, dont la gravité s'évalue en regard des limitations sur lesquelles elle ouvre, des stigmates qu'elles laissent, et des ressentis qu'elle provoque – et dans sa façon de faire sens : les corps des anciens collègues comme d'anciennes manifestations corporelles sont ainsi mobilisées comme prises à la catégorisation (*cf* chapitre 7). Cette focale sur le corps permet ainsi d'ouvrir la réflexion sur les mondes ouvriers et populaires qui, au-delà du simple salariat précaire, implique aussi les épouses et des collectifs territoriaux, aux bornes mouvantes (*cf* troisième partie). À rebours d'une lecture en terme d'inégalités sociales qui vise à étudier la répartition des plus vulnérables face aux maladies, il s'agira donc de s'appuyer sur la maladie, dans ce qu'elle dit des corps et des corporités de ces malades – socialement situés – pour rendre compte des plus vulnérables.

Le « cancer du travail » sera donc abordé en tant que catégorie socialement construite. Le constructivisme auquel je fais référence ici relève du constructivisme social décrit et mobilisé par Marc Loriol dans ses travaux relatifs à la fatigue (notamment : Loriol, 2012). La première précaution à lui emprunter est peut-être la frontière qui persiste entre constructivisme et relativisme : postuler l'absence d'« essence immuable et universelle » d'une catégorie ne revient pas à lui refuser toute matérialité – au contraire, puisque c'est parfois la catégorie construite qui peut produire des effets matériels⁷³. Bien loin de moi l'idée ici de nier toute réalité du risque au travail : le cadre professionnel est, de bien des façons, délétère, mais il n'a pas toujours été conçu ainsi – bien que l'histoire des représentations collectives du travail soit complexe, l'origine étymologique du mot lui-même n'étant que trop bien connue. Penser l'effet cancérigène du travail relève en effet d'un contexte social, politique et médical particulier, comme en témoigne l'intérêt fluctuant pour les corps au travail – d'abord ouvriers, ce que nous aborderons dans le chapitre 3. Rémi Lenoir, dans ses travaux sur les accidents du travail, décrivait en ce sens « une catégorie de construction de la réalité sociale dont le contenu est un enjeu entre les classes ». Pour lui, l'atteinte du travail – comme toute autre catégorie – ne peut prétendre à être appréhendée comme le reflet neutre d'une réalité objective, elle est le fruit d'une construction héritée de débats houleux et se donne à lire comme un compromis social hérité d'intérêts antagoniques. Ainsi fixée par son institutionnalisation (impliquant une

⁷³ C'est en tous les cas la thèse que défend l'anthropologue Priscille Touraille sur la question du dimorphisme sexuel de stature (Touraille, 2008).

structuration légale et des instances dédiées), elle se [re]construit, aussi, par l'action des nombreux acteurs qui participent, face aux cas individuels, à la définir. C'est cette action de catégorisation qui conditionne sa lecture statistique et, de fait, son objectivation⁷⁴ : le travail qui abîme s'apprécie, au bout du compte, par ces données issues des processus (dynamiques, donc) de classement – et qui vont justifier, ou non, la mise en place de politiques dédiées. Ce cheminement, qui vise à la fois la déconstruction de la catégorie par son histoire et l'analyse des mécanismes de construction par les acteurs en situation qui agissent et résistent, parfois, dans des rapports sociaux de domination, est celui que ce travail propose, pour cette catégorie proche qu'est celle de « cancer du travail », avec une focale particulière mise sur les corps.

B. Des catégorisations approchées par le bas

Les paradigmes sociologiques qui ont questionné la catégorisation ne l'ont pas conceptualisé de la même façon. Ce travail ne s'ancre ni dans une approche durkheimienne au sein de laquelle la catégorie se lit au niveau macro et apparaît comme le reflet de représentations collectives, ni dans une approche interactionniste ou ethnométhodologiste qui aborde la catégorie par le bas et l'y cantonne, construite dans des mondes sociaux et des contextes d'interaction spécifiques. Mon travail croise les niveaux de lecture : il questionne des catégorisations macro durcies dans un cadre médicoadministratif et les manières dont elles se rejouent et s'incarnent localement. En effet, la catégorie institutionnelle n'est pas celle de l'individu, et les catégorisations savantes, juridiques et administratives, sociales et ordinaires sont parfois en tension. Je m'appuierai ici sur la sociogenèse conceptualisée par Vincent Dubois pour l'étude des catégories de l'action publique. Je la transposerai à la catégorie « cancer du travail » à travers, notamment, la question de l'émergence et du développement de la préoccupation pour les effets de l'environnement et de l'activité professionnelle sur les corps – une lecture diachronique articulée ensuite à l'analyse de cette catégorie « en situation ». J'analyserai ainsi son application par les acteurs institutionnels – sa « mise en actes » – qui participent, sans intentionnalité systématique, à la modeler, sa réception et les jeux d'accès sur lesquels elle ouvre. La catégorie, si elle se comprend dans un cadre historique et institutionnel spécifiques et en regard de rapports sociaux, n'exclut pas le rôle de façonnement des pratiques locales, médicales, syndicales ou associatives,

⁷⁴ Rémi Lenoir écrit ainsi que « la reconnaissance d'un accident comme accident du travail n'est pas un simple acte d'enregistrement, elle résulte de l'action exercée par des agents qui interviennent tout au long du processus qui conduit à la déclaration de l'accident, déclaration à partir de laquelle sont produites les “données” statistiques des accidents du travail » (Lenoir, 1980, p.77).

les effets des interactions, les relations interindividuelles – les sociabilités territoriales ou familiales – participant à construire l’identification à la catégorie, et la prise en compte des subjectivités. J’ai donc entrepris de croiser les dimensions temporelles et spatiales, avec, d’un côté, les temps des individus et des structures et, de l’autre, les espaces de catégorisation, les scènes où se cristallisent les enjeux de catégorisation, cela dans une « imbrication d’échelles, d’espaces et de temporalités » (Zimmermann, 2003). Je développerai donc d’un côté, une approche historico-institutionnelle qui renvoie à un modelage médical, politique et réglementaire de la catégorie, et de l’autre, une appréhension par le bas, des pratiques des acteurs impliqués dans le processus de catégorisation (nombreux dans cet espace) aux individus et aux corps souffrants, récepteurs actifs de la catégorisation et de ses effets, et leur dialogue, dans ce qu’ils disent, aussi, des rapports sociaux de classes.

C. Les travaux relatifs aux cancers professionnels : une thèse en prolongement et à côté

Ce positionnement concerne principalement la thèse soutenue récemment par Anne Marchand, elle-même héritière, à sa façon, des chercheur.se.s du GIS COP93. Derrière un objet similaire, toutefois, nos entrées sur le terrain, comme nos postures, diffèrent. Si la définition de ma posture m’a souvent posée question (*cf* chapitre suivant), elle ne s’ancre pas dans une visée immédiate d’action. Mon objectif, en rencontrant les malades, n’était pas de retracer leur carrière professionnelle ou de les soutenir dans leurs démarches. Ce sont, au contraire, des pratiques que j’ai observées, auprès de médecins pour la reconstitution du « *curriculum laboris* » (*cf* chapitre 4) et dans l’espace associatif pour le suivi des dossiers de malades (*cf* chapitre 6). J’ai également pu, grâce à ces entrées spécifiques, accéder à des espaces nouveaux : le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP)⁷⁵, notamment, qui m’a permis de prolonger l’étude des ressorts de la catégorisation médicale, sans sélection d’une sous-catégorie de cancer⁷⁶.

L’espace associatif ainsi ouvert, j’ai également pu questionner les pratiques associatives, en même temps qu’elles m’autorisaient l’accès à des malades. J’ai donc cherché à questionner, à

⁷⁵ Le C2RMP est le système complémentaire aux tableaux de maladie professionnelle, constitué en 1993, qui permet une seconde expertise des maladies qui ne peuvent prétendre à entrer partiellement ou entièrement dans l’un des tableaux de la Sécurité sociale (*cf* chapitre 3).

⁷⁶ Anne Marchand s’est en effet particulièrement intéressée aux cancers broncho-pulmonaires, surreprésentés comme on l’a vu parmi les cas de cancer reconnus en maladie professionnelle.

travers ces espaces d'expertise, les modalités de catégorisation et leurs confrontations, en même temps que je réintroduisais une part de considération pour les subjectivités, prolongeant et complétant le travail déjà réalisé. Chacune sur un territoire, nous avons également entrepris de confronter nos recherches⁷⁷, ce qui nous a toutes deux menées à constater que cet espace de la réparation des maux du travail reste un espace largement conflictuel et contraignant, qui mène notamment à la dévaluation des corps ouvriers (Marchand et Primerano, 2019), une dimension dont je prolongerai l'analyse ici.

Conclusion de chapitre

Le corps, objet multiforme, a d'abord été occulté ou réifié pour la production, avant d'être considéré, dans les sciences sociales, comme un analyseur des rapports de pouvoir et un objet scientifique à part entière. Sur cette base, je propose de considérer les corps de ces individus diagnostiqués malades – des corps souvent ouvriers – à la lumière des catégorisations du « cancer du travail », qui seront interrogées dans leurs dimensions temporelles et spatiales puisqu'elles se reconfigurent différemment selon les espaces sociaux. De cette façon, considérer les corporéités, à travers les catégorisations du cancer du travail conçus ainsi en « *media* », permettra de questionner les rapports de domination et d'oppression et leurs

⁷⁷ Dès que j'ai eu connaissance de ses travaux, j'ai en effet pris contact avec Anne. Je venais, alors, d'achever mon projet de thèse. L'objectif de cette première rencontre avait été d'articuler nos recherches afin que chacune conserve son originalité tout en pensant un possible enrichissement mutuel. Nous avons alors réfléchi à une confrontation territoriale de nos recherches, les contextes d'emploi en Seine Saint-Denis et en Lorraine ayant été relativement différents. Nous avons depuis conservé des contacts réguliers et travaillé sur une communication commune dans le cadre du Festival international de sociologie d'Épinal en 2017, qui a débouché sur deux publications bien différentes : l'une pour le site de « journalisme scientifique » *The Conversation* (2017), l'autre pour la Nouvelle revue du travail (2019).

Chapitre 2. De l'hôpital aux associations : une enquête multi-espaces

*« Un ouvrier c'est comme un vieux pneu,
Quand y'en a un qui crève,
On l'entend même pas crever. »
(Prévert, Citroën⁷⁸)*

Dans un premier temps, ce chapitre propose un essai de genèse de l'enquête et de sa problématisation, soit la présentation du questionnement initial et de ses ajustements au contact du terrain, conformément à la méthode inductive employée. Je présenterai ensuite brièvement le territoire sur lequel cette enquête a été menée en orientant la focale sur son passé industriel. Cette contextualisation permettra d'explicitier la dimension « géographiquement située » du questionnement qui a mené à cette thèse et à l'analyse relative aux classes sociales qu'elle propose – notamment. Je procéderai ensuite à une description des (sous-)espaces de l'enquête, à travers les différentes structures qui ont accepté de m'accorder du temps pour mener des entretiens et/ou diverses observations⁷⁹. J'évoquerai, aussi, l'histoire des contacts que j'ai entretenus avec celles-ci et les potentielles attentes qui ont pu être formulées vis-à-vis de mon travail. Je proposerai ensuite, un retour réflexif sur l'enquête dans son « déroulement pratique » et sur les questions qu'elle a pu susciter concernant la nature de mon engagement, les façons de me positionner par rapport à ma recherche et aux enquêtés, de me présenter, d'accueillir les discours recueillis dans le cadre des entretiens et, finalement, de vivre l'enquête. Je terminerai ce chapitre, enfin, par l'apport de quelques précisions sur ma méthode d'enquête et l'analyse des données qu'elle m'a permis de recueillir.

⁷⁸ Cet extrait d'un poème de Jacques Prévert (*cf* annexe 2) ne prétend pas être le résumé de cette thèse. Il renvoie à un contexte historique qui trouve ses prolongements ici, dans ces atteintes du travail souvent mortelles, bien peu visibles et qui, si elles ne concernent pas uniquement les ouvriers, les affligent en premier lieu. Il fait également écho à la posture située qui est la mienne, et sur laquelle je porterai un regard réflexif dans ce chapitre.

⁷⁹ Tableaux récapitulatifs des entretiens et des observations en annexes 3 et 4.

1. Genèse de l'enquête

A. Le questionnement initial et ses ajustements

a. Les ajustements problématiques

J'ai entrepris cette thèse, initialement, avec l'objectif d'appréhender la variabilité des parcours de reconnaissance en maladie professionnelle dans les cas de cancer, pathologie spécifique pour les représentations qui lui sont généralement associées et son important temps de latence. J'avais, pour cela, soulevé les effets potentiels de variables classiques – qui sont aussi des rapports sociaux – (âge, sexe, milieu social) et plus spécifiques, parmi lesquelles des trajectoires (trajectoire médicale, éventuellement associative ou syndicale), l'identification pathologique, soit le type de cancer diagnostiqué, et des constructions (rapport au travail, à l'employeur et au risque) prises à la fois dans un contexte social et une/des profession/s particulière/s. Cette interrogation, cependant, a connu un certain glissement. « L'investissement » du terrain, en compagnie du médecin du centre de consultations de pathologies professionnelles qui m'a encadrée, a participé à initier un premier déplacement. En consultations, par exemple, ma recherche était présentée aux malades comme « l'étude des obstacles à la reconnaissance en maladie professionnelle des cancers ». Cette orientation « de terrain » dans laquelle je me suis immergée pendant plusieurs mois a probablement participé au développement d'une approche alors insuffisamment théorisée. Parallèlement, j'ai abordé le terrain dans un premier temps à travers le filtre institutionnel de la catégorie de cancer professionnel. En lisant le terrain *via* son propre langage, je m'exposais à une distance critique qui avait toutes les chances d'être insuffisante. Les « détours » imprévus du terrain, sa sortie progressive puis l'amorce de la rédaction ont permis un recadrage théorique sur la question de la catégorisation : le « cancer du travail » n'est pas uniquement une (sous-)catégorie médico-légale, il s'agit bien d'une notion qui possède une histoire médicale et politique (syndicale et législative) et qui suscite différentes acceptions. L'émergence de la préoccupation médicale, sociale et politique pour les effets de l'activité sur les corps doit donc être située historiquement *via* l'analyse des outils et des savoirs médicaux progressivement constitués. Il s'agissait ensuite, en écho, d'analyser comment les différents acteurs s'emparent de cette catégorie institutionnalisée pour tenter de la retravailler en fonction de leur propre définition du « cancer du travail » et des enjeux politiques qui la traversent et, en retour, d'appréhender comment les acteurs, en premier lieu les malades et leurs corps, étaient retravaillés par elle. Conserver le prisme de la catégorie institutionnalisée prend ici tout son sens car c'est dans la définition de ses limites que se dessine, pour celui qui les

décrit, ce qu'est un « cancer du travail ». Ainsi, l'étude de la catégorie et de ce qu'elle n'inclut pas, de ce qu'elle produit ou ne produit pas, est au cœur de ce travail.

b. Les ajustements méthodologiques

Mon choix méthodologique premier était celui de l'interrogation de malades dont les démarches ne se trouvaient pas encore « véritablement » initiées. Je devais en effet constituer un groupe de malades rencontrés initialement dans le cadre d'une consultation dans le service de pathologies professionnelles (CCPP) et suffisamment diversifié (type de cancer ; âge ; genre ; profession) pour le suivre dans le déroulement de la procédure de catégorisation institutionnelle : il s'agissait alors de « vivre à côté » tout en contextualisant les parcours par la rencontre des acteurs impliqués dans la reconnaissance (médecins, agents de la caisse, acteurs associatifs et syndicaux). Cependant, le terrain portait ses limites : de nombreuses annulations de consultation, des cas dont l'étiologie professionnelle s'avérait peu probante (si ce processus d'expertise médicale était évidemment indispensable à l'étude, son application contraignait le suivi envisagé : dans ces conditions de diagnostic « négatif », le CMI n'était pas rédigé et si une déclaration en maladie professionnelle restait alors possible, il me paraissait délicat de recontacter ces personnes qui n'auraient peut-être pas bien saisi ma démarche et son indépendance vis-à-vis du centre de consultations de pathologies professionnelles et des praticiens qui leur avaient « refusé » ce document) ou encore des décès précoces, les temporalités de la maladie s'accordant mal avec les temporalités institutionnelles (et de la recherche). Compensation peut-être à ces limites, le terrain a également offert certaines ouvertures, qui m'ont permis d'affiner mon regard sur ces espaces que parcourent plus ou moins directement les malades : l'accès au C2RMP m'a été ouvert par les médecins du centre de consultations de pathologies professionnelles, celui de la caisse par les recommandations de l'un des membres du C2RMP et certains congrès associatifs, enfin, par les invitations répétées et bienveillantes d'une association locale.

Les malades rencontrés *via* les associations se situaient rarement en début de parcours, sortant ainsi de ce projet de suivi au long cours. Pour autant, c'est cette diversité des approches qui s'est avérée stimulante pour l'analyse : les parcours dépassant pour certains la seule durée d'une thèse, cette méthode a permis d'intégrer malgré tout le facteur temporel. D'un côté, donc, des malades en tout début de parcours avec, parfois, les premières interrogations qui font suite à l'annonce d'un lien probable entre la maladie et des conditions de travail, et qui croiseront peut-être, plus tard, la route des associations. De l'autre, des malades déjà bien ancrés dans les associations et dont la maladie a parfois été reconnue quelques années en arrière, d'autres en

cours de procédure auprès de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou déjà dans l'espace judiciaire. Cette approche permettait ainsi de croiser les variables plus ou moins spécifiques que sont la profession, l'âge (/la génération), le genre, le type de cancer et d'exposition, le vécu de la maladie, avec le moment « Y » d'une trajectoire de catégorisation. Dans cet effort de contextualisation des parcours avec l'interrogation des acteurs périphériques de la reconnaissance, la question délicate des employeurs s'est progressivement posée : devaient-ils être considérés comme des acteurs de la catégorisation ? Ils possèdent en effet la capacité d'influer sur les parcours de reconnaissance en contestant les décisions institutionnelles (et, en amont, en masquant les risques auxquels sont exposés les salariés – notamment : Thébaud-Mony, 2014). Cependant, ils s'en trouvent ainsi confrontés aux salariés, pris dans cette même logique de catégorisation qui suppose, dans l'espace décisionnel de la caisse, la définition et l'attribution de responsabilités entre deux parties mises en opposition et détentrices de ressources inégales. Il s'agissait alors de donner la parole aux « dominés » de cette relation : l'oppression se saisit par le bas (Claude-Mathieu, 1991). J'ai donc cherché à tirer des fils à partir du groupe central des malades pour circuler ensuite entre les espaces. Cette approche multi-espaces permettait la mise en avant des enjeux qui entourent la catégorisation et qui mobilise dans son application de nombreux acteurs, différents types de savoir, des stratégies et des temporalités et cristallise des rapports de force, soit une forme d'oppression multi-niveaux, à la croisée des pouvoirs capitalistes et médicaux et des résistances individuelles et collectives.

Cette approche est une version modeste du modèle méthodologique préconisé par Jack Katz⁸⁰. En effet, ce sociologue américain propose une modélisation qui prend en compte les structures, le système de pouvoir politique, économique, *etc.*, sans « sacrifier » les personnes, parfois diluées dans des considérations théoriques et une approche macro excessivement surplombante. Pour lui, il s'agit bien plutôt de mettre au jour les imbrications entre les acteurs et entre les espaces, de multiplier les scènes d'analyse, d'étudier la situation et ce qui la transcende, par le biais du corps qui, par nature, transcende toutes les situations que la personne vit. Ainsi donc, trois perspectives : l'étude de l'aspect interactionnel ; de la *praxis* ou de l'aspect pratique (qui renvoie aux stratégies mobilisées, réponse à des jeux de pouvoir), et le sens transcendant du

⁸⁰ En ligne : <http://www.laviedesidees.fr/L-ethnographie-en-trois-dimensions.html>

moment (l'intégration de l'événement dans une biographie, une histoire individuelle), au croisement, donc, des temporalités :

« Ce faisant, Jack Katz développe une sociologie à certains égards “post-interactionniste”, qui fait subir à cette tradition des élargissements décisifs. Il introduit en effet des dimensions qui dépassent nettement l'ici et maintenant de l'interaction et questionne celle-ci dans toute son épaisseur normative : en faisant place au corps, aux sens et à l'expérience vécue en première personne, il ouvre aussi tout naturellement l'enquête à une temporalité plus ample, qu'elle soit individuelle (biographies), organisationnelle ou historique. » (Bidet, Gayet-Viaud et Le Mener, 2013)

Ici, le terrain a été abordé par le « cancer du travail » (supposé ou reconnu institutionnellement, donc) en tant que processus plutôt que point de rupture et a laissé place à une analyse inductive. Au cœur de l'étude, la personne malade, que nous avons tenté de situer dans ses interactions (quels sont les acteurs qui influencent la mise en catégorie ? avec quelles stratégies – reflétant quels rapports de pouvoir ?), sa formulation de sens (que vient signifier souffrir d'un « cancer du travail » ? quels échos biographiques, et quelles identifications, cette catégorie peut-elle susciter ?) et son vécu corporel (comment le rapport au corps, le vécu de la maladie, pèsent-ils sur son appréhension en tant que « maladie du travail », voire de préjudice ?). Il s'agissait ensuite de dérouler ces éléments et de les mettre en perspective avec les logiques inhérentes aux autres espaces, impossibles à appréhender dans leur complexité sans porter un regard sur les dimensions organisationnelles et historiques qui structurent la catégorie institutionnalisée. La dimension territoriale n'était pas non plus à négliger. Le choix de la Lorraine comme terrain d'enquête se justifie ainsi en regard d'un contexte géographique et d'une histoire spécifiques.

B. Le(s) territoire(s) de l'enquête : une enquête située

Comme peu d'autres régions françaises, la Lorraine a connu une longue période industrielle qui, selon les mots du Pr Husson, géographe, « s'inscrit dans la mémoire des sols et des Hommes »⁸¹. Au-delà des sites industriels et de leurs pollutions, au-delà d'une large adhésion au courant communiste et des luttes sociales qui ont accompagné le déclin de l'industrie locale dès les années 1970, ce sont les corps qui ont été durablement marqués : cette « parenthèse »⁸²

⁸¹ À l'occasion d'une journée de formation doctorale, le 18 mars 2016.

⁸² Dont on ne pourrait dire qu'elle soit véritablement close. En effet, selon Pascal Raggi : « La Lorraine est encore identifiée comme une région “industrielle” où le tertiaire représente [en 2006] plus de 7 emplois sur 10 ! En 2010, l'industrie y représente 18,5 % de l'emploi. » (Raggi, 2013, p.25)

a été incorporée, survivant ainsi parfois aux usines. La Lorraine a longtemps été associée aux mines et à la sidérurgie, un travail du fer, de l'acier et du charbon débuté à l'orée du XIII^e siècle, que l'on retrouve symbolisé jusque dans les blasons de certaines villes⁸³ :

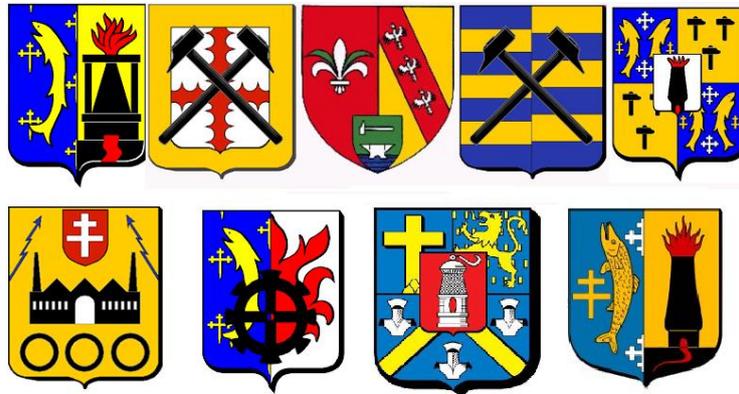


Figure 1. Blasons de villes lorraines⁸⁴

On peut distinguer différents symboles (par ordre d'apparition, de gauche à droite) : le haut-fourneau ; des marteaux, qui symbolisent les forges et la métallurgie ; une usine, qui renvoie à une fonderie locale bien connue et des anneaux, symboles d'une usine de fabrication de tubes industriels ; des flammes, qui représentent la sidérurgie, ou encore une lampe de mineur. D'autres blasons, non présentés ici, font également figurer des puits de mine (chevalements), la Sainte-Barbe (sainte patronne des mineurs), ou encore des creusets de fonderie. Si ces informations restent partielles sans l'histoire de ces blasons, ceux-ci témoignent néanmoins du passé industriel de ce territoire, dont certains acteurs ont souhaité l'intégration, à une époque et dans un contexte sociopolitique donnés, dans la symbolique locale.

⁸³ La Lorraine connaît toutefois d'autres sites industriels remarquables : Bataville, la « cité de la chaussure », la cartonnerie de Forbach, la faïencerie de Niderviller, la fonderie de cloches de Robecourt, les salines de Dieuze ou encore la scierie de la Hallière.

Bataville fait par ailleurs l'objet d'une recherche pluridisciplinaire en cours localement (« Bataville, un laboratoire pour comprendre les mutations économiques, industrielles, environnementales et sociales d'un territoire »). Elle a également suscité un film : « Bienvenue à Bataville » produit par François Caillat, sorti le 19 novembre 2008.

En ligne : <http://cper-ariane.univ-lorraine.fr/project/bataville-un-laboratoire-pour-comprendre-les-mutations-economiques-industrielles-environnementales-et-sociales-dun-territoire-batalab/>

En ligne : http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/18470_0

⁸⁴ De gauche à droite et de haut en bas : Longlaville (54) ; Seremange-Erzange (57) ; Neuves-Maisons (54) ; Uckange (57) ; Saulnes (54) ; Blénod-lès-Pont-à-Mousson (54) ; Réhon (54) ; Creutzwald (57) ; Villerupt (54).

En ligne : <https://herald-dick-magazine.blogspot.com/2012/12/geo-heraldique-08-la.html?showComment=1564467600436#c3609542841721990904>

En ligne : <http://www.genealogie-bisval.net/index2.html>

Le territoire lorrain s’inscrit donc dans une double exploitation du fer et du charbon (de la houille) concentrée pour l’essentiel dans ce que l’on nomme toujours volontiers le « Pays-Haut ». Le « Pays-Haut », c’est cette « “Lorraine du Nord”⁸⁵ qui a fourni pendant trois quarts de siècle les deux tiers de l’acier français, 90% de son minerai de fer, et une partie de son charbon, véritable “ghetto du travail”, haut lieu de l’immigration étrangère, dont la population active est ouvrière à 70% et qui est progressivement devenue après la deuxième guerre mondiale un bastion du parti communiste. » (Charrasse et Noirielle, 1986, p.15)⁸⁶ :

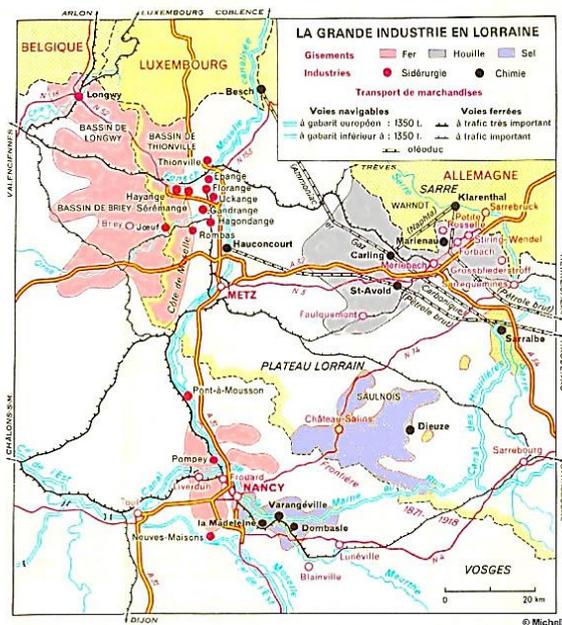


Figure 2. « La grande industrie en Lorraine »⁸⁷

⁸⁵ Par opposition à une « “Lorraine du Sud” surtout rurale et tertiaire [...] dont la population est en grande partie d’origine locale, politiquement de droite. » (Charrasse et Noirielle, 1986, p.15)

⁸⁶ Toutefois, une lecture appuyant l’idée d’une « Lorraine du Nord » homogène nécessite d’être un peu nuancée. En effet, le bassin de Longwy, « lieu, dans les années 50, de la plus forte concentration sidérurgique du monde » (Tornatore, 2005, p.110), a connu une « forte composante italienne », CGT et PCF, et a développé de fortes résistances à l’arrêt fulgurant de ses installations. Quant à elle, « la vallée de la Fensch, pourtant toute proche, s’inscrit bien plutôt dans “l’héritage de la social-démocratie et du catholicisme social allemands [Bonnet, 1972 ; Gehring et Saint-Dizier, 1986]” ; une population cosmopolite d’origine rurale et une capacité d’action ouvrière plus contrainte par le paternalisme wendelien dont un des effets notables a été de freiner le développement des organisations syndicales » (Tornatore, 2004, p.683). On perçoit ici l’hétérogénéité de ce à quoi renvoie « l’ouvrier » en tant qu’entité culturelle, ainsi plus pertinent à penser dans le cadre d’un rapport social, ce que je tacherai de faire dans cette thèse.

⁸⁷ <https://herald-dick-magazine.blogspot.com/2012/12/geo-heraldique-08-la.html?showComment=1564467600436#c3609542841721990904>

Dans mon enquête, les sites sont plus dispersés, moins concentrés dans cette Lorraine du Nord, donnant notamment une place à des sites vosgiens de secteurs industriels différents (du textile notamment), de moindre envergure et pour certains plus récents⁸⁸.

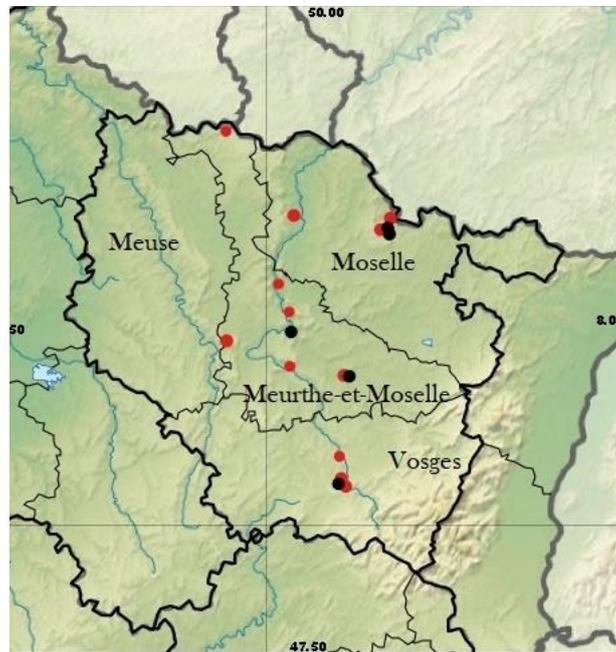


Figure 3. Les sites de l'enquête

Sont donc représentés ici en rouge les gros sites industriels dans lesquels ont travaillé mes enquêtés, en noir les structures (CCPP, associations) que j'ai côtoyées, leur proximité spatiale avec certains sites industriels apparaissant ici nettement (cf chapitre 5). Il s'agit ici de forges, d'usines sidérurgiques, des mines, de sites de la chimie, d'une usine de pneumatiques, d'une autre de fabrication de chaudières ou de semi-remorques, d'une filature. Certains sont toujours en activité, d'autres non⁸⁹.

La Lorraine offrait donc un territoire marqué par une longue histoire industrielle tout en restant relativement diversifié, permettant une analyse fine de ce qui se joue pour les travailleurs malades en regard de leurs inscriptions territoriales et professionnelles.

⁸⁸ Le secteur agricole, non représenté ici mais bien présent dans certaines zones de la région, est également concerné par des expositions à des cancérogènes susceptibles de provoquer notamment des leucémies.

⁸⁹ C'est le cas notamment des plus gros sites sidérurgiques et miniers : « la "dernière coulée" du haut fourneau de l'usine d'Uckange a eu lieu en décembre 1991, la cérémonie de fermeture de la dernière mine de Lorraine en 2004 à la suite du pacte charbonnier établi dans les années 1990 (Tornatore, 2005) », signant la disparition de sites emblématiques, remplacés par une « sidérurgie aux effectifs réduits et aux productions de haute technicité. » (Raggi, 2013, p.23)

C. Rendre la recherche réalisable : l'entrée sur le terrain

L'élaboration de ce projet a été tâtonnante. Nous avons sollicité des associations de victimes – groupements locaux de la FNATH et de l'ANDEVA – ainsi que le centre de consultations de pathologies professionnelles lorrain – toujours par mails. Si toutes les associations n'ont pas répondu à mes sollicitations répétées, le centre de consultations de pathologies professionnelles a accueilli favorablement, après un petit temps de latence, cette recherche qu'il a, *via* ses praticiens, parfois même investie d'attentes pratiques, organisationnelles (comment « mieux faire fonctionner le service ») ou communicationnelles, relative à la relation médecin-patient (ajuster la communication avec le malade pour éviter les incompréhensions liées à la démarche). Là, pourtant, ne résidait pas l'objectif de ce travail, mais il est classique, pour le chercheur, de susciter des attentes déconnectées de son travail réel, tant chacun des acteurs peut y voir l'opportunité d'une expertise compatible avec, et surtout utile à, sa pratique (Fainzang, 2013). Cette posture, finalement, peut se révéler frustrante, plus encore par l'impossibilité de répondre à ces attentes que par la mécompréhension de la nature même de notre travail ; une posture délicate qui perdure tout au long de la recherche et s'étend jusqu'au retour aux acteurs. Cette question, posée en termes de confiance et de dette⁹⁰, n'a cessé (banalement) de parcourir ce travail.

Mes travaux de Master n'ayant pas porté sur cette question mais d'autres problématiques de santé, je ne disposais alors d'aucun contact. J'ai donc consacré une année, à la sortie de mon second Master 2, à la construction théorique et « pratique » de ce projet de thèse. Je l'ai mise à profit pour effectuer les contacts précédemment mentionnés et réaliser quelques entretiens exploratoires, amorce d'une démarche itérative, avec les acteurs associatifs qui ont répondu favorablement à mes sollicitations. J'ai, enfin, rencontré la praticienne du centre de consultations de pathologies professionnelles vers laquelle le chef de service de l'époque nous avait renvoyés. Ces contacts dans ces deux espaces différents, ont constitué les fondations de mon accès au terrain, en même temps qu'un socle à ma réflexion.

⁹⁰ Parfois adoucie, bien heureusement, par les aveux, au cours ou à la fin d'un entretien, du soulagement qu'ils ont pu trouver dans la discussion et le récit de ces moments difficiles, de leur quotidien, de ce qu'ils sont et ont été.

2. Les espaces de l'enquête : penser l'imbrication des catégorisations

Afin de rendre compte au mieux de cet univers complexe qu'est la maladie – ici le cancer – du travail, j'ai cherché à investir les différents espaces qui la composent et participent à la définir – un panorama qui est resté non exhaustif, les employeurs et certaines instances institutionnelles n'ayant pas été « investiguées ». La démarche retenue pour mener cette étude a donc été une forme d'ethnographie multidimensionnelle, multi-niveaux et multisituée. Face à cet objectif, j'ai tenté de superposer à une navigation entre les espaces une navigation entre les niveaux de lecture : micro, méso et macro. Il s'agissait d'analyser des parcours, pris dans des interactions, des logiques d'action et des jeux d'acteurs, mais aussi des contextes « globaux », organisationnels, comme autant d'éléments qui structurent des rapports de force, soit un enchâssement, finalement, à l'image des poupées russes ; les petites histoires de ces individus abîmés au contact de « la grande histoire », et ce qu'elles se font.

A. Les structures institutionnelles

a. Le centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP)

Mon enquête a donc débuté par une « immersion » dans le service de pathologies professionnelles lorrain. Une trentaine au niveau national, les centres de consultations de pathologies professionnelles sont régulièrement implantés dans les CHU et sont financés⁹¹ par la tarification à l'activité ; les hôpitaux, *via* l'enveloppe qui leur est allouée par le Ministère de la santé au titre de « mission d'intérêt général » (10 % du budget national des hôpitaux) ainsi que l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) au travers du RNV3P⁹². Ils ont pour principales missions de réaliser des diagnostics étiologiques⁹³ ainsi que de formuler des avis d'aptitude. Ils exercent, en ce sens, en appui aux médecins traitants et aux médecins du travail. Cette structure, si elle a permis la mise en lien avec les malades, premier objet de ma recherche, méritait également d'être étudiée pour elle-même.

⁹¹ Selon des données de 2009.

En ligne : <http://www.sante-et-travail.fr/repere-46>

⁹² Outre l'Afsset, le RNV3P est également financé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) (Bonneterre et al., 2008).

⁹³ Entre 2010 et 2015, 54 % des consultations effectuées en centre de consultations de pathologies professionnelles ont concerné « l'aide au diagnostic de maladies professionnelles » pour 25 000 à 30 000 consultations annuelles (brochure ANSES, 2016).

Les consultations et l'enjeu de l'information

J'y ai assisté à une vingtaine de consultations de malades, le plus souvent adressés par un autre professionnel médical (spécialiste, généraliste ou médecin du travail) lorsque l'étiologie de leur maladie pose, à un moment donné, question. Par cette consultation, il s'agit de retracer le parcours professionnel de la personne, ses antécédents médicaux et facteurs de risques privés, afin de déterminer si une exposition professionnelle est suffisamment manifeste pour prétendre à une déclaration en maladie professionnelle auprès de la caisse d'Assurance maladie. Aussi, il n'est pas question dans ce cadre uniquement de considérations médicales, de données scientifiques par ailleurs probabilistes, mais bien également d'administratif, de la capacité d'un dossier à entrer dans les cases de la Sécurité sociale (sa « *déclarabilité* ») : on touche ici à la nature hybride de cette catégorie médico-légale que nous expliciterons dans le chapitre suivant. Les consultations, en général, sont plutôt longues, et durent en moyenne entre quarante-cinq minutes et une heure. À la fin de l'une d'elles, un malade s'exclamera : « *ah non, on ne recommence pas hein ! C'est plus difficile qu'une partie de pétanque !* »⁹⁴.

Observer ces consultations, c'était également observer un moment, une étape, dans la déclaration en maladie professionnelle – pour ceux, bien sûr, qui obtiendront le certificat médical nécessaire à leur dossier, et qui décideront, ou seront en capacité, de le transmettre à la Sécurité sociale. Ainsi, un certain nombre de patients, malgré l'obtention de ce document qui autorise l'accès à la déclaration, ne concrétiserait jamais les démarches de reconnaissance de leur cancer en « maladie professionnelle ». Il s'agit là d'une question centrale, évoquée par les médecins du centre de consultations de pathologies professionnelles eux-mêmes mais à laquelle ce travail ne pourra malheureusement apporter des réponses au vu de la difficulté rencontrée à recontacter certains malades à la suite de leur passage dans le service. Pour les professionnels, l'enjeu se situe autour de la « bonne information »⁹⁵ : les malades sont, pour la très grande majorité, soit renvoyés vers le centre de consultations de pathologies professionnelles par un

⁹⁴ Il s'agit de Monsieur G., 84 ans à la date de la consultation, atteint d'un cancer bronchique. Ayant connu une carrière d'imprimeur, son médecin l'a renvoyé au CCPP pour une suspicion d'exposition au plomb. Si c'est son fils qui l'a aidé à remplir le document retraçant sa carrière professionnelle demandée par le CCPP, c'est sa fille qui l'accompagne à cette occasion, supposant une répartition genrée classique : le fils prend en charge la dimension professionnelle et technique de la démarche, tandis que la fille accompagne dans la sphère hospitalière. Toutefois, en l'absence de connaissances des contraintes matérielles de chacun, cela reste évidemment au rang d'hypothèse.

⁹⁵ Cette tendance à percevoir l'information (et « l'éducation ») comme réponse aux enjeux sanitaires est également soulignée par Thomas Depecker notamment, dans un article relatif aux rapports entretenus à la diététique et aux messages de santé publique nutritionnels et à ce qu'ils expriment en termes de culture somatique (Depecker, 2010).

médecin, soit « saisis » par un dispositif de repérage systématique mis en place par le service, ils ont alors rarement connaissance du lien potentiel entre leur maladie et leur carrière professionnelle, ni même de l'existence de cette catégorie, dans ses versants médical (la possibilité d'être « malade de son travail ») et institutionnel (le droit de maladie professionnelle) lorsqu'ils arrivent en consultation. Il s'agit alors, pour le médecin du centre de consultations de pathologies professionnelles d'explicitier ce lien, de présenter, donc, la probabilité d'une étiologie professionnelle pour le cancer dont est atteint leur patient, mais aussi de présenter les démarches administratives qui les attendent, voire les enjeux, individuels et collectifs, inhérents à l'aboutissement de celles-ci. Cependant, la « bonne information » n'est toujours qu'une variable parmi d'autres, une capacité d'agir partielle – bien qu'indispensable. Poser la problématique – uniquement – en ces termes, c'est omettre tout ce qu'est l'individu en-dehors de la sphère médicale, c'est le réduire à un « *homo medicus* »⁹⁶, et c'est postuler le rôle central et unique de l'interaction, d'autant plus agissante qu'elle serait portée par la parole médicale. L'intérêt de cette recherche réside donc, notamment, dans l'éclairage de ce qui peut se jouer, au niveau des individus – en résonance avec le social – dans leurs inscriptions sociales (le milieu social mais aussi les réseaux de sociabilité) et professionnelles, leurs assignations ethniques et de genre, leur âge et appartenance générationnelle, mises en écho avec leurs expériences, pour venir contraindre – ou favoriser – l'accès à cette catégorie de maladie professionnelle. Si l'ensemble des récits que j'ai recueillis concerne des démarches en cours ou abouties, les réticences exprimées, à un moment donné, par les malades, peuvent venir éclairer, en négatif, les raisons de cette absence de « donné suite » (ou d'abandon précoce, ce terme d'abandon renvoyant à une certaine conscience des enjeux inhérents à la démarche : la « non-concrétisation » relève alors d'un arbitrage, qui n'exclut certes pas la contrainte, mais qui diffère de la seule explication en terme d'insuffisance d'informations).

J'ai donc suivi les consultations de deux des trois médecins (deux docteurs) dits « séniors » du service, très fréquemment accompagnés d'internes. Ma présence, alors, bien que spécifique par mon absence de blouse, marqueur d'une appartenance au corps médical, ne semblait pas « alourdir » la consultation, pour le malade, déjà soumis à plusieurs paires d'yeux et

⁹⁶ Or, comme l'écrit Sylvie Fainzang, « les choix des individus ne sont pas réductibles à la rationalité médicale. » (Fainzang, 2005, p.25).

d'oreilles – une multiplicité consentie⁹⁷. Placée sur le côté d'un bureau où se joue le face à face du « colloque médical », aux côtés de l'interne, ma présence avait tendance à s'effacer. Parfois même, si le malade – souvent des hommes – sollicitait du regard l'interne – souvent des hommes également – je ne faisais l'objet d'aucune considération : le regard du malade sautait directement du médecin – pourtant une femme – à l'interne, sans passer par moi, ma présence était alors niée, potentiellement insatisfaisante en termes de légitimité, ou de capacité à comprendre tout le versant technique des récits professionnels.

Aussi, assister à ces consultations est apparu comme un outil méthodologique permettant de saisir en partie les interactions entre médecin et malade qui se jouaient dans cet espace. J'ai pu noter la façon dont les objectifs de cette consultation atypique⁹⁸ leur étaient présentés – avec, notamment, les arguments développés en faveur de la déclaration mais aussi les informations données, dont on sait qu'elles peuvent être, quantitativement mais aussi qualitativement, conditionnées au milieu social du malade (Fainzang, 2006). Assister à ces consultations permettait également d'appréhender les données et les savoirs sur lesquels se fondent l'expertise médical dans ce contexte spécifique, et les arbitrages qui précèdent la formulation d'encouragements à amorcer une démarche de déclaration, ou non. Côté patients, il s'agissait d'analyser, dans leurs discours, les manières dont on parle du travail, de ce que l'on perçoit comme risque, ou pas, et de leur rapport, enfin, à une « maladie du travail » supposée par la consultation : s'approprient-ils cette définition, à un instant « t » ? Ainsi, revoir les patients après leur consultation a constitué l'objectif premier afin d'appréhender les effets temporels et de la confrontation aux institutions notamment, ce qui a pu être effectivement le cas pour une partie d'entre eux seulement. Ce suivi, nous l'avons évoqué, a été contraint par les temporalités médicales – les temps de la maladie et du soin – et administratives.

⁹⁷ Si l'on connaît les limites du consentement dans ce cadre interactionnel contraignant, pris notamment dans des rapports de force inégaux, ma présence pendant la consultation a toujours été conditionnée – tout comme celle de l'interne - évidemment, à l'autorisation du patient.

⁹⁸ Elle est, ainsi, difficilement saisie par les malades. Monsieur G., précédemment cité, exprime bien cette relative incompréhension. Alors que le docteur Harol l'invite à « expliquer en détail » ce qu'il a fait au cours de sa carrière professionnelle, celui-ci répond naturellement : « *ben, imprimeur* ». Le docteur Harol, le réoriente alors : « *oui mais quels sont les produits que vous utilisez ? Essayez de me décrire une journée standard.* ».

Les réunions d'équipe : un moment collectif de catégorisation

J'ai également pu participer, en posture d'observation, à plusieurs réunions d'équipe. Celles-ci sont des moments d'expertise collective : il s'agit de discuter, internes et titulaires réunis, des dossiers constitués par chacun et de poser un verdict collectif à la probabilité du caractère professionnel des atteintes des patients rencontrés en consultation. Toutes, cependant, font l'objet d'une codification transmise ensuite au Réseau national (le RNV3P) visant à répertorier la pathologie étudiée, ses « co-morbidités » (selon la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dans sa 10^{ème} édition : le code CIM-10), la « nuisance principale » et, le cas échéant, des co-nuisances (une à quatre, relevant du code CNAM⁹⁹) appréciées selon leur degré d'imputabilité (faible, moyen ou fort) vis-à-vis de la pathologie expertisée, la profession (code CITP-88¹⁰⁰) et la branche professionnelle (code NAF-93¹⁰¹) (Bonneterre et *al.*, 2008). Cet espace permettait la continuité de l'analyse des données sur lesquelles se fondent l'expertise médicale et l'arbitrage final relatif à la « déclarabilité » au sein de cet espace spécifique, à l'issue d'un processus pouvant mêler débats et négociations. Il s'agissait, finalement, d'étudier le premier moment de catégorisation institutionnelle, un premier classement qui autorise, pour le malade, l'entrée dans l'espace de la caisse (*cf* chapitre 4).

b. Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP)

Après un court temps d'immersion dans le centre de consultations de pathologies professionnelles, le chef de service de l'époque s'est attaché à m'ouvrir les portes du C2RMP au sein duquel il siégeait. Ce nouvel espace d'expertise médicale représentait l'opportunité de poursuivre l'analyse des mécanismes de catégorisation dans leur versant médical. Aussi, les spécialités des médecins y siégeant étant toutes spécifiques : au nombre de trois, on y trouve le médecin inspecteur régional du travail (MIRT), un professeur d'université-praticien hospitalier ainsi que le médecin conseil régional de l'assurance maladie (*cf* chapitre 3), il s'agissait de porter le regard sur la posture de chacun de ses membres, et sur les éventuels rapports de force qui pouvaient s'y déployer. De manière moins interactionnelle, investir cet espace permettait d'appréhender les outils d'expertise et les types de savoirs mobilisés dans leur éventuelle

⁹⁹ Il s'agit du code national utilisé par la Caisse nationale d'Assurance maladie en vue de la classification des nuisances professionnelles.

¹⁰⁰ Il s'agit de la classification internationale des professions proposée par l'Organisation Internationale du Travail.

¹⁰¹ Le code NAF est la nomenclature d'activités françaises de l'INSEE classant les activités professionnelles, « 93 » renvoyant à l'année de sa conception.

spécificité relativement aux autres espaces de catégorisation. Cet espace m'a été ouvert après quelques négociations, des réticences ayant été exprimées par un membre du comité. Un certain flou persiste autour de cette défiance initiale : était-elle plutôt le fait de la médecin inspectrice du travail ou bien du médecin de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) ? Je n'ai malheureusement pas pu accéder à l'échange de mails relatif à ma venue, mais selon la praticienne du centre de consultations de pathologies professionnelles, ce désaccord relève de « tensions historiques » entre le directeur du service – qui siège au C2RMP – et la médecin inspectrice du travail, pour des oppositions de vision et de pratiques médicales (plus ou moins tournées vers le terrain : on touche déjà ici à toute l'hétérogénéité de l'espace médical, que nous aborderons plus en détails dans le chapitre 4). Ma présence a finalement été acceptée, sous la condition d'un strict respect du secret médical – dûment respecté les trois premières fois, puis finalement négligé à mon retour, quelques mois plus tard. Cet impératif, dont on pourrait questionner le sens (strict respect d'un code déontologique ou délimitation corporatiste ? – sorte de frontière entre le « corps médical » et « les autres »), n'a d'ailleurs pas été respecté au sein des autres espaces (hôpital – associations), exception faite de la caisse, pour laquelle le médecin-conseil régional chef n'a pas manqué de me rappeler les conditions posées à l'observation des séances de C2RMP, à savoir qu' « *aucun dossier nominatif ne pouvait être évoqué en [ma] présence en raison du secret médical mais que seul les délibérations anonymes et le mode opératoire du comité pouvait être discutés* ».

Les C2RMP se déroulent dans les locaux de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) – la CARSAT en effet, tient un rôle important dans la gestion des AT/MP : c'est à elle que revient le calcul des taux de cotisation qui incombent aux entreprises. Les C2RMP se tiennent généralement en présence de trois membres, mais il arrive parfois que seuls deux d'entre eux soient présents pour expertiser les dossiers. Une agent de la CARSAT y participe également afin d'en assurer le secrétariat. Les membres, enfin, bénéficient de l'avis écrit d'un.e ergonomiste ou de l'ingénierie conseil selon le type de pathologie concernée.

c. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

L'entretien réalisé avec le médecin-conseil régional chef (qui siège au C2RMP) m'a permise, par ricochet, d'accéder à la caisse. Se gardant de me renvoyer vers des professionnels pré-sélectionnés afin de ne pas « s'immiscer dans la gestion interne de la CPAM et [m']orienter directement vers une personne sur laquelle [il n'a] pas d'autorité hiérarchique », il m'a fourni le contact de sa directrice (de hiérarchie à hiérarchie, donc...) qui, elle-même, m'a redirigée vers la responsable des risques professionnels (des ricochets étonnamment aisés, et concluants).

Celle-ci s'est alors attelée à m'organiser une demi-journée de « découverte de la caisse » : débutée par un entretien avec les enquêteurs AT/MP, j'ai ensuite rencontré – dans une discussion qui ressemblait fortement à une formation technique – une « référente spécialisée dans la reconnaissance des maladies professionnelles » pour finir par un « entretien avec l'encadrement des Risques Professionnels » (c'est ainsi qu'elle l'a présenté). J'ai, la semaine qui suit, rencontré la responsable des médecins-conseil de l'échelon local qui a exprimé clairement un objectif de formation technique. Elle ne souhaite pas que la discussion soit enregistrée, me questionne, analyse mon travail, l'évalue et me fournit un document à lire pour me préparer à une discussion avec un médecin-conseil, programmée pour la semaine suivante – une recommandation exprimée en ces termes : « *surtout, lisez bien ça ou vous ne pigerez rien* ». Les rapports noués sont alors très différents, distanciés et paraissent révéler le sentiment d'une nette supériorité de l'expertise sur la question des cancers professionnels.

Cet espace a donc été modérément investi. S'il m'a permis d'accéder à des discours sur les pratiques et à l'expression de rapports hiérarchiques, l'observation de ces mêmes pratiques est clairement manquante : les pratiques d'expertise et de catégorisation « en actes » – et non en mots –, les cas de conscience posés par certains dossiers, les éventuelles négociations, n'ont ainsi pas pu être appréhendées.

B. Les structures associatives et syndicales

Les associations, si elles me sont prioritairement apparues comme un moyen d'accéder à des malades et aux récits qu'ils pouvaient construire de leur parcours, se sont rapidement imposées comme un objet d'étude en elles-mêmes. Par « le haut » ou par « le bas », ces structures d'aide aux victimes jouent fortement sur l'accès à la catégorie, un rôle partagé par certains syndicats. Les profils des malades (spécifiques relativement aux malades rencontrés *via* le centre de consultations de pathologies professionnelles ?) et des « aidants » (bénévoles ou professionnels ?), une éventuelle sélectivité dans l'aide apportée, des pratiques de « catégorisation des légitimes », sont apparus comme des enjeux pour l'analyse.

J'ai donc eu contact, en Lorraine, avec un groupement local de la FNATH, deux groupements locaux de l'ANDEVA ainsi qu'un groupement ex-ANDEVA, rattaché à une autre association nationale (la CAVAM) à la suite d'un mouvement de contestation interne de grande ampleur. Il s'agit là uniquement d'une partie des associations présentes sur le territoire lorrain, les autres n'ayant pas donné suite à mes contacts répétés. J'ai également été accueillie à quelques reprises dans le groupement de l'ANDEVA présenté comme le plus important de France, en Loire-Atlantique. Enfin, j'ai eu contact avec un (unique) syndicaliste sur le sol lorrain, figure

localement et nationalement emblématique de la lutte contre les atteintes du travail. Je n'ai pas pu bénéficier, à cette occasion, d'une mise en contact avec des adhérents du fait d'un manque de disponibilités de leur part, leur charge de travail ayant été présentée comme trop importante.

a. La FNATH

La FNATH est la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés, créée en 1921 pour lutter contre un « manque de reconnaissance des mutilés de la Première Guerre Mondiale et des mutilés du travail »¹⁰². La dynamique de cette association, et son rôle central dans la visibilité des victimes du travail, est très bien analysée par Damien de Blic (De Blic, 2008 ; cf chapitre 6). Différents acteurs de terrain la décrivent cependant aujourd'hui comme étant « en très mauvaise posture », en déficit d'adhérents. La structure locale avec laquelle j'ai eu contact était relativement de petite taille, située dans une ville, pourtant, de plus de 100 000 habitants. Une juriste, salariée à mi-temps, ainsi qu'une secrétaire semble constituer le gros de leur équipe. Aucune attente vis-à-vis de ma recherche n'y a par ailleurs été exprimée.

b. L'ANDEVA

Créée en 1996 sous l'impulsion notamment de la FNATH, l'ANDEVA est l'association emblématique de défense des victimes de l'amiante¹⁰³. Elle regroupe, aujourd'hui encore, malgré un mouvement de désolidarisation interne d'ampleur conséquente et un appel au don compensatoire pour garantir son maintien, 28 000 adhérents. L'ANDEVA a été pensée, à l'origine, comme un organe militant¹⁰⁴, avant de se spécialiser localement dans l'aide aux victimes – reconnaissance en maladie professionnelle, indemnisation des préjudices par les tribunaux et le FIVA – la faisant glisser, pour les plus critiques, vers un statut de simple « prestataire de services » (bien que la prévention ainsi que la pression pour une sanction pénale des « responsables de la catastrophe sanitaire de l'amiante » font également parti de leurs objectifs affichés)¹⁰⁵. Certaines délégations locales se sont aujourd'hui ouvertes aux autres pathologies du travail, suscitant un débat de fond au sein des organes centraux de l'association :

¹⁰² En ligne : <https://www.fnath.org/>

¹⁰³ Emmanuel Henry a, en ce sens, « gravité « autour de cette association dans le cadre de sa thèse consacrée aux mécanismes qui ont présidé au scandale de l'amiante - soit à la constitution d'un problème public (Henry, 2000).

¹⁰⁴ La juriste salariée par l'ANDEVA évoque ainsi des missions originelles de revendication et de lobbying avant une « submersion » de dossiers, le gonflement de l'association, et une scission avec la FNATH.

¹⁰⁵ L'Andeva avait déposé, en juin 1996, en plein « scandale de l'amiante », une plainte au pénal qui n'a toujours pas abouti – et a toutes les chances, au vu du non-lieu prononcé dans différentes affaires locales.

En ligne : <http://andeva.fr/>

doit-elle, ou non, faire de sa sortie des seules maladies de l'amiante une orientation nationale ?
(cf chapitre 6)

Le « petit » groupement local de l'ANDEVA

Cette structure locale de petite taille est celle avec laquelle j'ai eu les contacts les plus réguliers. Installée en périphérie d'une ville moyenne (32 000 habitants), les permanences ont lieu une demi-journée par semaine. Elle compte un peu plus de 200 adhérents pour 7 bénévoles. Tous sont retraités, à l'exception de l'un d'entre eux. L'association a été mise sur pieds en 2008 par d'anciens ouvriers d'une usine de pneumatiques locale – pour la plupart aujourd'hui reconnus en maladie professionnelle – avec l'aide d'un syndicat interne (SUD) et du CHSCT. Les liens avec l'entreprise n'ont pas été rompus : le CE leur verse annuellement la somme de 400€, un don surprenant au regard des sanctions financières que l'association lui inflige par les reconnaissances en maladie professionnelle et leurs suites judiciaires (au total, quatre-vingt-dix dossiers de maladie professionnelle, et dix décès depuis sa fondation). L'association et son bureau se sont progressivement ouverts à d'autres salarié.e.s de deux autres grosses usines locales : l'une de fabrication de chaudières, dont le site a aujourd'hui disparu, l'autre de fabrication de papier. L'association est donc portée par d'anciens travailleurs du tissu industriel local (parmi lesquels on trouve par exemple les « L. » ou les « M. », du nom des usines auxquelles ils ont appartenu), et « recrute » ses adhérents de cette manière : il s'agit généralement d'anciens collègues, bien qu'une stratégie de communication auprès de médecins locaux tende à être mise en place. Les permanences sont donc régulièrement marquées par des exclamations de type « *qu'est-ce que tu fais là, toi ? Toi aussi ! (...) oh putain, on y est tous alors !* »¹⁰⁶, une proximité sociale qui la distingue du groupement de la FNATH précédemment évoqué.

J'y ai été prise sous l'aile de celui qui allait en devenir le président (par ailleurs bien investi dans l'espace associatif local) et élu au Conseil d'administration national, désigné (volontairement ?) pour être « mon contact au sein de l'association ». Parfois considérée comme une « petite stagiaire », l'association m'a permis de rencontrer une petite dizaine de malades ou leurs ayants-droit, d'assister à leurs permanences et assemblées générales, d'observer des procédures judiciaires (pour d'autres préjudices que les cancers toutefois), de

¹⁰⁶ Ce sont les mots de monsieur Tardy, ancien ouvrier d'une usine locale particulièrement représentée au sein de l'association, enregistrés à l'occasion d'un entretien réalisé au cours d'une permanence.

participer à des colloques nationaux ainsi qu'à un groupe de travail réunissant à Paris des présidents d'associations locales, la juriste salariée par l'association et son président. Ce rapport entretenu avec moi semble exprimer une forme de paternalisme (bienveillant) qui parcourt l'espace de la réparation des maux du travail, non sans lien avec les caractéristiques sociales majoritaires des malades concernés. Ce paternalisme se retrouve, ainsi aussi, dans leurs relations aux adhérents : l'association prend intégralement en charge les démarches, jusqu'à la rédaction des documents relatant les parcours professionnels, et son président se déplace même, parfois, à leur domicile, pour récupérer ou déposer un papier, dont l'effet pernicieux semble être une déconnexion des démarches, que certains apparenteront à une « dépossession » (cf chapitre 7).

Contactée dès le mois d'octobre 2014 afin de garantir un terrain dans le cadre de ma recherche d'un financement de thèse, je m'y rends (enfin), après quelques échanges mails, pour la première fois, en janvier 2016. J'ai poursuivi mon travail d'enquête auprès d'eux jusqu'en février 2018, date de la dernière assemblée générale que j'ai passé avec eux. S'ils m'ont fait la demande de lire mon travail une fois celui-ci terminé, leurs attentes semblent bien plus limitées que leur investissement.

Le « gros » groupement local de l'ANDEVA

Ce groupement local, constitué en 2009 en périphérie d'une ancienne ville minière sous l'impulsion d'un ancien syndicaliste CFDT de la plate-forme chimique située à proximité, regroupe plus de 800 adhérents – son ouverture à d'autres pathologies que les uniques « maladies de l'amiante », participe à expliquer ce chiffre. Les permanences se tiennent trois demi-journées par semaine. Malgré sa forte inscription dans le territoire local, ce groupement est pris dans deux importants conflits. Le premier a cours avec le syndicat CFDT des mineurs installé sur le même périmètre pour, semble-t-il, des raisons de « champ d'action », chacun accusé d'empiéter sur le territoire de l'autre¹⁰⁷. Cette dissension trouve une expression dans une double publication au sein d'un journal local. Le premier article, publié le 28 octobre

¹⁰⁷ Anne Marchand, qui les a rencontrés également, m'informerait toutefois d'une raison supplémentaire à cette dissension. Un ancien cadre des mines se présente au syndicat afin qu'on lui apporte une aide dans sa procédure de reconnaissance en maladie professionnelle. Il se trouve cependant que celui-ci a formulé, quelques années auparavant, des témoignages qui ont contraint la reconnaissance en maladie professionnelle de deux mineurs. Le syndicat conditionne alors son aide à un démenti des témoignages. Le malade refuse, et s'adresse finalement au groupement de l'ANDEVA qui, malgré l'information transmise par les membres du syndicat, accepte de soutenir sa démarche.

2014, évoque l'impossibilité toute proche, à compter de janvier 2015, pour les retraités de la chimie et le groupement local de l'ANDEVA dont il est question ici, de représenter les anciens mineurs devant les tribunaux, relevant dès lors de la compétence exclusive de la CFDT des mineurs. Le docteur Palait, conseiller médical du syndicat, annoncerait en ce sens qu'il « *ne prendra en charge les anciens des HBL¹⁰⁸ qu'à la permanence CFDT de M. contribuant ainsi à renforcer un pôle de compétence "mines" qui sera un référent pour tout l'hexagone* ». En réponse, le même journal publie deux jours plus tard un « rectificatif » au titre évocateur : « *[Nom de l'association] ne laisse pas tomber les mineurs* » qui explique que l'association continuera à prendre en charge les mineurs, que le docteur Palait n'est tenu par aucun contrat d'exclusivité et qu'il poursuivra sa mission de formation des bénévoles qui la composent ; une opposition, donc, publique sur « l'appropriation » d'un public de potentiels adhérents avec, au centre, la figure du référent médical comme caution de légitimité, incarnation du savoir-pouvoir et, en fond, ce qui s'apparente à une concurrence entre structures associatives et syndicales.

Le second conflit s'exprime avec la structure nationale, généré par une décision polémique : la demande systématique d'un pourcentage pris sur la rente touchée par les veuves aidées par l'association. Cette démarche sera qualifiée de « fonctionnement d'entreprise » par un bénévole du groupement de Loire-Atlantique, par ailleurs élu au CA, qui rappelle l'impératif de « *ne pas oublier d'où on vient* », soit une origine sociale modeste commune qui ne manque pas de questionner la pertinence d'une lecture en termes de classes sociales. D'autres accusations périphériques, enfin, telle qu'une pratique de rétention de dossiers, a également été citée par des acteurs de terrain. Cette situation conflictuelle, aussi inconfortable ait-elle pu être, a permis d'ouvrir sur des discours ayant trait à la représentation de ce que doit être la pratique associative, *a fortiori* dans cet espace spécifique qu'est celui de la réparation des maux du travail, des positionnements riches pour l'analyse.

J'ai pu rencontrer ce groupement à deux reprises. La première fois en novembre 2014, dans cette dynamique évoquée précédemment d'ouverture du terrain, avec celle qui en assure le secrétariat. Son salariat au sein de l'association fait d'ailleurs l'objet de critiques supplémentaires au sein des autres associations : fille du président, les accusations de « placement familial » sont aisées. La seconde en mars 2017, au sein de leurs nouveaux

¹⁰⁸ Houillères du Bassin de Lorraine.

locaux, un peu plus excentrés et dont l'accès est rendu difficile pour les personnes non véhiculées – un problème, probablement, pour des malades non autonomes – avec un bénévole ainsi que trois de leurs adhérents au cours d'une de leurs permanences. Elle a été l'occasion pour moi d'assister à des échanges, suscités par le contexte d'entretien, entre le bénévole et un adhérent, relatif à leurs perceptions des mutations du monde professionnel. Leur diagnostic s'orientait ainsi globalement autour de « jeunes » moins motivés, qui relativisent avec excès l'importance du travail, se complaisent au chômage, sont exigeants en termes de rémunération et se sont détachés des « valeurs ouvrières » de force, de solidarité – disparue au profit de l'individualisme – et d'implication professionnelle. Ces appréhensions, largement rencontrées au cours d'autres discussions sur le terrain, rappellent la nécessité de situer ces malades dans leurs inscriptions sociales – majoritairement ouvrières, donc, et générationnelles (*cf* chapitre 7).

Le « groupement décentré » – la Loire Atlantique

Le groupement ANDEVA de Loire-Atlantique regroupe entre 4 500 et 5 000 adhérents et 10 lieux de permanence. Son « succès » est tel qu'il a nécessité la mise en place d'un planning hebdomadaire afin que les permanences soient réparties entre bénévoles (une 40aine dans la ville où je les ai rencontrés, ils sont 140 sur l'ensemble du secteur couvert par l'association, pour la plupart des anciens travailleurs des chantiers navals). J'ai pu assister à deux de leurs permanences ouvertes au public, ainsi qu'à une permanence plus strictement médicale, animée par un médecin retraité (lorrain par ailleurs, le docteur Palais), conseiller auprès d'un cabinet parisien spécialisé dans les préjudices corporels¹⁰⁹, de syndicats et d'associations locales attachées à l'ANDEVA, une figure médicale centrale dans le champ associatif de la réparation des maux du travail.

Le groupement « sécessionniste » – la CAVAM

Le groupement « sécessionniste » est installé dans une commune de petite taille (19 000 habitants), à proximité de plusieurs gros sites industriels, pour certains toujours en activité : fabrication de véhicules industriels, chimie, cristallerie. Les permanences se tiennent deux demi-journées par semaine, avec six bénévoles actifs pour seize membres qui siègent au CA. L'association fonctionne grâce aux adhésions, aux dons ainsi qu'au soutien de comités

¹⁰⁹ Le cabinet T., fort de quarante avocats, est historiquement engagé dans le champ de la réparation des victimes du travail.

d'entreprises ou d'organisations syndicales. Il semblerait qu'elle ait été mise sur pieds, comme les autres, par d'anciens collègues d'une usine locale, sous l'impulsion notamment, de quelques syndicalistes, en 2003.

J'ai eu l'occasion de les rencontrer à une seule reprise seulement, mes relances étant restées sans suite, avec cet argument récurrent : « *on est débordés* ». Accueillie dans leurs locaux, j'ai pu réaliser un entretien collectif avec trois bénévoles : le président, ancien délégué syndical CGT, élu au CHSCT de l'usine de fabrication de véhicules industriels, un ancien ouvrier de la même usine, ainsi qu'une ancienne cadre du service maintenance-entretien dont le mari a souffert d'un mésothéliome – une présence active malgré des rapports conflictuels passés : ici, c'est le statut d'épouse qui motive l'engagement bien plus qu'une position dans l'espace social. Cette dernière est venue remplacer une ancienne bénévole, madame Notus, retraitée de la même usine, qui a quitté l'association au moment de sa sortie de l'ANDEVA¹¹⁰. Elle est devenue, par la suite, « correspondante ANDEVA », sans attache associative locale, mais en conservant les mêmes pratiques de soutien aux démarches individuelles. J'ai pu l'interroger chez elle, avant même de rencontrer ce groupement local.

Ce processus de désolidarisation, et de « re-solidarisation » avec la CAVAM, une autre association de défense des victimes de l'amiante, a été motivé, pour son président, par la frilosité militante de l'ANDEVA. On touche ici à la ligne de fracture qui semble opposer deux visions de l'action associative dans l'espace de la réparation des maux du travail que j'expliciterais dans le chapitre 6. Ici, aussi, des attentes vis-à-vis de mon travail ont clairement été exprimées (en sus de parler d'eux aux médecins du centre de consultations de pathologies professionnelles) : il s'agissait de leur fournir des outils pour renforcer l'action associative par la divulgation, peut-être, de pratiques et de mécanismes d'évaluation qui leur seraient resté dissimulés – non sans lien, probablement, avec leur perspective militante. Pour le moment, aucun résultat n'a été transmis à ces structures, à l'exception d'un l'article vulgarisé¹¹¹, co-écrit avec Anne Marchand et publié en ligne, malheureusement resté sans réponse.

¹¹⁰ Madame Notus commente ainsi son arrivée : « *vous savez, dans les entreprises comme ça, quand il y a des licenciements, parce que chez X y'a eu des vagues de licenciements je vous dis pas, y'en avait tous les deux/trois ans, c'est elle qui mettait le nom des gens qui devaient être licenciés sur un papier quoi, non mais je vous assure CGT avec quelqu'un comme ça... Ouh, ils ont du souci à se faire !* ». Elle vient ainsi rappeler une histoire professionnelle hiérarchique difficilement surmontable en-dehors même de l'espace de l'entreprise.

¹¹¹ Primerano, Julie et Marchand, Anne, 2017. « Le travail, trop rarement incriminé dans les cancers ». The Conversation. En ligne : <https://theconversation.com/le-travail-trop-rarement-incrimine-dans-les-cancers-84822>

c. PV, l'association de victimes des produits phytosanitaires

Un bref contact avec une association de victimes des produits phytosanitaires clôt mon « tour d'horizon » du milieu associatif des victimes du travail. Contactée par mail afin de solliciter une mise en contact avec d'éventuels adhérents de la région, j'obtiens les coordonnées de son vice-président, exploitant agricole lorrain dont je connaissais l'existence par la publication de nombreux articles qui ont relaté son parcours de « précurseur » : il a été le premier travailleur agricole à faire reconnaître institutionnellement le lien entre son hémopathie et son activité au contact des pesticides. Je l'ai donc rencontré, ainsi qu'un autre petit exploitant agricole d'un département voisin : il s'agit donc de contacts réduits. Toutefois, cette association a fait l'objet de précédentes études relatives, notamment, à la spécificité de la mobilisation victimaire chez les exploitants agricoles, une catégorie professionnelle dont la structuration rendait « improbable » l'engagement sur cette question (Jouzel et Prete ; Salaris), dans la lignée du vieux constat marxiste.

d. La section CFDT des mineurs de Moselle

Mes contacts avec l'univers syndical lorrain se sont limités à la rencontre avec l'un des leaders historiques de la section CFDT des mineurs de Moselle. Particulièrement investi dans l'espace de la réparation des maux du travail, ce syndicat de « gueules noires »¹¹² rayonne aux niveaux régional et national avec des formations autrefois proposées à l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), des interventions à la faculté de droit, le contact avec des médecins et les caisses de sécurité sociale ou encore la remontée de données au Conseil d'orientation des conditions de travail (le COCT), l'instance de négociation dédiée à l'élaboration et à l'ajustement des tableaux de maladie professionnelle. Elle est composée principalement d'anciens mineurs de charbon à la retraite, ainsi, en 2016, « *les plus jeunes ont 51 ans et les plus vieux un peu plus* »¹¹³.

¹¹² On notera ici le « lyrisme génétique » du Républicain lorrain qui, à l'occasion d'une nouvelle étape dans leur démarche judiciaire d'ampleur, écrivait : « Les gueules noires du Bassin houiller lorrain ont l'habitude des combats. De 1854, date du premier forage à Petite-Rosselle, au 23 avril 2004, jour de fermeture du dernier puits à La Houve, les mineurs de charbon ont développé dans leur ADN le gène de la lutte. Ils ont encaissé la dureté du fond qui a usé physiquement les corps, les dangers de l'éboulement ou du coup de grisou qui ont fait tant de victimes et endeuillé tant de familles, les ravages de l'insidieuse silicose, l'âpreté des bras de fer syndicaux avec le patronat... ». 21 juin 2019.

¹¹³ Ce sont les mots de monsieur Sotto.

C. Les malades et leurs proches

Cet espace, en tant que modélisation théorique, est celui que j'ai le plus fortement parcouru. J'ai rencontré ces malades, dont le caractère professionnel du cancer est, à un moment donné, interrogé, ou déjà institutionnellement reconnu, le plus souvent à leur domicile, parfois accompagnée par un bénévole d'une association. « Accrochés » dans leur trajectoire par le biais du centre de consultations de pathologies professionnelles ou d'une structure associative, ce sont justement ces parcours, *via* les récits qui en sont faits, que j'ai tenté d'appréhender. Il s'agissait d'interroger les étapes qui les constituent, les éventuels effets de seuil et la façon dont ces personnes se situent au sein de ce processus. J'ai interrogé leur production de sens sur la maladie, pensée ou non en termes de préjudice, et les éventuelles attentes associées à une démarche d'accès à la catégorie institutionnalisée, le rapport à leur corps, au risque (et à ce qui faisait, pour eux, risque), à leur profession (généralement passée) et à leur employeur. J'ai également interrogé le lien familial et la socialisation de sexe : le cancer, quand bien même trouve-t-il ses origines dans le travail (notamment, en sa qualité de pathologie multifactorielle), se vit aussi dans l'espace domestique, au sein duquel l'épouse peut être renvoyée à des prescriptions de rôle relatives à la santé de son époux. Ces différents éléments devaient permettre de penser la personne dans ses différentes sphères : celles de la maladie – d'un « nouvel état corporel », du travail et de l'espace domestique. Il s'agissait alors de percevoir comment des ancrages différents au sein de ces sphères pesaient, ou non, sur l'appropriation de la catégorie « cancer du travail », et comment ces positionnements se trouvaient refaçonnés par les catégorisations. Leur rôle et investissement dans les démarches, les éventuelles stratégies déployées, les inscriptions dans des réseaux spécifiques, ont également été questionnés.

3. Être dans l'enquête

A. Définir sa place

L'investissement de ce terrain d'enquête s'est accompagné, tout au long de ma recherche, de tentatives d'ajustement de ma posture avec les exigences d'une certaine neutralité. Directement liée à ce positionnement difficile, une tentation de « l'orientation pratique » a achevé de complexifier la définition de ce que devait être ma place de chercheuse dans l'enquête.

a. L'exercice de la neutralité

Un exercice impossible ?

Déjà impliquée par une histoire familiale sur ce terrain que je m'apprêtais à parcourir¹¹⁴, les situations et les récits édifiants que j'y ai rencontrés et récoltés – chair de ces statistiques elles-mêmes aptes à soulever quelques sentiments de consternation – m'ont imposé la nécessité de me départir, au mieux, de considérations morales sur ce qui relève de l'injustice. Face à un objet suscitant des positionnements militants, entouré de « l'aura ouvrière » qui fait écho à toute une frange politique et intellectuelle, il n'a pas toujours été simple – et je n'ai d'ailleurs pas toujours réussi – de me garder d'une appréhension morale des phénomènes observés. Cette difficile neutralité se retrouve aux différents niveaux de la recherche : dans les entretiens, les interprétations, les analyses mais aussi la rédaction, mes « flirts » répétés avec la sociologie critique ayant suscité de nombreuses discussions animées avec mes directrices¹¹⁵. J'ai, pour m'en prémunir, tenté de développer certaines techniques d'objectivation basiques : toujours contextualiser les récits, et croiser au mieux les discours, notamment entre acteurs aux intérêts divergents. J'ai gardé en tête leurs limites, le chercheur ne pouvant prétendre s'effacer derrière une froide neutralité de recherche, dont on pourra discuter, comme bien d'autres avant nous, la pertinence.

Cécile Fournier et Myriam Winance, dans un article relatif aux questionnements éthiques dans les recherches qualitatives en santé, postulent en ce sens l'abandon de la notion de neutralité, le chercheur étant irrémédiablement « engagé » au sens où il est pris notamment dans des relations intersubjectives avec différents acteurs. Afin de palier l'influence de cette position et de ces relations sur l'élaboration de la problématique de recherche, mais aussi, on peut aisément l'imaginer, sur sa mise en œuvre et l'analyse des résultats, elles préconisent « d'analyser les positions des acteurs [...], la nature des relations – toujours d'une certaine manière intéressées – entre le chercheur et les acteurs, les fonctions de chacun (Atlani-Duault, 2007), les enjeux pour les acteurs, *etc.* » (Fournier et Winance, 2016, p.64). Ainsi, il s'agit d'assurer la distanciation nécessaire à l'analyse critique par l'attention portée à la dimension « située » des acteurs qui, s'ils peuvent être des personnes ressources, n'en sont pas moins pris dans des

¹¹⁴ Ce lien, cependant, « cette texture [invisible] qui lie le mouvement de la vie et celui de la recherche » ne fait pas ici office d'excuse tant il « peut devenir à son tour une ressource d'enquête, plus ou moins reconnue et plus ou moins avouée. » (Cefaï et Amiraux, 2002, p.4) Il permet en ce sens de conserver une forte curiosité de recherche en même temps qu'il autorise l'appréhension de certaines situations spécifiques, plus ou moins faciles d'accès pour un « étranger » au monde social étudié.

¹¹⁵ Ainsi, j'avais, à l'origine, positionnée l'incise de ce chapitre en introduction générale.

relations de pouvoir, ainsi qu'aux enjeux qui se déploient sur le terrain et autour de notre recherche. C'est ce que j'ai tenté de faire ici.

Le positionnement dans l'interaction : implication et retrait

Nos propres réactions émotionnelles liées à notre appréhension du juste et l'injuste, sont elles-mêmes à analyser. J'ai, par exemple, été très surprise de ne pas découvrir des personnes malades plus revendicatives face à l'idée que leur cancer était probablement dû à des expositions professionnelles : pour moi, alors, c'est leur travail qui les avait abîmés, un travail physique, dur, un travail déjà contraint en lui-même. Évidemment, cette réaction a participé à révéler toute la dimension préconçue et située de mon approche (à travers des socialisations spécifiques, à la fois familiales et universitaires) et à venir réaffirmer la nécessité de me confronter avec distanciation au terrain.

Aussi, j'ai parfois laissé transparaître, au cours des entretiens, mes positionnements « moraux » et mon appréciation de pratiques qui me paraissaient injustes. Si ce positionnement est en décalage avec la neutralité axiologique prônée par les fondateurs de la sociologie, me savoir relativement « acquise à leur cause » n'a-t-il pas également favorisé l'accès à leur parole, en créant une relation d'humain à humain, plutôt qu'un rapport asymétrique de chercheur à enquêté.e – et ce quand bien même ma position sociale diffère, indépassable asymétrie ?

Inversement, la « dispute morale » peut également être utile à la clarification ou au dévoilement de points de vue : l'opposition pousse au positionnement. Ce contexte bien spécifique de l'entretien impose finalement, comme l'explique Pierre Bourdieu (1991) dans sa méthodologie de la socioanalyse, la nécessité d'une double posture d'investissement et de retrait, à la fois subjective et objective : face à l'enquêté.e, il s'agit de cultiver une « forme d'écoute active et armée » (*ibid.*, p.3) soit d'être soi et investi dans la relation à l'autre – cet humain particulier en relation avec un autre humain particulier – tout en conservant une attention constante sur ce qui dépasse justement ce cas spécifique par la mise en écho de son discours avec des données surplombantes (des logiques macro), ainsi que sur les facteurs qui agissent sur cette relation, les « effets de la relation d'enquête » (*ibid.*).

b. La tentation de l'orientation pratique

Ainsi perméable aux enjeux du terrain, j'ai été tentée, au cours de ma recherche, par une perspective d'action, dans cette lignée de la sociologie d'intervention présentée par Gilles Herreros (2009). Il y défend la vocation d'engagement des sciences sociales, l'enjeu central de la sociologie étant, selon lui, la lutte contre « la souffrance quotidienne ordinaire ».

Cette orientation m'a questionnée dès les prémices de cette recherche. J'ai notamment cherché à donner une voix aux acteurs de terrain, à co-construire *a minima* : d'un côté, la mobilisation d'une chercheuse praticienne dans l'équipe de direction de la thèse¹¹⁶ ; de l'autre, la rencontre de plusieurs associations pendant la phase d'élaboration du projet, et la transmission de celui-ci, pour éventuels retours critiques, avant la soumission à l'INCa¹¹⁷. Mais c'est probablement pendant la phase de réalisation de l'enquête que cette « tentation » a été la plus grande. Mise face à des situations sensibles, de personnes marquées, affaiblies, par une maladie « agressive » héritée, au moins en partie, de décennies de travail à des postes exposants à des produits délétères, de veuves et de veufs accablés par le deuil, il m'a parfois été compliqué de ne pas envisager des « retours pratiques », potentielles préconisations, afin d'améliorer, de rendre moins lourds mais aussi de favoriser l'accès aux parcours de reconnaissance en maladie professionnelle.

Aussi, j'ai été largement suivie dans les premiers temps de ma recherche par cette chercheuse praticienne (*via* l'ouverture sur le centre de consultations de pathologies professionnelles et l'invitation à différents colloques médicaux) qui, je l'ai évoqué, m'a fait part à plusieurs reprises d'attentes pratiques. Expression d'une forme de « demande sociale », j'ai été tentée d'orienter ma recherche en ce sens, afin de formuler des réponses qui allaient au-delà de considérations théoriques. Cette problématique s'est posée de la même façon pour les associations. En effet, la dimension multi-espaces de cette recherche a suscité des attentes pratiques chez certaines d'entre elles : j'ai parfois été pressée de leur transmettre mes résultats de recherche, celles-ci se décrivant comme particulièrement intéressées par tout outil susceptible de les aider dans leur travail d'aide aux victimes. Il se serait alors agi de mettre en lumière des mécanismes, des pratiques médicales, administratives ou judiciaires à contourner afin de provoquer une réaction stratégique en négatif. Cependant, leur « savoir expérientiel » est tel que le savoir constitué par

¹¹⁶ Une participation qui n'a pas finalement pas été formalisée comme telle, mais qui a été déterminante.

¹¹⁷ Il s'agit là d'une dimension « pratique » que nous avons fait figurer dans le projet rédigé à l'époque : « Cette approche, en visant la "mise en visibilité" des processus locaux inhérents à la déclaration en cancer professionnel, ouvre sur une perspective à la fois compréhensive et pragmatique. Il s'agira, d'une part, d'alimenter la réflexion sociale et scientifique sur cette thématique et, d'autre part, de participer à orienter les actions à destination de ces patients par l'élaboration de préconisations en adéquation avec l'objectif n°12 du nouveau Plan cancer ».

L'objectif 12 du dernier Plan cancer est en effet intitulé « Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement », et vise la connaissance approfondie des situations à risque, une meilleure protection et un suivi optimisé des personnes concernées, ainsi que la facilitation des démarches de reconnaissance en cancer professionnel.

ce travail de thèse, orienté dans l'analyse et l'écriture¹¹⁸ par un souci d'objectivation, ne pourra probablement pas prétendre les armer. Surtout, des positionnements déontologiques, des modalités pratiques contraignantes ainsi que les exigences universitaires m'ont tenu à l'écart de ces questionnements formulés par les acteurs de terrain. Pour autant, cette question de la finalité scientifique et de l'insubordination de l'action à la connaissance (Rollin et Derbez, 2016) reste posée, car « la science n'a pas seulement sa fin en elle-même [et] si le savoir confère un pouvoir, c'est notamment aussi dans la mesure où ce dernier est précisément mis en lumière au cœur des phénomènes sociaux » (*ibid.*, p.100). C'est justement au cœur de cette affirmation, d'autant plus dans des contextes où les rapports sociaux de domination sont particulièrement prégnants, que peut se développer une posture de recherche.

c. Anticiper ses effets potentiels sur le terrain

Anticiper ses effets potentiels sur le terrain, par sa présence, la méthodologie choisie et les relations nouées *via* l'enquête, fait pleinement partie de ces considérations déontologiques indispensables à la pratique sociologique.

« Trop » cadrer la démarche de recherche : nuire au terrain ?

Le choix de la méthodologie et de sa mise en œuvre « technique » portent des potentialités spécifiques d'effets sur le terrain. Nous avons ainsi, en début de recherche, amorcé la rédaction d'un protocole en vue d'organiser le recrutement des patients, sous l'influence directe d'une normativité médicale. Il s'agissait par ce biais de présenter la recherche ainsi que les modalités de suivi du malade successivement à sa première consultation au centre de consultations de pathologies professionnelles : deux entretiens menés à plusieurs mois d'intervalle afin de suivre « en temps réel » les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle et leurs impacts, ainsi qu'un entretien avec un.e proche afin de comparer les regards portés sur les procédures et l'implication dans celles-ci, moyen également de conserver un lien dans l'éventualité d'un décès du patient. Le protocole visait l'information du malade préalable à son « adhésion » à la démarche de recherche – en termes médicaux, nous parlerions de consentement éclairé en vue de l'inclusion dans une cohorte de suivi. Après rédaction d'une première version, j'ai très vite abandonné cette idée car ce cadrage strict paraissait, en sus d'être

¹¹⁸ En amont, l'élaboration de la méthodologie et des outils d'enquête ont été réalisés suivant le même souci d'objectivation.

anxiogène, pouvoir nuire à l'établissement de la relation et des « surprises » que peuvent apporter le terrain *via* le travail d'enquête : le terrain, souvent, se nourrit de lui-même.

Considérer ses effets sur les résultats d'enquête

En outre, la méthodologie choisie peut parfois nuire aux résultats de recherche en introduisant des biais, mais aussi aux personnes interrogées ou observées. Concernant ce premier point, ma présence sur le terrain a en effet introduit un biais dans les parcours : par mon travail d'enquête auprès de ces malades venus en consultation au centre de consultations de pathologies professionnelles – très souvent sous l'impulsion d'un médecin, généralement spécialiste – je viens réaffirmer la suspicion d'une causalité entre leur maladie et leur carrière professionnelle, relançant une démarche qui serait peut-être restée de côté sans ma venue. C'est là une donnée à prendre en compte pour l'analyse, tout au moins à formuler en vue de nuancer des résultats

Considérer ses effets sur les enquêtés.e.s

La méthodologie choisie impose une autre vigilance : le risque d'engendrer une forme de souffrance. Au cours de la phase de terrain, l'idée de rencontrer et de réaliser des entretiens avec des patients, ou des familles¹¹⁹, dont le cancer n'a pas été reconnu en maladie professionnelle, a été formulée à plusieurs reprises par mes encadrantes. Il s'agissait par-là d'appréhender les lectures de leur situation par les « non-reconnu.e.s » (sont-ils revendicateurs ou fatalistes ?) mais aussi, d'appréhender les étapes, les seuils, les facteurs temporels, matériels, pathologiques et/ou sociaux, qui peuvent mener à l'abandon des procédures et à une distanciation avec la catégorie. Cependant, si l'intérêt heuristique de cette méthode paraît évident, l'impact potentiel sur le terrain m'est apparu plus prégnant encore. En effet, comment ces personnes auraient-elles appréhendé ma visite ? Qu'auraient-elles pu construire d'implicite à ma venue ? Apte à remuer une potentielle amertume s'il était bien saisi, mon passage risquait, en cas de mauvaise compréhension, de laisser entrevoir un espoir dans la résolution de ces parcours parfois clos par un, ou plusieurs, refus. La lecture de mon rôle par les malades et leur famille a très souvent été au mieux, approximative, au pire, complètement biaisée. Pour les patients rencontrés *via* le centre de consultations de pathologies professionnelles, j'ai systématiquement été associée à cette structure médicale, et donc perçue comme dépositaire

¹¹⁹ Souvent, en effet, les patients décèdent dans un temps relativement court après la consultation – voire même avant que celle-ci ait pu avoir lieu.

d'un certain pouvoir d'action dont je ne disposais pourtant pas. J'ai donc privé cette recherche d'informations à l'intérêt évident afin de ne pas véhiculer de faux-espoirs à ces personnes, déjà perdues dans un système complexe – et quand bien même cela n'aurait concerné qu'une petite minorité d'entre elles, ce risque n'en restait pas moins présent.

Dans d'autres cas, pour les ayants-droit, le risque était de venir « remuer leur deuil ». Malgré le développement de « tactiques » héritées d'autres terrains de recherche, il m'est arrivée de téléphoner à une personne qui venait de perdre son mari, auquel je demandais naïvement à parler, ou de recevoir une réponse agressive d'une autre, dont le mari venait d'être admis en soins palliatifs. Dans ce second cas, l'épouse a par ailleurs agrémentée sa réponse de détails corporels terribles sur l'état de santé de son mari, avant de se montrer successivement émue puis reconnaissante que je me sois montrée si « compréhensive ». Voici l'extrait plus détaillé du récit de cet appel, qui me semble bien illustrer la charge émotionnelle de ce type de contact mais aussi – surtout – les contextes douloureux dans lesquels viennent s'inscrire ces démarches de reconnaissance pour des cas de cancers :

« Quand je cherche à contacter monsieur Ackermann¹²⁰, dont le contact m'a été fourni par le centre de consultations de pathologies professionnelles, c'est son épouse qui me répond. Elle m'informe alors très sèchement que son mari se trouve en soins palliatifs, en “fin de vie” (selon ses termes), et qu'il me sera donc impossible de m'entretenir avec lui. Après un bref interrogatoire sur mon identité ainsi que mes intentions, son ton se radoucit peu à peu. Elle aura également quelques sanglots en me racontant qu'il “souffre le martyr”, qu'il a récemment “vomi noir”, et qu'elle a cru le perdre la nuit passée. Hospitalisé dans le cadre d'une HAD, son médecin lui a conseillé de se rendre à l'hôpital afin qu'il soit placé sous morphine et que les doses soient adaptées régulièrement. Elle décrit la gravité de son état, récemment sujet aux délires et ne pouvant plus parler, ses cordes vocales ayant été brûlées par la chimiothérapie. [...] Elle parlera finalement quelques temps (près de neuf minutes), me racontera son fort caractère (“sa grande gueule”), surtout quand il s'agit de protéger son mari dont elle partage la vie depuis 50 ans “plus encore s'il n'avait pas été malade” – chose rare lui semble-t-il aujourd'hui. Elle évoquera également le fait que son mari n'ait pas voulu lui dire ce dont il souffrait au départ, mais qu'elle n'était pas dupe, sa mère ayant souffert d'un cancer, et conclut en me remerciant de l'avoir appelée, de “ma gentillesse”, et m'invite à rappeler si j'ai besoin d'un renseignement,

¹²⁰ Monsieur Ackermann est décédé à 71 ans, en août 2016, d'un cancer bronchopulmonaire dont l'origine professionnelle a été reconnue par la CPAM. Son décès est survenu à peine deux mois après sa déclaration de MP, cinq mois après sa consultation au CCPP. Aîné d'une famille de dix enfants, il était ouvrier mécanicien dans une fonderie locale au sein de laquelle son père avait travaillé avant lui. Il y a passé l'ensemble de sa carrière, jusqu'en 2004, année de son passage en retraite.

parce qu'elle sait ce que c'est que de faire des études, bien qu'elle n'en ait pas fait, ses seize petits-enfants en témoignant pour elle. »

Il s'agit là de moments marquants par la culpabilité et la remise en question qu'ils engendrent dans le travail de recherche. Ce problème semble néanmoins partagé par les enquêteurs CPAM, confrontés à des états de santé critiques ou des décès récents – une enquêtrice expliquera ainsi qu'elle est allée questionner directement à l'hôpital un requérant, une expérience marquante qu'elle ne souhaite plus reproduire. De même, les secrétaires du centre de consultations de pathologies professionnelles sont, elles aussi, marquées, de leur aveu, par la difficulté des contacts réalisés auprès de familles endeuillées (en cas de consultation non honorée, elles peuvent tenter de contacter le patient dont l'absence, parfois, s'explique par leur décès tout récent ; il s'agit alors pour elles de proposer à la veuve de la « rattraper ») ; s'y confronter possède donc un intérêt cognitif (*cf* point D).

B. Faire sa place

Faire ma place sur ce terrain multi-espaces n'a pas toujours été aisé. Nous l'avons évoqué, ma venue aux séances du C2RMP a, en premier lieu, suscité quelques désaccords, supposément en lien avec d'anciens conflits interpersonnels entre médecins, ainsi qu'une rigidité certaine concernant le secret médical.

Du côté du centre de consultations de pathologies professionnelles, l'ambiance au sein du service est particulière : tensions avec les secrétaires, surcharge de travail, départs de collègues non remplacés, notamment du chef de service, *etc.* Le service paraît « en mauvaise santé », et mène au découragement chronique du médecin qui m'y suit. Selon elle, les centres de consultations de pathologies professionnelles sont peu considérés par les politiques publiques, certains ayant été récemment fermés dans d'autres villes : en cas de baisse de dotations, ils sont les plus vulnérables, sans doute parce qu'ils ne soignent pas – *en tous les cas, pas les corps* – une « vulnérabilité médicale » en tant que fraction dominée du champ médical, sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 4.

Enfin, faire ma place dans ce « petit milieu conflictuel » de la réparation des maux du travail en Lorraine précédemment évoqué a parfois été compliqué et source d'inconfort. En effet, lorsque j'évoquais, avec des enquêtés, des propos recueillis au cours de précédents entretiens ou de discussions informelles, la réaction majoritairement suscitée était de chercher à connaître la provenance de ces dires, et à y accoler un nom. Cette tendance inconfortable s'est révélée problématique du fait des conséquences potentielles de telles divulgations. J'ai donc tenté de

dissimuler, dans la mesure du possible, comme l'impose d'ailleurs la déontologie, les identités de chacun.

Il s'agissait donc de faire sa place sur ce terrain, d'y être perçue comme légitime sinon acceptée, tout en contrôlant ses effets, relative maîtrise rendue d'autant plus complexes par des contextes conflictuels.

C. Expliquer sa place

a. L'assimilation au milieu médical : entre revendication et distanciation

L'explication de ma place aux acteurs du terrain a connu quelques difficultés (sans nul doute banales pour une recherche exercée dans le champ de la santé) de par mon assimilation au corps médical et/ou la méconnaissance de la sociologie par les interviewé.e.s (« *sociologue, c'est comme un psychologue ?* »), venant possiblement orienter les discours. Aussi, lorsque je contactais des patient.e.s recrutés par le centre de consultations de pathologies professionnelles, je me voyais répondre des questionnements inquiets, du type : « *il faudrait que je vienne quand ?* » ou encore « *vous n'allez pas m'annoncer de mauvaises nouvelles ?* », suscitant un questionnement quant à la « bonne manière » de me présenter : dois-je leur signifier que « je travaille avec le centre de consultations de pathologies professionnelles » (mais, évidemment, que je ne suis pas moi-même médecin) ou simplement que j'ai obtenu leur contact par ce biais ? Aussi, c'est potentiellement cette affiliation au médical qui, si elle est susceptible d'angoisser les patients (un effet pervers combattu dans la mesure du possible), m'ouvre les portes de leur domicile, bénéficiant par ricochet de la confiance placée par certains dans l'institution médicale¹²¹. Cependant, nous ne pouvons négliger que cette lecture spécifique à la fois de mon étiquette et de mes intentions a probablement participé à orienter leur parole, les représentations de l'enquêteur développées par l'enquêté ayant, comme nous le rappelle Jean-Bapiste Legavre lorsqu'il plaide pour la prise en compte de l'entretien comme une situation de communication atypique, un impact évident bien que parfois négligé sur les discours (Legavre, 1996). Ainsi, au cours des deux premiers entretiens avec des patients du centre de consultations de pathologies professionnelles, je reste clairement considérée comme une intermédiaire entre eux et le service : ils me feront la demande, par exemple, de questionner « le docteur » sur l'avancée de

¹²¹ Effet inverse toutefois, il est arrivé – rarement – que des patients refusent l'entretien au motif qu'ils avaient « déjà tout raconté au médecin ».

leur dossier – résultats de l'analyse d'un prélèvement de poumon pour Madame Adamiak ; réception du CMI pour Monsieur Agnelli), avec des conséquences directes sur les entretiens. Ainsi, ils ne se déroulent pas sous la forme du récit de vie et débutent bien plutôt par des questions d'ordre administratif qui, si elles m'ont ancré dans cette assimilation au médical, m'ont peut-être également autorisé leur parole.

b. L'assimilation au journalisme : l'expression d'une « menace »

Ma présence en tant qu'observatrice a également, parfois, suscité des questionnements spécifiques en certains espaces. La prise de notes (d'autant plus lorsqu'elle est soutenue) est chose peu naturelle dans bien des espaces sociaux. Coline Savaris, qui a été amenée à observer des moments collectifs associatifs pour son travail de thèse, relate la difficulté qu'elle a connu pour « trouver sa place de chercheuse », une posture qui nécessite d'assumer sa position d'observatrice, visible et lisible comme telle par tous (notamment, donc, par la prise de notes) tout en tentant de la faire oublier, un équilibre qui nécessite une certaine « dextérité » (Salaris, 2015). Si, au cours des premiers C2RMP auxquels j'ai assisté, ma prise de notes permanente a suscité certains commentaires, dans le cadre d'une assemblée générale associative, c'est mon étiquette qui a été questionnée par une avocate que je rencontrais pour la première fois. Méfiante, elle a ainsi demandé à son interlocuteur : « *la demoiselle n'est pas journaliste ?* » de manière suffisamment audible pour que l'ensemble de la table l'entende. Au cours d'une « permanence médicale » organisée par une association, le médecin invité, le docteur Palait (*cf* chapitre 3), par ailleurs habitué à travailler avec cette avocate, critiquera à son tour copieusement les journalistes (« *les pires, c'est les journalistes* »), des commentaires suscités de nouveau par ma prise de notes. La posture « observante », en retrait mais non passive, suscite l'assimilation à d'autres groupes professionnels parfois peu appréciés. Le journalisme est, en ce sens, relativement emblématique, la pratique du « questionnement » et l'enregistrement au cours des entretiens pouvant également semer le trouble. Des pratiques parfois similaires et un flou conséquent entourant le métier de sociologue participent à faire naître cette identification qui peut se révéler problématique pour le chercheur, notamment lorsque le journaliste est perçu comme une menace. Les milieux militants y apparaissent particulièrement sensibles, une médiatisation mal maîtrisée représentant une menace pour leur crédibilité. Ces événements nous rappellent l'impératif de rester vigilants à ce que notre posture peut renvoyer aux acteurs du terrain et aux enjeux qui peuvent lui être associés.

D. Vivre/» incarner » sa place

a. « Accuser » le recueil de la souffrance

Les études menées auprès de personnes en souffrance (qu'elle soit physique ou psychologique, ou bien vécues de concert), posent des questions spécifiques. Le chercheur est en effet mis face à des corps parfois ostensiblement abîmés, à l'expression sensible ou verbale d'une souffrance, avec un recours, donc, à des mots lourds, sur ce qui a changé, sur ce qui a été perdu. Des mots pour décrire le révolu d'un corps intact ou d'une vie perdue. Des mots qui ont un poids, une matérialité, des mots-massue tant l'expérience du chercheur est là une expérience incorporée (Cozzi, 2012). Il ne peut pas ne pas voir, ou ne pas entendre, tout aussi sonores que les mots, les larmes, les soupirs, les respirations empêchées et les tubes qui parfois les assistent, les toux récurrentes, les voix qui s'éteignent. Il est lui-même atteint, par empathie, par les récits et le spectacle du corps, qui vont susciter une résonance émotionnelle et corporelle. Ainsi, j'ai vécu des moments de gêne (corporellement caractérisés), de compassion, mais aussi de révolte. Le spectacle de la souffrance est créateur, et implique le chercheur, en tant qu'être humain, dans tout ce qu'il est.

b. Accompagner la souffrance : un travail heuristique

Plus lourde encore peut-être, c'est la souffrance attendue. C'est ce bénévole ennuyé de voir que son nouvel adhérent, pourtant atteint d'un mésothéliome – un cancer connu pour son pronostic vital sombre – ne se situe pas dans ce registre de la gravité et de la souffrance. C'est, aussi, cette professionnelle médicale, touchée par avance par le trop jeune âge de sa prochaine patiente, atteinte elle aussi d'un mésothéliome, qui cherche à s'assurer de ma présence à ses côtés, afin de s'armer face au spectacle de la souffrance en le partageant. Peut-être aussi que ces attendus, cette appréciation toute rationnelle, relève de tactiques de « mise à distance » de la souffrance généralement exprimée, comme semblent le faire les médecins en consultation, en contournant des discours sur le vécu de la maladie, par exemple, pour rester au cœur de l'objectif de la consultation : la reconstitution de la carrière professionnelle du patient (le *cursus laboris*). Aussi, vivre les effets multiples des discours sur la souffrance permet-il de comprendre les pratiques de ceux, et celles, qui y sont confrontés quasi quotidiennement. L'expérience devient, dès lors, cognitive (*ibid*). Ainsi, que penser de l'impératif de « l'oubli de soi » ? Quand bien même serait-il possible, quelle pertinence revêt-il ? Comment, en effet, prétendre bien comprendre l'autre quand on se prive justement de ce qui fait qu'on lui ressemble ? La bonne « connaissance de soi », la pratique de la réflexivité, n'apparaissent donc pas seulement comme des outils d'objectivation (indispensables, pour se garder de projeter ce que l'on est sur les personnes) mais bien aussi de compréhension.

c. Anticiper la restitution des résultats et ses effets

Enfin, être dans l'enquête, c'est aussi analyser les pratiques et les discours avec une distanciation critique de ceux et celles qui nous ouvrent une partie du terrain, nous informe – nous aide – et avec qui nous nouons des relations. Cette problématique des acteurs à la fois objets de recherche et personnes ressources peut impliquer une peur de susciter un sentiment de « trahison » chez ces personnes envers lesquelles le chercheur se sent parfois déjà en posture de dette. J'y ai été largement confrontée dans cette recherche, vis-à-vis d'acteurs qui ont pris d'un temps déjà précieux pour m'ouvrir l'accès au terrain et m'aider à m'y repérer, toujours avec bienveillance. L'accueil des analyses qui suivent, qui peuvent paraître injustes tant elles semblent déconnectées des intentions mises par les acteurs que j'ai côtoyés dans leurs actes, me questionne toujours. Bien qu'il s'agisse, pour le chercheur, d'étudier les effets sociaux non intentionnels de pratiques individuelles, la lecture des résultats d'enquête peut parfois, je le suppose, laisser un goût amer.

4. Précisions sur le dispositif d'enquête et la méthode d'analyse

A. Temporalités de la recherche

J'ai mené mes entretiens de manière plus ou moins soutenue sur une durée de deux ans et demi, de décembre 2015 à juillet 2018. Si j'ai investi l'espace médical de manière relativement intensive les premiers mois avec des observations de consultation quasi hebdomadaires entre janvier et juin 2016, des observations de réunion d'équipe, des passages au C2RMP, la participation à une journée franco-allemande sur la santé au travail ainsi qu'au congrès national de médecine du travail, je n'ai pas cherché à les structurer temporellement en cloisonnant l'investissement des différents espaces : j'ai, de manière générale, glissé entre ceux-ci de manière simultanée. Cette approche a permis la confrontation des données issues de chaque espace avec les acteurs pour lesquels j'avais des contacts réguliers.

Mon approche suit une méthode inductive et relève d'une adaptation souple de la théorie ancrée (« *grounded theory* ») formalisée par Glaser et Strauss et pour laquelle Pierre Paillé propose une traduction française (Paillé, 1994). Les premières analyses ont donc été réalisées simultanément au recueil de données : terrain et analyses se sont mutuellement nourris, définissant le cheminement de la recherche. La pluralité des méthodes de recueil de données permettait, ainsi, d'assurer une appréciation large des phénomènes étudiés.

B. L'enquête : précisions méthodologiques

Les entretiens ont été menés sous une forme semi-directive, et ont été de durée très variable : atteignant parfois difficilement la quarantaine de minutes, d'autres ont duré près de deux heures.

Les plus courts ont pu être contraints par leur cadre : des impératifs logistiques (les entretiens que j'ai menés auprès des adhérents du petit groupement local de l'ANDEVA l'ont été en compagnie d'un bénévole qui me conduisait à leur domicile) ou une mauvaise lecture de ma démarche, parfois assimilée à un strict recueil d'informations à visée médicale. Cependant, une autre difficulté ne saurait être négligée : le recueil de la parole ouvrière n'a pas toujours été aisé, l'oralité n'étant pas une appétence particulièrement acquise dans ce milieu, faute d'avoir pu, pour beaucoup, accéder durablement à l'institution scolaire¹²². À cela s'ajoute des rapports sociaux, d'âge et de genre : fille jeune, en santé et en études, l'identification n'était pas intuitive et appelait plutôt des démonstrations virilistes ou une grande retenue, un strict contrôle, ou une certaine orientation de leur parole : les discours recueillis, souvent plus orientés sur la souffrance et la maladie que sur la technique du travail, laisse supposer notamment un effet du genre, l'empathie et le *care* relevant des compétences féminines, la technique, généralement industrielle, des compétences masculines¹²³. Un contexte de défiance face à d'éventuelles accusations de démarches vénales ou des tentatives de délégitimation de leur démarche, achevait de brider cette parole tant il s'agissait alors de « dire sans trop en dire ». Les médecins, les acteurs associatifs et syndicaux ont en revanche été bien plus loquaces, probablement du fait que l'échange n'était pas motivé par une expérience pathologique¹²⁴, mais par des pratiques, professionnelles, militantes ou associatives, dans lesquelles ils développaient un engagement fort.

Un guide d'entretien spécifique a donc été conçu pour chaque catégorie d'acteur et ajusté, parmi les personnes malades, selon les modalités de leur « recrutement » (association ou centre de consultations de pathologies professionnelles) (cf annexe 5).

C. Précisions sur la méthode d'analyse

L'analyse des entretiens a été réalisée de façon thématique, en miroir de la structuration choisie pour le(s) guide(s). Plusieurs grands thèmes ont donc orienté les entretiens et leur analyse. Il

¹²² Monsieur Duval, ouvrier retraité du tissage et d'une centrale électrique, a ainsi regretté : « *Je me suis pas trop bien expliqué parce que moi, j'ai jamais été à l'école de ma vie ou presque pas [...]* ».

¹²³ J'ai constaté un effet similaire dans le cadre d'une recherche portant sur une ancienne cité industrielle lorraine. Ayant participé à certains des entretiens visant à aborder les vécus du travail d'anciens ouvriers, accompagnée d'un chercheur titulaire et d'un stagiaire, j'ai été confrontée à une forme d'invisibilité, l'attention de certains enquêtés se concentrant quasi exclusivement sur leurs homologues masculins.

¹²⁴ Si elle peut faire l'objet d'un renversement positif, en devenant un support identificatoire propice à l'action, ce n'est généralement pas le cas ici.

s'agissait d'analyser, dans un premier temps, pour les patients, les récits recueillis sur leur travail (parcours professionnel, tâches techniques effectuées, ambiance de travail, risques perçus, éventuels tactiques d'évitement, rapport aux collègues et à l'employeur, présence de syndicats, visites médicales, *etc.*, dans leur dimension explicative du rapport entretenu aux démarches). Dans un deuxième temps, il s'agissait d'analyser, en miroir, le processus de diagnostic de la maladie et ses vécus. Ces deux grandes sphères ont ensuite été croisées avec les ressentis et les attentes formulées vis-à-vis d'une démarche de déclaration, l'éventuelle perception de soi en victime – ou « dominé » – et la définition de responsabilités (soit la structuration de leur expérience). Pour les « acteurs périphériques », enfin, j'ai cherché à analyser leur rôle dans le processus de catégorisation et leurs pratiques de soutien à l'accès à la catégorie, les représentations des démarches d'accès à la catégorie et la rhétorique associée à celle-ci en tant que construction (droit ou quasi devoir collectif, pour qui, *etc.*).

L'analyse des observations de consultations a été orientée autour de trois grands points et de leurs interactions. Déjà, sa forme : l'agencement de la salle de consultation, les personnes « périphériques » présentes (médecins en formation, proches du patient), leur positionnement dans la pièce, la distribution de la parole (qui, finalement, se fait l'interlocuteur principal du médecin, qui gère les documents et ce que ça dit de l'engagement dans la démarche – et des rôles genrés dans la gestion des affaires administratives et médicales, *cf* chapitre 7) et la durée de la consultation. Ensuite, la relation médecin/patient soit, pour le médecin, les manières de présenter la consultation au malade et ses éventuelles variations, la qualité (le niveau de précision) et la quantité d'explications données (en suivant ainsi la piste des travaux de Sylvie Fainzang) et les éventuelles oppositions manifestées par le malade ou ses proches. Enfin, le contenu des discours, avec le recueil des récits professionnels (comment le malade et/ou ses proches parle(nt) de son activité, à travers quel registre lexical), des perceptions des risques (connus ou non, points sur lesquels le malade insiste prioritairement) et des attentes exprimées vis-à-vis d'une éventuelle démarche en maladie professionnelle.

D. De l'importance des mots

a. Evoquer des « victimes » : une notion à l'épreuve du terrain

L'usage du terme « victime », classique dans la sociologie du droit et des « problèmes publics », mais aussi sur le terrain, largement repris par les associations, m'a posé question. Les études menées dans ce champ se réfèrent fréquemment au modèle théorique constructiviste proposé par William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat du « *naming, blaming, claiming* ». Celui-ci s'attache à décrire le processus type via lequel un individu va transformer son expérience en

moteur du recours au droit, socle à la constitution d'un « problème social ». Ce processus va se scinder en trois étapes. La première renvoie à la « réalisation » (« *naming* ») du préjudice subi, qui est un acte de requalification de ce que l'individu pensait vivre ou avoir vécu : l'expérience devient une « expérience offensante » (Felstiner, Abel et Sarat, 1991, p.42). Dans le cadre de malades atteints d'un cancer, cette étape correspond à l'abandon d'une lecture de la maladie en termes de fatalité et/ou de comportements individuels pour lui attribuer un caractère évitable et exogène¹²⁵. La deuxième étape est celle de l'imputation d'une responsabilité à un « individu ou une entité sociale » (« *blaming* ») : l'expérience offensante devient un grief (*ibid.*). Dans notre contexte, cela reviendrait à attribuer la survenue de la maladie à un tiers responsable. La dernière étape enfin, correspond à la réclamation d'une compensation, légitimée par un statut victimaire (« *claiming* »).

Or, sur le terrain des cancers du travail, nombreux sont les malades qui peinent à se définir comme victimes, alors même qu'ils ont investi l'espace judiciaire, ou sollicité le dispositif d'indemnisation complémentaire des « victimes de l'amiante » – un investissement régulièrement sollicité par les associations. L'engagement des malades dans ces démarches est souvent un non-engagement, un acte de délégation (Stavo-Debauge, 2012)¹²⁶. Le recours aux associations de soutien (« de victimes »), aux dispositifs d'indemnisation et à l'espace judiciaire ne présupposent donc pas une définition de soi en victime, mais peut parfois participer à la faire advenir : c'est la confrontation à certaines temporalités, réglementations ou stratégies déployés par les mis en cause (les employeurs actuels ou passés), ainsi que les ressentis corporels, qui peuvent fournir les éléments de révolte et le sentiment d'injustice sur lesquels se développera ensuite cette affiliation identitaire – un « devenir victime » que nous évoquerons plus amplement dans les chapitres 7 et 8.

b. « Réclamer », « demander » : s'extraire de lectures potentiellement stigmatisantes

Les termes « réclamer » ou « demander » ne s'appliquent pas aux démarches individuelles. Les malades, dans leur très grande majorité, ne revendiquent pas. Ils sont amenés vers les démarches

¹²⁵ Toutefois, nous le verrons, construire l'origine professionnelle de son cancer ne revient pas systématiquement à définir un préjudice : le risque au travail peut être conçu comme inévitable, ou tout simplement normalisé. Dans ce contexte, souffrir de son travail ne relève pas d'une « expérience offensante » (*cf* chapitres 7 et 8).

¹²⁶ Il écrit ainsi, à propos de personnes accompagnées par la FNATH dans le cadre de la reconnaissance d'une atteinte du travail, que « loin de vouloir se réapproprier leur histoire en recourant à ses services, elles s'avèrent souvent soulagées de s'en trouver « dessaisies » au profit des experts de l'association. Plutôt qu'un recours, c'est un secours qu'elles attendent. » (Stavo-Debauge, 2012, p.145)

de reconnaissance par leur médecin, appuyé parfois par un ancien collègue. La procédure est alors neutralisée et relativement passive. Elle paraît dès lors bien éloignée d'une demande, qui présuppose une certaine conscientisation des enjeux et de ce à quoi ils peuvent prétendre¹²⁷. J'éviterai ainsi d'avoir recours à ces termes qui me semblent ne pas décrire correctement la « réalité du terrain » – telle que je l'ai analysée, en tous les cas – pour favoriser des termes plus neutres. Je parlerai ainsi « d'initiation d'une démarche », de « dépôt d'un dossier », d'une « procédure », des contournements qui permettent, aussi, de mieux faire ressortir, en miroir, l'investissement de certains malades. Cette attention portée aux termes utilisés me paraît d'autant plus importante qu'ils semblent, de par leur « poids social », pouvoir être détournés pour servir une certaine vision de ces malades prétendument profiteurs, qui demandent et quémandent ce à quoi ils ne devraient pas pouvoir prétendre, une appréhension que je m'attacherai à déconstruire ici, dans la lignée de certains travaux qui ont précédé celui-ci (en particulier ceux qui ont été menés par Annie Thébaud-Mony, Anne Marchand ou encore Pascal Marichalar).

Conclusion de chapitre

Le territoire lorrain donne à voir un riche patrimoine industriel. Pour autant, le « monde ouvrier » ne se cantonne pas aux murs des usines. Dans mon enquête, les corps de ces travailleurs retraités, généralement ouvriers, deviennent les traces de conditions de travail passées, une dimension pourtant souvent négligée par l'espace médical (*cf* chapitre 4). Cette recherche a donc dû composer avec un suivi pluridisciplinaire qui a participé à orienter les premiers temps de l'enquête. Celle-ci repose, en miroir, sur une diversité des structures abordées, avec deux points d'appui principaux : le centre de consultations de pathologies professionnelles et une petite association locale de victimes de l'amiante. Ce double ancrage a permis la confrontation des modalités de catégorisation, des discours et des pratiques associés, dans et hors institution – soit avec une légitimité plus ou moins importante dans le processus de catégorisation et une capacité d'agir plus ou moins directe dans l'accès à la catégorie

¹²⁷ Monsieur Gazeau, âgé de 66 ans à la date de l'entretien, a connu une carrière d'« agent de maintenance en chauffage urbain ». Quand je le rencontre, il est atteint d'un cancer bronchopulmonaire en rémission et son dossier vient d'être transmis à la Sécurité sociale, après un passage au Centre de consultations de pathologies professionnelles. Lorsque je le questionne sur ses démarches, il s'exprime ainsi : « *Qu'est-ce que je vais avoir, une pension d'invalidité ? Même pas sûr !* ».

institutionnalisé. Cette forme d'« éparpillement » est apparue comme la concrétisation méthodologique d'un intérêt pour les expressions locales de la catégorie.

En outre, cette enquête a été marquée, sans originalité spécifique, par une tentation d'engagement, des dérogations à la neutralité parfaite des scientifiques et un travail d'objectivation compensatoire, un terrain conflictuel, des renvois à un statut décisionnaire (médical) ou une profession journalistique « menaçante », à la souffrance recueillie et à l'appréhension d'un accueil amer de résultats potentiellement « déplaisants ». La méthode choisie a donc été inductive, principalement basée sur des entretiens et des observations de « moments d'expertise », d'assemblées générales ou de colloques associatifs ou médicaux, à laquelle j'ai fait correspondre une analyse thématique de l'ensemble de ces données.

Conclusion de partie

Cette thèse prend donc appui sur les catégorisations du « cancer du travail » pour rendre compte des corps et des rapports sociaux de domination. Elle s'appuie en ce sens principalement sur les travaux de sociologie de la santé au travail, des corps ouvriers et des rapports sociaux de classes. Différents niveaux d'analyse sont ainsi convoqués afin de saisir les logiques de catégorisation (les savoirs mobilisés en fonction des espaces sociaux et la place qu'y prennent les corps), les identifications qui permette sa saisie, sur lesquelles elle ouvre ou qu'elle refaçonne potentiellement. La méthodologie choisie pour ce travail permet de présenter les résultats en deux grandes parties : l'une est consacrée à son versant « institutionnel », l'autre à un niveau plus « profane », d'appropriation et de résistance.

PARTIE 2. LA CATEGORIE INSTITUTIONNALISEE : DU CADRE REGLEMENTAIRE A SES EXPRESSIONS LOCALES

Dans cette deuxième partie, nous questionnerons le versant institutionnel de la catégorie. Un premier chapitre propose d'aborder sa construction, les savoirs sur lesquels elle repose, les conflictualités qui la parcourent, et son processus d'institutionnalisation. Les chapitres suivants proposent d'analyser comment la catégorie institutionnalisée se rejoue dans les instances décisionnaires qui organisent l'accès à la catégorie. J'aborderai, ainsi, les procédures d'expertise réglementaires, et les façons dont les acteurs s'en emparent par le biais de leurs pratiques et des représentations qu'ils expriment. Nous évoquerons également les traitements des corps, parfois effacés, parfois « socialisés », parfois individualisés ou objectivés en vue d'une évaluation monétaire. Le deuxième chapitre se concentrera donc sur l'espace médical, le médecin occupant une place centrale dans le processus de catégorisation. Le troisième questionnera l'espace de la caisse et ses prolongements judiciaires ainsi que leurs logiques respectives.

Chapitre 3. La catégorie « cancer professionnel » : construction historique et enjeux d'institutionnalisation

Dans ce chapitre, je retracerai l'émergence de la catégorie « cancer professionnel » (en tant que sous-catégorie de la « maladie professionnelle ») dans sa structuration légale mais aussi en tant que marqueur du développement situé d'un intérêt pour les effets du travail sur les corps. Les « cancers du travail » renvoient, historiquement, aux liens complexes qui unissent le constat d'inégalités sociales – face à la mort, notamment – dans un contexte de « capitalisme industriel triomphant », l'étude des conditions de vie des ouvriers et de leur famille à des fins de contrôle social (Aiach et Fassin, 2004) et les préoccupations pour les conditions de travail¹²⁸.

¹²⁸ Comme le soulignent Pierre Aiach et Didier Fassin, Buffon affirmait que, s'il existait des inégalités devant la mort, celles-ci ne devaient tenir qu'à la qualité de l'air. Les pathologies se lisent alors sur un registre nettement environnementaliste. La considération pour les conditions (matérielles) de vie va permettre de « socialiser » les

Nous aborderons donc la lente élaboration réglementaire de la « réparation » des maux du travail de façon chronologique, avec trois grandes étapes : l'avant XIX^e siècle, pour les bases politiques et médicales qu'il jette ; le XIX^e siècle, déterminant dans la saisie politique de ce problème dans un contexte global d'« inflexion sociale de l'État », et l'après XIX^e siècle, avec la promulgation de la loi et ses prolongements réglementaires et médicaux. Nous proposerons ensuite d'analyser ce que dit cette formalisation réglementaire et ses bornes – une catégorie se définissant, aussi, par ses frontières – de notre perception du travail et des corps des travailleurs, en particulier des ouvriers. Nous étudierons également son façonnement interne, qui repose sur une négociation conflictuelle, et sa dimension hybride, à la fois médicale et administrative, et ses implications. Nous évoquerons, enfin, les enjeux liés à la catégorisation avant de proposer un récit fictif de ses différentes étapes pour en saisir la nature multidimensionnelle et les temporalités qu'elle implique.

1. Le travail qui abîme : émergence d'une préoccupation médicale et politique

A. Avant le XIX^e siècle

a. Les atteintes du travail, une identification ancienne

S'ils tardent à faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle, les effets délétères de l'activité sont médicalement connus de longue date. Dès l'Antiquité, Hippocrate constatait la toxicité du plomb (Rainhorn, 2014). En 1546, le médecin et minéralogiste Georgius Agricola va être le premier à repérer un lien entre un cancer et le travail, « la maladie des montagnes » : il s'agit là de l'ancêtre du cancer du poumon, identifié comme tel trois siècles plus tard (Brugère et *al.*, 1994, cité par Brisacier, 2008). En 1700, Bernardino Ramazzini, un médecin italien, écrit l'emblématique « *Essai sur les maladies des artisans* » dans lequel sont décrites les atteintes récurrentes liées à l'exercice de cinquante professions différentes¹²⁹, un travail colossal qui fera

maladies en mêlant toutefois ces deux aspects : c'est l'air qui est respiré dans le cadre du travail qui est parfois nocif. Or, la probabilité qu'un ouvrier respire un air toxique dans le cadre de son travail est plus importante que pour un cadre, soit pour un individu qui dispose d'une faible quantité de capitaux culturels et économiques (symboliques, aussi). C'est toute la question des croisements en jeu aujourd'hui entre santé au travail, santé environnementale (à travers, notamment, la notion de « milieu ») et une approche en termes d'inégalités sociales.

¹²⁹ Par exemple « les ulcères de jambes et les coups de chaleur chez les mineurs, l'éclatement de petits vaisseaux de la gorge chez les chanteurs [ou encore] des troubles visuels chez les bijoutiers » (Laville, 2004, p.39). Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, « l'artisan » renvoie à une acceptation bien plus vaste que celle que nous avons aujourd'hui, pour l'essentiel basée sur un statut professionnel. Pour Ramazzini, l'artisan (*artifex*) inclut « tous ceux qui contribuent à la société civile » (Vincent, 2012, p.97) : son projet est alors celui d'une médecine politique, citoyenne et « globale », non d'une médecine du travail spécialisée comme nous la connaissons aujourd'hui.

date. Il sera traduit en français en 1777 (puis de nouveau en 1822) alors que le courant hygiéniste se diffuse et que les conditions de travail se dégradent dans certains secteurs artisanaux parisiens¹³⁰. Au niveau institutionnel, la *Gazette de santé*, créée en 1773, entreprend notamment de relater la souffrance ouvrière vécue au sein des ateliers tandis que la Société royale de médecine, instituée en 1776, se donne pour tâche le « recensement des professions pouvant être nuisibles » (Le Roux, 2011, p.105). C'est aussi à cette époque que Percival Pott, un chirurgien anglais, met au jour le « cancer du ramoneur »¹³¹, un cancer du scrotum, le deuxième à être attribué à une exposition professionnelle :

« Dès 1775, Pott remarque la fréquence élevée du cancer du scrotum chez le ramoneur, et lui suppose une origine chimique — alors que la notion de substances cancérigènes ne sera introduite par Yamagiwa qu'en 1915. » (Barthelmé, 1981)

L'établissement d'un lien causal entre une activité professionnelle et une forme de cancer précède donc la connaissance même des mécanismes de cancérogenèse. Par ailleurs, cette considération progressive pour le rôle de l'environnement marque une distanciation avec la théorie des humeurs et l'idée d'une production iatrogène de la maladie. En effet, si les premiers écrits faisant part de pathologies cancéreuses remontent à l'Antiquité où on explique leur survenue par un déséquilibre globale des humeurs (un excédent de bile noire), il faudra attendre le XIX^e siècle, les progrès de l'anatomo-pathologie et la dissection des cadavres, pour que la dimension cellulaire du cancer soit établie (Derbez et Rollin, 2016)¹³². C'est Rudolf Virchow qui en est à l'origine en 1858 ; ainsi, « au tournant des XIX^e et XX^e siècles, le cancer est redéfini comme une pathologie liée à la multiplication incontrôlée de cellules anormales créant progressivement une masse (tumeur) de nouveaux tissus (néoplasie) envahissant un organe, détruisant les tissus normaux et capable d'essaimer à l'intérieur de l'organisme » (*ibid.*, p.11-12), révolutionnant la façon de percevoir la maladie. La pratique de l'observation permettant de dessiner des liens causaux sans même saisir la mécanique interne des corps, notre approche

¹³⁰ L'industrie du luxe, alors en plein développement, se révèle particulièrement mortifère (Leroux, 2011).

¹³¹ D'autres vont rapidement lui faire écho : le cancer des lèvres chez les ouvrières de l'industrie horlogère (qui « lissent avec les lèvres le pinceau qui sert à appliquer la peinture phosphorescente sur les cadrans »), les leucémies chez les radiologues, le cancer de la peau des goudronneurs, des fileurs de coton, des teinturiers et des tanneurs de peau (Harlay, 1996, p.31).

¹³² Rappelons que le cancer est défini aujourd'hui comme une « maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase). » (INCa).

En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>

occidentale contemporaine du cancer est donc ultérieure à la constatation des premiers cas de cancers liés à l'activité professionnelle.

b. Une dynamique non linéaire

Malgré la mise en avant des dangers du travail artisanal pour les ouvriers et des affections suscitées notamment par la manipulation du charbon, l'année 1789 signe un « revirement spectaculaire » dans l'appréciation des effets pathologiques du travail. L'historien Thomas Leroux le qualifie d'« effacement du corps de l'ouvrier » : les écrits médicaux et les « grandes institutions de contrôle et d'encadrement de l'économie » disparaissent, la réglementation envers les ouvriers est durcie et, malgré leur multiplication, les accidents du travail restent occultés par la guerre et la mobilisation révolutionnaire (Leroux, 2011, p.109). Si, donc, à la fin de l'Ancien Régime émerge une véritable préoccupation pour la santé et la préservation des Hommes au travail, le problème est mis de côté avec la Révolution française¹³³ : l'histoire de la préoccupation pour les effets du travail sur les corps n'est pas linéaire, et largement dépendante des contextes politiques et sociaux.

Après la Révolution, cette dynamique d'occultation se poursuit. Jean-Antoine Chaptal, entrepreneur d'une fabrique de produits chimiques et ministre de l'Intérieur, est au fondement de la nouvelle impulsion économique du Directoire puis du Consulat. Il s'inscrit alors dans un « régime de biopouvoir » : d'une part, les statistiques sont mobilisées comme mode de gouvernement et contrôle disciplinaire et, d'autre part, le problème de la santé des ouvriers est rejeté dans la sphère privée, conçu comme relevant uniquement de l'entrepreneur qui a intérêt à conserver son ouvrier en capacité de produire (Leroux, 2011).

B. Le XIX^e siècle

a. L'ambivalence hygiéniste

Le début du XIX^e siècle est marqué par le renouveau de la question des effets du travail sur les corps avec, toutefois, une méthodologie différente, soit « moins de description et plus de classification » (*ibid.*, p.112). En 1813 notamment, alors que l'Empire décline, le médecin Emmanuel Fodéré s'insurge contre l'attitude bienveillante des hygiénistes parisiens envers

¹³³ Cette approche vient nuancer celle de Denis Duclos qui décrit une « tendance de la puissance publique à opérer une surveillance technique des dangers au travail [...] continue » depuis le XV^e siècle (Duclos, 1986). Certains espaces (la mine, en premier lieu), des corps professionnels (les artisans couvreurs) puis des machines (la machine à vapeur au XIX^e siècle) faisant ainsi progressivement l'objet de réglementations.

l'industrie et préconise, plutôt que la visite ponctuelle des ateliers, le suivi des ouvriers jusque dans les institutions de soin.

Pour autant, au début du XIX^e siècle en France, la « mise au travail massive d'un prolétariat à la limite de la survie » (Duclos, 1986, p.11) conditionne les premières grandes luttes à des revendications essentiellement salariales. Ainsi, ce renouveau qui ne parvient pas à se concrétiser par une mobilisation ouvrière d'ampleur, est de courte durée : Thomas Leroux identifie, entre 1821 et 1840, une seconde période d'effacement du corps de l'ouvrier qu'il qualifie de « réfutation hygiéniste » (Le Roux, 2011, p.114). En effet, la préoccupation hygiéniste majeure d'alors est de faire coexister l'habitat urbain et l'industrie. Le caractère pathogène du travail est mis en doute au profit des « vices » ouvriers. Les glissements politiques, les orientations médicales et la perception des corps ouvriers paraissent donc intimement liés. Thomas Leroux évoque ainsi les liens étroits qui unissent l'administration et les hygiénistes dès la sortie de la Révolution, les seconds soutenant l'établissement d'un nouvel ordre politique qui légitime la domination bourgeoise au détriment des ouvriers :

« Séparer si nettement l'administration de la communauté des hygiénistes, dont les relations sont pourtant tout à la fois étroites et complexes depuis Lavoisier ou Cadet de Vaux, empêche de penser leur action dans la fondation même de l'ordre bourgeois et industriel du nouvel État post-révolutionnaire, de ses impératifs et de ses messages : l'acclimatation de l'industrie par la légitimation de ses nuisances, car il faut accumuler le capital et produire sans entrave ; la stigmatisation morale des mœurs populaires (l'alcoolisme, l'onanisme, le crétinisme, l'économie des déchets, les maladies, bref toute la thématique de la dégénérescence), car il faut justifier les politiques conservatrices de ségrégation sociale ; enfin, l'assimilation des théories hygiénistes à la science, car il faut fabriquer un discours du progrès contre les réminiscences de l'Ancien Régime. » (Leroux, 2010¹³⁴)

L'hygiénisme apporte, à cette époque, une validation scientifique à des mesures qui visent en réalité la structuration d'un ordre social et économique. La lecture des corps ouvriers proposée par cette « communauté savante » et la discipline qu'elle induit sont des outils politiques qui mènent *in fine* à l'occultation des risques du travail industriel.

¹³⁴ Recension de Gérard Jorland, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle* (2010).

b. À la suite du développement du machinisme, une multiplication des procès

Les années 1830 voient malgré tout une arrivée massive au sein des tribunaux de procès concernant des accidents du travail suite à l'introduction des machines dans les usines (Duclos, 1986) : la menace, alors, est accidentelle, et non pathologique¹³⁵. Le cadre juridique de l'époque et fondé sur la faute, l'ouvrier accidenté doit donc, pour obtenir réparation¹³⁶, démontrer la faute de l'employeur, son préjudice, et le lien de causalité entre les deux (Verkindt, 2013)¹³⁷, une démarche exigeante et complexe. L'accident du travail, en effet, n'est pas abordé comme une catégorie juridique spécifique, il est pensé à travers le seul filtre du droit civil, soit comme le produit d'une volonté, du hasard ou du destin (Lenoir, 1980). La réponse de la jurisprudence s'oriente vers une déresponsabilisation du patron, les juges reprenant l'argument libéral d'une compensation monétaire déjà intégrée dans le salaire attribué à l'ouvrier¹³⁸. Cette orientation s'appuie sur trois présupposés : la conscience de l'exposition au risque, le libre choix de s'en extraire et la légitimité d'une équivalence prime salariale/fonctions corporelles perdues. Cette approche libérale, qui néglige totalement les contraintes matérielles que subissent les travailleurs, trouve des prolongements aujourd'hui encore. Dufrière, à l'époque, la formule ainsi :

« Les professions réputées largement dangereuses sont celles généralement rémunérées en proportion du risque couru et ceux qui les acceptent le font librement, voulant compenser ce risque par des avantages en rapport, de sorte que dans l'hypothèse de l'adoption (d'une loi), le travailleur serait indemnisé deux fois : la première dans le contrat de travail, la seconde dans l'indemnité de maladie. » (Dufrière, 1902, cité par Buzzi, Devinck, et Rosental, 2006, p.15)

Cette réponse s'avérant moralement et financièrement largement contestable, certaines victimes vont progressivement gagner leur procès pour « négligence coupable » commise par le patron. Ainsi, dans les années 1840, « l'imputation de la responsabilité par les conseils de prud'hommes

¹³⁵ Une appréhension qui n'a pas disparu chez les travailleurs pourtant exposés à de nombreuses pathologies, cf chapitre 7.

¹³⁶ Ce terme est emprunté au vocabulaire juridique et renvoie à la compensation, pour une victime, du dommage subi par celui qui en est responsable. Si l'idée sous-jacente est de replacer la victime dans l'état dans lequel elle se situait avant la survenue du préjudice, la réparation du corps n'est, bien sûr, jamais littérale, il s'agit d'une « fiction juridique ».

¹³⁷ Je m'appuie ici sur une conférence enregistrée en mai 2013 à l'Université de Paris 1 (Panthéon Sorbonne), intitulée : « Le corps au travail - Une approche par les normes juridiques ».

En ligne : https://www.youtube.com/watch?v=IGcenWr_LWg

¹³⁸ En effet, à l'époque, le « contrat de louage » impose une seule obligation de salaire, celui-ci couvrant, déjà, les risques encourus dans le travail (Lenoir, 1980).

est loin d'être toujours défavorable aux ouvriers ; si certains considèrent que le travailleur connaît les risques qu'il encourt et doit les assumer en connaissance de cause, d'autres, plus nombreux à mesure que le siècle avance, estiment que c'est à l'employeur d'endosser cette responsabilité. » (Bruno *et al.*, 2012, p.36) : la bienfaisance et la charité ne suffisent plus à la réparation. Cette redéfinition progressive de la responsabilité s'accompagne d'un nouvel intérêt pour les corps ouvriers.

c. L'émergence d'un intérêt nouveau pour les corps ouvriers – la « question sociale »

Le contexte géopolitique de l'époque, avec les guerres coloniales, participe à révéler l'état de ces corps ouvriers, pour la plupart déclarés inaptes au combat. Ce contexte favorable, combiné à la volonté de certains philanthropes, débouche sur un « grand mouvement d'enquêtes sociales » afin de déterminer « l'état physique et moral de l'ouvrier » – auquel participe le célèbre médecin Louis-René Villermé¹³⁹. Il remet en question l'idée alors dominante que l'inégalité devant la mort dépendrait de facteurs environnementaux, liés à l'architecture, à l'habitat ou encore à la proximité de la Seine pour mettre en cause les inégalités économiques (Gelly et Pitti, 2016)¹⁴⁰. Il renonce ainsi au concept d'insalubrité professionnelle et crée celui, à double tranchant¹⁴¹, de condition ouvrière (Duclos, 1986) : on passe d'une notion environnementale à une appréhension socio-économique. Pour autant, s'il introduit bien une rupture avec la tradition environmentaliste néohippocratique, il « focalise son attention sur des critères sociologiques : il désincarne le travail et l'ordonne dans les cases lisses de la statistique » (Leroux, 2011, p.114). Ainsi, « la figure de Louis-René Villermé incarne l'ambiguïté de ces hygiénistes du XIX^e siècle, à la fois préoccupés par la santé des travailleurs, mais refusant d'accorder une grande importance aux causes professionnelles » (Le Roux, 2011 (2), p.45), préservant ainsi l'industrialisme¹⁴² et diffusant une approche individualisante de la

¹³⁹ Louis-René Villermé a publié une série de mémoires sur les ouvriers entre 1822 et 1840.

¹⁴⁰ Si l'iconographie païenne et chrétienne véhicule l'idée d'une « égalité des rangs et des fortunes devant la mort » (Lecuyer et Brian, 2000, p.33), des disparités vont progressivement être mises en avant, tout en conservant une explication céleste. C'est dans ce contexte que Louis-René Villermé introduit une « rupture sociale » : pour lui, ce sont les inégalités de richesse qui expliquent les disparités de mortalité. Malgré une construction statistique qui connaît bien des limites, cette approche propose une lecture innovante, qui sort notamment de la théorie des miasmes. Elle est d'ailleurs relativement mal reçue par le milieu savant de l'époque, révélant en creux la structuration – les pratiques et les conceptions – du champ scientifique de l'époque (*ibid.*).

¹⁴¹ Évoquer la condition ouvrière revient également à essentialiser et moraliser les (corps) ouvriers.

¹⁴² En effet, Louis-René Villermé et Alexandre Parent-Duchâtelet se sont positionnés en opposition à Bernardino Ramazzini : « Dans les années 1830 et 1840, [...] les fondateurs de l'hygiénisme, à l'image de Louis-René Villermé et Alexandre Parent-Duchâtelet en France ou Edwin Chadwick en Angleterre, avaient mené une campagne systématique pour occulter Ramazzini des institutions officielles de santé (La Berge 1992 : 149-159 ;

santé¹⁴³. Toutefois, la mobilisation ouvrière restant faible, pour le moment, autour de cette question des conditions de travail, c'est finalement une part de l'élite (médecins hygiénistes et parlementaires) qui va contribuer à questionner la normalité du risque productif et à modérer une lecture de la vulnérabilité ouvrière réalisée jusqu'alors en terme essentiellement d'insalubrité dans le cadre d'une « médecine miasmatique » (Jorland, 2010).

Le sort des ouvriers préoccupe ainsi bien moins que les « nuisances externes de l'usine » : la question environnementale précède la question professionnelle, un processus décrit également par Michel Foucault dans « Naissance de la médecine sociale » (Foucault, 1977). En effet, « la médecine comme technique de normalisation de la force de travail » (Renault, 2008, p.196) n'émerge que tardivement : la recherche de la conservation de la santé a d'abord relevé d'un objectif d'accroissement de la puissance économique et militaire de l'État, avant d'investir le milieu urbain avec l'hygiène publique et le souci pour la salubrité du milieu ambiant (la médecine dite urbaine) (*ibid.*). C'est donc seulement après ces deux premières étapes que la médecine aurait considéré la sphère professionnelle par le biais notamment d'une « médecine du travail coercitive » (*ibid.*).

Le souci pour les corps ouvriers est donc tardif, et relève de l'investissement productif. Cette tendance à reléguer au second rang les risques subis par les travailleurs semble bien transversale : c'est le cas ici, où la question de la santé des habitants prévaut sur celle des travailleurs, comme cela a pu être le cas pour l'amiante, où la perspective d'une atteinte des consommateurs a permis, parmi d'autres facteurs, l'amorce d'un véritable scandale sanitaire (Henry, 2000). Les questions de santé s'avèrent donc plus ou moins légitimes selon les espaces (et les classes¹⁴⁴) et révèlent ainsi toute la banalisation du danger dans le cadre professionnel,

Vincent 2011a). Dans une série d'articles et de rapports, ils s'étaient efforcés de montrer que le médecin italien avait exagéré le lien entre maladie et profession, en minorant l'importance de l'hygiène publique. Soucieux de contrer toute tentative pour contrecarrer les mesures libérales destinées à encourager l'essor industriel, ils avaient dévalorisé la réputation du *De morbis artificum diatriba*. » (Vincent, 2012, p.90-91).

¹⁴³ Malgré tout, ces enquêtes conservent le mérite de révéler l'état catastrophique général de la population ouvrière : manque de sommeil et de nourriture, amplitude de travail considérable, déplacements contraints, *etc.* Les outils de mesure qui commencent à être mobilisés révèlent notamment que la durée moyenne de vie d'un mineur est, en ce milieu du XIXe siècle, de 37 ans.

Franck Thénard-Duvivier (coord.), « Les mondes du travail en France de 1800 à nos jours », Conférences et débats, Saint-Étienne, 20 janvier 2011.

En ligne : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Actes-Fauriel-def_3_couleurs_BR-2.pdf

¹⁴⁴ Anne-Chantal Hardy cite, à propos de l'investissement des pouvoirs publics dans le traitement du cancer, le professeur Jean-Alban Bergonié, qui, en 1923, tient le raisonnement suivant : « Le cancéreux que nous voyons dans ces consultations [...] est ordinairement un sujet dans toute la plénitude de son activité. Il a une valeur sociale

les maux du travail, tant qu'ils ne contraignent pas massivement la reproduction de la force de travail, n'étant finalement que les « effets secondaires » des exigences productives (Marchand et Primerano, 2019).

d. Le développement d'une « hygiène industrielle »¹⁴⁵

« Le premier traité explicitement consacré à l'hygiène industrielle, et non plus seulement à l'hygiène administrative des établissements dangereux, insalubres ou incommodes » paraît finalement en 1860 (Moriceau, 2009, p.13). Il ouvre alors la voie à « un demi-siècle d'observation intensive [par le biais de monographies professionnelles] et de démonstration des risques professionnels [dans une optique de toxicologie industrielle], conjuguées à un certain activisme de la communauté hygiéniste pour faire reconnaître l'importance et la légitimité de l'hygiène industrielle » (*ibid.*, p.14) : après Louis-René Villermé, on assiste à une focalisations scientifique nouvelle sur l'observation, marquant un glissement de la statistique départementale à la statistique hygiéniste (Lecuyer et Brian, 2000). Bien que les connaissances se diffusent progressivement (par le biais de revues, de congrès ou encore d'expositions), en construisant une expertise sur les conséquences de l'activité industrielle, les médecins développent un « savoir pouvoir » considérable à la fois sur l'ouvrier, mais aussi sur les industriels. En effet, la préservation de la santé des ouvriers et la réparation des maux qui les affligent concentrent des intérêts antagoniques (Devinck, 2010) que Rémi Lenoir explique ainsi :

« L'histoire du droit rappelle que la reconnaissance de l'accident comme accident professionnel est inséparablement un enjeu économique et idéologique de la lutte entre les classes dans la mesure où toute définition de l'accident du travail désigne nécessairement le responsable sur lequel pèsent le coup symbolique de l'imputation

relative quelquefois considérable : c'est un père ou une mère de famille, un ouvrier habile, un agriculteur encore solide, une femme quelque temps après la ménopause, etc. Évidemment, *cette valeur sociale est souvent encore plus grande chez les cancéreux des classes aisées*, mais, que ce soit dans les unes ou dans les autres, on peut dire que le cancéreux au début et même pendant une assez longue période, précisément la période où il est guérissable par les moyens actuels, n'est pas un *déchet social*, loin de là. Et si on le conserve, ce n'est pas une non-valeur que l'on recouvre pour la société. En un mot, *socialement parlant, la lutte contre le cancer peut payer* ». La logique est donc ambivalente : les « classes aisées » possèderaient une valeur sociale supérieure, mais celle-ci « peut dorénavant être comparée à une autre, économique, où l'entretien des corps utiles peut devenir rentable. » (Hardy, 2013, p.52). Toutefois, s'il est aujourd'hui admis que la collectivité doit prendre en charge l'accès aux soins de tous – ou presque, la lutte contre le cancer passe peu la frontière de l'espace professionnel.

¹⁴⁵ Caroline Moriceau décrit l'hygiène industrielle comme un « savoir singulier, écartelé entre médecine et technique » (Moriceau, 2002) qui fait écho aux difficiles postures médicales des médecins spécialistes du travail - au sein des centres de consultations de pathologies professionnelles, ou dans l'activité des médecins inspecteurs du travail, notamment. Les internes sont ainsi parfois amenés, au cours de leur formation, à visiter les sites industriels locaux.

de la faute et le coût financier de la prise en charge de la victime. » (Lenoir, 1980, p.80)¹⁴⁶

Pour autant, malgré cette accumulation de données médicales et leur organisation « en faveur d'une institutionnalisation de l'hygiène industrielle », les médecins se gardent de toute contestation (Devinck, 2010, p.71), certains ayant intégré une vision fataliste du risque au travail : ainsi, pour Caroline Moriceau, « alors même qu'ils analysent les conditions de travail, les emplois toxiques, les gestes dangereux, ils disent et cautionnent cette loi implacable qui veut que le travail industriel s'accompagne *fatalement* de maux et de souffrances » (Moriceau, 2009, p.18). Les industriels, quant à eux, se défendent de toute tentative de responsabilisation et les mesures politiques tardent. Ainsi, il faudra attendre 1891 pour que soit publiée en France la première étude statistique d'ampleur relative à la morbidité et la mortalité par profession à Paris (Dartevelle, 2016).

e. Une prise en compte réglementaire progressive du travail pathogène et mortel

C'est à la fin du siècle, avec une « inflexion sociale » de l'État qui commence à investir la sphère privée que se forme un contexte politico-social favorable à une législation autour des conditions de travail (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006). Pour Denis Duclos, il s'agit d'une « vaste entreprise de modernisation et de régulation étatique du système capitaliste en plein essor ». Pour d'autres (notamment Verkindt, 2013), l'émergence des premières lois sociales (1841, 1874) est plus ambiguë : derrière la protection de l'ouvrier motivée par des préceptes philanthropiques et hygiénistes, il s'agirait aussi (et surtout) de sauvegarder et de reproduire la force de travail¹⁴⁷ (et pour les ouvrières, leur force de reproduction).

Sur la scène politique toutefois, Martin Nadaud plaide dès 1880 pour la responsabilité civile et pénale des employeurs dans les AT/MP (Duclos, 1986). Sans succès, il faudra attendre la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, préparée depuis près de dix ans par certains hygiénistes (Moriceau, 2009), pour que la problématique des effets du travail sur les corps trouve une concrétisation réglementaire.

¹⁴⁶ La loi concernant les maladies professionnelles étant une extension de la loi relative aux accidents du travail, la logique qui les sous-tend et les enjeux qui lui sont liés sont les mêmes.

¹⁴⁷ Anne-Chantal Hardy l'évoque ainsi : « L'État préserve avant tout les travailleurs dans l'impossibilité d'assurer par eux-mêmes la conservation de leur santé, et il protège ainsi une source de profit pour les classes dominantes, propriétaires des moyens de production. La productivité et la fidélisation de la main-d'œuvre étant problématiques dans l'industrie de la fin du XIXe siècle et du début du XXe, les assurances sociales pouvaient contribuer à les améliorer. » (Hardy, 2013, p.53)

L'arrêt veuve Teffaine est en ce sens un moment juridique important. Le 16 juin 1896, la Cour de Cassation reconnaît la responsabilité d'un employeur dans l'exposition d'une chaudière selon le principe de la responsabilité du dommage causé « par les choses que l'on a sous la garde » (Meyer, 2016). Cette étape juridique s'inscrit dans la continuité de la nouvelle interprétation qui est faite, vers 1880, de l'article 1384 du Code civil dans le sens d'une « responsabilité spéciale » : on dit alors que « tout propriétaire, par le seul fait qu'il est propriétaire, court des risques, dont il doit endosser les conséquences, tout comme il profite des avantages du droit de propriété » (Roberti-Lagarde, 1927, p.16). Si Henriette Roberti-Lagarde y voit une « déformation » du droit, elle ne s'en justifie pas moins par « le désir louable d'améliorer le sort de l'ouvrier » (*ibid.*, p.17). Cependant, cette interprétation ne fait pas l'unanimité tant il s'agit là aussi des prémices d'une évacuation de la faute en faveur d'une nouvelle « théorie juridique », celle du risque professionnel (*cf* point 2).

La loi sur les accidents du travail sera formalisée deux ans plus tard, en 1898. Souvent présentée comme un compromis, un « deal »¹⁴⁸, cette loi novatrice repose sur une logique assurantielle, constitutive d'« un ordre juridique à part pour les effets du travail sur les corps des travailleurs » (Henry, 2019, p.6). Elle propose ainsi une réparation forfaitaire qui socialise le risque : la question des maux du travail sort de l'espace judiciaire pour intégrer un espace hybride, à la fois médical et administratif. De cette façon, « le juge cède la place à l'expert » (Ewald, 1986, p.293) et l'employeur gagne son impunité, provoquant l'insatisfaction du mouvement ouvrier.

Avec cette loi initiale, la question des maladies professionnelles est laissée en suspens. Pourtant, Camille Raspail proposait, dès 1888, une prise en compte commune des accidents du travail et des maladies professionnelles (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006). Cet amendement, rejeté par la Chambre, conduit à façonner des catégories bien distinctes au sein même des atteintes du travail. S'en suivra alors un affrontement entre syndicat et patronat qui va durer près de vingt ans. En effet, du côté ouvrier, le mouvement s'est réorganisé avec la commune de Paris et peut désormais se regrouper en syndicats. Une série de congrès se succèdent avec pour point d'orgue l'établissement d'une liste de produits toxiques et une grande étape, en 1898, avec la fin de l'utilisation du phosphore, responsable du phosphorisme, et la prise en charge intégrale des arrêts maladie par l'État dans les manufactures d'allumettes (Devinck, 2009). Ces mesures

¹⁴⁸ Ce terme est discuté par le juriste Jean-Jacques Dupeyroux dans : Dupeyroux, 1998.

emblématiques prises sous l'effet d'un ensemble de facteurs sociaux, politiques et techniques, font tache d'huile sur d'autres corps de métier.

C. Après le XIX^e siècle

a. L'opposition du lobby industriel

À l'orée du XIX^e siècle, la commission d'hygiène industrielle met à l'ordre du jour « l'étude des maladies exclusivement engendrées ou nettement provoquées par un travail professionnel [et] l'établissement de la liste des industries susceptibles d'engendrer ou de provoquer ces maladies » (Dartevelle, 2016, p.88). Le gouvernement est alors invité par le Parlement à travailler en ce sens. Parallèlement, à la fin de l'année 1901, sous l'impulsion des peintres en bâtiment qui réclament la suppression du plomb dans les peintures et l'assimilation des coliques de plomb aux accidents du travail, Jules-Louis Breton, chimiste et parlementaire d'extrême-gauche, propose un projet de loi à l'Assemblée nationale qui va, de nouveau, dans le sens de l'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail (Devinck, 2010). En réaction, les industriels menacent d'utiliser les médecins comme outil de contrôle et de repérage des vulnérabilités chez les ouvriers. L'opposition du patronat s'appuie alors sur un argumentaire technique : des substituts à l'agent incriminé ne sont pas toujours possibles, une absence qui risquerait de mettre en péril la production – et, *a fortiori*, l'activité des ouvriers. Mais leur argumentaire est aussi largement médical : la multifactorialité, les prédispositions héréditaires et l'alcoolisme ne permettent pas de conclure à une responsabilité certaine, alors même qu'il existe des désaccords entre experts et que les dispositifs statistiques disponibles sont insuffisants. Il s'agit là d'une instrumentalisation du doute scientifique qui perdure aujourd'hui encore (Thébaud-Mony, 2014 ; Counil et Henry, 2016 ; cf chapitre 4). En effet, ces arguments, qu'ils tiennent à la nature des pathologies concernées, au rejet du risque sur l'individu ou aux menaces sur l'activité productive, n'ont pas cessé d'être exploités et sont communément relayés par l'ensemble des acteurs du champ de la réparation des maux du travail (cf chapitres suivants).

b. Mobilisation syndicale et avancées réglementaires

En 1905, trois nouveaux projets de loi relatifs aux maladies professionnelles sont rejetés. Pourtant, le mouvement ouvrier ne faiblit pas et se réunit à l'occasion du congrès d'Amiens d'octobre 1906, une année particulièrement agitée en termes de revendications sociales. La CGT y réclame « l'éradication de "tous les poisons industriels" » (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006, p.14) dans la lignée du phosphore blanc, dont l'emploi est interdit le 26 septembre 1906 par la

convention internationale de Berne¹⁴⁹. L'année 1906 est marquante : si elle voit se dérouler la catastrophe de Courrières¹⁵⁰ qui, avec ses 1099 morts, soutient avec force la nécessité d'une réglementation accrue du travail, elle voit aussi s'amorcer l'institutionnalisation de cette question avec la création du Ministère du travail. Quatre ans plus tard, en 1913, une loi est finalement adoptée par la Chambre des députés. Celle-ci propose une liste minimale des maladies ouvrant droit à réparation dans certaines conditions préalablement définies : si ces conditions sont réunies, la maladie est automatiquement présumée imputable – pécuniairement – à l'employeur. Le malade peut alors prétendre à une indemnisation forfaitaire, correspondante à un taux d'incapacité médicalement déterminé. À cette liste minimale est jointe une liste complémentaire, mais sans perspective indemnitaire (cette seconde liste visant l'étude postérieure des maladies répertoriées pour décider d'un éventuel passage sur la première liste). Il s'agit là de la catégorie « maladie à caractère professionnel » (*cf* chapitre 4). La loi est ratifiée tardivement par le Sénat en 1919, ainsi contemporaine de la création de l'organisation internationale du travail (OIT) qui poursuit cette ambition extranationale de réglementer le travail mais aussi, à la sortie de la première guerre mondiale, d'assurer la paix. Cette loi qui organise la réparation des maladies du travail « résulte [...] d'un compromis qui écarte d'autres formules, notamment la solidarité ouvrière autonome et une vision extensive de la responsabilité prise en charge par la voie judiciaire [Fishback et Kantor, 1992 ; Lester, 2001] » (Bruno et *al.*, 2011, p.37). Elle donne lieu, ainsi, à des réactions polarisées : loi ridicule, sans perspective, pour les syndicalistes, « charge écrasante » pour les entreprises. On perçoit bien ici les enjeux forts qui opposent employeurs et salariés (majoritairement ouvriers) : en émanant directement du contrat de travail¹⁵¹, le droit relatif aux AT/MP s'inscrit dans une relation de subordination. Plus encore, on pourra questionner, à la suite de Rémi Lenoir, l'impact « neutralisant » de cette loi sur la question de la réparation des maux du travail. En effet, les procédures judiciaires, aussi longues et complexes ont-elles pu être, représentaient

¹⁴⁹ Signataire de ce traité, la France a interdit l'utilisation du phosphore blanc, comme nous venons de le mentionner, dès 1898, au terme de six années de combat des allumettières. Il s'agit toutefois d'une réglementation tardive en regard des connaissances médicales constituées dès la moitié du siècle. C'est ainsi que la Finlande interdit la première, en 1872, l'usage de cet agent délétère (Omnès, 2011).

¹⁵⁰ La catastrophe de Courrières, une explosion gravissime dans les mines de charbon du Nord-Pas-de-Calais, est l'accident minier le plus grave d'Europe.

En ligne : <https://fresques.ina.fr/memoires-de-mines/fiche-media/Mineur00153/un-survivant-de-la-catastrophe-de-courrieres.html>

¹⁵¹ Sont ainsi exclus de cette législation les travailleurs indépendants mais aussi agricoles et de la fonction publique, qui ont leur propre régime d'assurance des risques professionnels.

également des moments de « luttes entre les classes » (Lenoir, 1980, p.82), des luttes qui orientaient, aussi, la définition de ces atteintes et de leurs causes.

c. Des découvertes médicales majeures

Le XX^e siècle voit également se succéder une série de découvertes médicales relatives aux effets cancérogènes de certaines substances couramment utilisées en milieu professionnel¹⁵² : en 1910, des cancers du scrotum sont observés chez des travailleurs du textile exposés à des huiles minérales dans l'industrie cotonnière anglaise ; en 1935, un médecin anglais décrit pour la première fois un cancer du poumon en lien avec une exposition aux fibres d'amiante (la première description d'une maladie pulmonaire liée à l'amiante remonte quant à elle à 1906) ; en 1938, un chercheur américain conclut au caractère cancérogène de certaines substances utilisées dans les colorants chez l'animal (des résultats validés par une enquête anglaise, après la seconde guerre mondiale, qui conclut qu'un travailleur y étant exposé sur dix développe un cancer de la vessie) ; en 1965, enfin, des médecins anglais constatent une prévalence des cancers du sinus anormalement élevée, essentiellement chez des ébénistes et des menuisiers (Mengeot, 2007). On perçoit ici l'évolution des modalités de constitution du savoir relatif aux cancers du travail, impactées par la « transition épidémiologique » : à partir de la seconde moitié du XX^e siècle, les maladies vont reposer sur une appréhension probabiliste construite en termes de facteurs de risques (Gaudillière, 2006). Dès lors, les cancers du travail ne sont plus repérés par le biais de l'observation des professions, mais font l'objet d'une appréciation par le risque.

À partir de 1931, pourtant, selon Philippe Davezies, « la liste des maladies professionnelles devient une question technique qui relève de l'administration et des experts. Les maladies professionnelles vont disparaître pour longtemps du débat public » (Davezies, 2003) – à l'exception de la période 1936-1939 – et cèdent la place à la question de l'organisation institutionnelle de la prévention (loi de 1946, création de l'INRS en 1948). Après l'instauration tardive, en 1962, d'une liste minimale européenne des maladies professionnelles, cette question trouve un nouvel écho, en France, à partir des années 1970. Elle aboutira notamment, avec « la pression judiciaire et médiatique des associations de victimes », à l'émergence du scandale de

¹⁵² Dès le début du siècle, certaines substances sont connues pour leur carcinogénicité sur certains organes comme l'aniline pour la vessie, la poussière de goudron pour le poumon ou les rayonnements ionisants pour la peau (Harlay, 1996, p.32).

l'amiante (*ibid.*). Les rapports de force qui opposent les employeurs et les salariés vont alors trouver un prolongement judiciaire avec le développement de contentieux pénalisés et largement médiatisés, notamment pour les procès concernant des atteintes liées à une exposition à l'amiante (Verkindt, 2013). En réaction, la loi de décembre 1976 relative aux accidents du travail formalise une obligation de prévention¹⁵³, appuyée en juin 1989 par une directive cadre européenne¹⁵⁴ qui définit un souci global de la santé au travail. Cette montée en puissance de la thématique des conditions de travail, la juridisation de l'obligation de prévention et le renforcement des exigences de réparation aboutissent, en 2000, à un nouveau dispositif juridique qui instaure, pour l'employeur, une obligation de sécurité de résultat. La cour de cassation, à travers cette jurisprudence innovante, avait pour ambition d'inciter le législateur à repenser le régime AT/MP, ce qui restera sans succès (*ibid.*).

Ainsi, le repérage et la mise en visibilité des agents cancérigènes en milieu professionnel est largement lié à l'émergence d'un intérêt médical pour les effets du travail sur les corps ouvriers, lui-même indissociable de contextes économiques, politiques et sociaux. Aujourd'hui, pourtant, si on questionne les effets cancérigènes du travail, c'est aussi parce que la population des travailleurs reste une population sentinelle pour constater ces mécanismes délétères : le monde du travail, sur ce point, est un laboratoire de la société¹⁵⁵. Aussi, avec la lente saisie de cette question par les instances politiques et sa réglementation processuelle, la catégorisation des maux du travail se déplace de l'espace judiciaire et des conflits entre classes à un espace hybride médico-administratif et politique dont l'appréhension, complexe, motive cette recherche.

2. La « maladie professionnelle », une catégorie construite entre compromis et probabilité

A. Une logique assurantielle

a. La notion de risque : une certaine idée de la fatalité

Une « mathématique de la réparation »

¹⁵³ Pour Rémi Lenoir cependant, cette loi matérialise le passage de la question de la réparation et de la responsabilité qui lui est sous-jacente à celle de la sécurité, soit « du terrain de la politique à celui des techniques de prévention ». Cette évolution « suppose que les agents s'accordent sur l'idée qu'il puisse y avoir une étiologie objective des accidents du travail » (Lenoir, 1980, p.84) et occulte ainsi toute la dimension conflictuelle de cette catégorie.

¹⁵⁴ Il s'agit de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

¹⁵⁵ Il s'agit de la perspective adoptée notamment par le GISCOP.

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, nous l'avons évoqué, l'ouvrier qui souhaite faire reconnaître la responsabilité du travail qu'il exerce dans l'usure prématurée de son corps devait s'inscrire dans une démarche classique de droit commun de la responsabilité (Article 1382 et suivants du Code civil) : c'est à lui que revenait la charge de la preuve, soit de faire la démonstration de la faute de l'employeur (Buzzi, Devinck et Rozental, 2006). Avec la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail et son prolongement du 25 octobre 1919, les accidents du travail et les maladies professionnelles vont passer dans le champ du droit social : la charge de la preuve est abandonnée au profit d'une présomption d'origine (dans certaines conditions négociées¹⁵⁶) et l'employeur est exonéré de sa responsabilité pénale. La notion de « faute » est en effet mise de côté pour consacrer une responsabilité automatique qui, en sus de garantir l'immunité de l'employeur, cantonne la réparation (Verkindt, 2013). De cette façon, la loi de 1898 introduit un système assurantiel¹⁵⁷ de gestion du danger sur le lieu de travail :

« La loi de 1898 “invente” la notion de risque professionnel et crée un système d'assurances s'écartant des principes définis par le Code civil. Ce faisant, elle institue un régime plus facile à mobiliser que les principes de la responsabilité civile classique, mais au prix de lourdes concessions : une réparation forfaitaire sans rapport avec le préjudice subi, une immunité de l'employeur contre les recours des salariés hors de ce régime, et une aseptisation totale du phénomène accidentel, puisque les dimensions éthiques, morales et pénales sont évacuées au détriment d'une mathématique de la réparation. » (Meyer, 2016, p. 603)

Le traitement de l'accident¹⁵⁸ qui, avant cette loi, relevait d'une logique « accusatoire », devient donc « assurantiel », c'est-à-dire que « les dirigeants d'entreprise [...] paient pour être dégagés de toute responsabilité » (Juffé, 1980, p.6). Ainsi, « l'imputabilité des accidents du travail ne prendra pas comme référence la faute mais bien les critères de prise en charge, c'est-à-dire une régulation du système essentiellement gestionnaire » (Muñoz, 2003, p.107)¹⁵⁹.

Dès lors, si la charge de la preuve est renversée en faveur de la victime, la contrepartie est lourde puisque l'indemnisation est calculée selon un forfait prévu par un barème qui permet aux

¹⁵⁶ La présomption d'imputabilité vaut dans le cadre de tableaux qui répertorient les pathologies et les conditions d'exposition associées établies par une négociation tripartite (État, patronat, syndicats de salariés).

¹⁵⁷ Cette notion a été introduite notamment par François Ewald qui décrit le passage de nos sociétés à des « sociétés assurantielles », fondées sur des modes de pensées et de gestion de la causalité spécifiques. Il y associe, par ailleurs un enjeu de justice (Ewald, 1986).

¹⁵⁸ Les maladies professionnelles relèvent des mêmes mécanismes.

¹⁵⁹ L'indemnisation, initialement assurée par des assurances privées, sera prise en charge, dans le cadre de l'ordonnance de 1945 qui intègre le risque accidents du travail et maladies professionnelles à la Sécurité sociale, par une assurance sociale – la branche AT/MP de la CPAM, intégrée à la CNAMTS mais autonome (Durand et Ferre, 2016).

entreprises de s'assurer mais également d'anticiper les coûts des dommages causés aux corps de leurs travailleurs. Avec un système d'indemnisation forfaitaire qui rend prévisibles les coûts risqués par l'entreprise en cas de survenue d'une atteinte qui lui serait imputée, la voie est en effet ouverte à une organisation gestionnaire de la santé au travail en entreprise, basée sur la mise en balance des coûts afférents à la prévention et à la réparation : il s'agit, dans la continuité du début du XX^e siècle, d'évaluer les coûts de l'énergie corporelle¹⁶⁰.

Une institutionnalisation¹⁶¹ du risque au travail

Dès 1945, la « maladie professionnelle », construite en tant que risque, va se trouver annexée au Code de la Sécurité sociale. Elle y est définie de cette façon :

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. »

Développer une maladie du fait de son travail fait donc référence à un risque social : le risque est conçu comme inhérent à la société, et, de fait, inévitable ; il s'agit dès lors de l'assurer, en définissant « le prix que la collectivité doit payer pour l'augmentation de sa richesse. » (Davezies, 2003). En se situant en dehors du champ de la faute, ce système objective l'accident et la maladie et constitue une forme d'acceptation officielle du risque (Juffé, 1980) qui décharge les employeurs de l'obligation d'une réparation intégrale du préjudice subi par l'ouvrier. Ainsi, « devant l'absence de poursuites, l'opinion publique se confirme à l'effet que les blessures et décès au travail sont des événements normaux, inévitables, des risques inhérents à la société

¹⁶⁰ Ainsi, de façon générale, pour Sami Dassa : « L'équilibre s'établit à un niveau qui incorpore une diminution des risques, quand le coût de l'indemnisation, de la réparation et de la récupération des pertes de production consécutives à des dégâts humains s'avère plus forts que le coût de la prévention. Le niveau de risques est abaissé jusqu'au point où cela peut amener des gains de productivité [...] » (Dassa, 1976, p. 398) – dans la mesure où les usures du travail parviennent à être réparées, et ainsi intégrées aux coûts de production, sans quoi elles restent « purement et simplement ignorés, occultés, chassés du champ socio-économique de l'entreprise » (*ibid.*). Toutefois, c'est précisément l'existence du barème de réparation qui permet aux employeurs de se positionner en amont des dommages et d'anticiper ces coûts.

¹⁶¹ Le terme est employé ici dans son acception la plus vaste, et non plus seulement dans son sens politico-juridique.

moderne »¹⁶² (Lippel, 1988, p.36), accidents et maladies relevant d'une « fatalité du milieu ambiant » (Mattéi, 1976, cité par Buzzi, Devinck et Rosental, 2006, p.11).

La normalisation du risque au travail organisée par ce cadre réglementaire trouve en effet un large écho dans le corps social. Ces quelques commentaires en réaction à un article de sociologie vulgarisée¹⁶³, publié par un journal en ligne, participent à en témoigner :

« Par lorelei ist traurig le 03/02/2019 à 15 :54

Pour Julie Primerano et Anne Marchand

Mesdames, désolé de vous apprendre que la vie est une MST constamment mortelle

Par aligoté le 03/02/2019 à 14 :51

LA VIE TUE

C'est une évidence. Même ces articles sont fatigants c'est peu dire... »

Cette appréhension « banalisante » se donne également à voir, chez les malades eux-mêmes, avec des bornes parfois mouvantes que nous aborderons dans le chapitre 7. Enfin, le risque peut également être socialisé, normalisé sous conditions. Jorge Muñoz, en effet, montre que dans la sphère associative, le risque est « toléré à condition que celui-ci soit réparé à sa juste valeur » (Muñoz, 2003 (2), p.117).

L'idée que les corps des travailleurs sont inévitablement mis à l'épreuve par l'exercice de leur travail se rejoue dans la production d'un outil : les valeurs limites d'exposition professionnelles (VLEP). Cet outil de gestion des risques professionnels, tardivement introduit en France en regard d'autres pays comme les États-Unis ou l'Allemagne¹⁶⁴, « détermine des seuils d'exposition admissibles »¹⁶⁵, soit les « doses d'expositions *tolérables* sur un lieu de travail » (Péry, 2013). Selon Caroline Moriceau, cette modalité de lecture du risque trouve ses racines

¹⁶² L'affaire Chapron, qui renvoie à une mobilisation d'ampleur, en 1975, à la suite d'une mise en détention provisoire d'un PDG consécutive à un accident mortel au sein de son entreprise, peut être lue comme une manifestation marquante de cette acceptation sociale du risque au travail.

¹⁶³ Publié à l'origine par le site The Conversation, l'article a été réutilisé par le journal Le Point.

En ligne : https://www.lepoint.fr/sante/cancer-quand-le-travail-se-revele-toxique-03-02-2019-2291012_40.php

¹⁶⁴ Les VLEP ont été introduites dans la réglementation française au cours des années 1990-2000 – sous l'impulsion de l'Union Européenne notamment – alors même qu'en Allemagne, la première valeur limite a été calculée dès la fin du XIX^e siècle (Counil et Henry, 2016).

¹⁶⁵ Plus précisément, « la définition réglementaire de la VLEP donnée par le Code du travail reprend la définition fixée au niveau européen. Il s'agit de la limite de la moyenne, pondérée en fonction du temps, de la concentration d'un agent chimique dangereux dans l'air de la zone de respiration d'un travailleur au cours d'une période de référence déterminée. Au niveau réglementaire, la période de référence est soit de 8 heures (VLEP 8 heures), soit de 15 minutes (VLEP court terme) » (Ministère du travail, 2007). Ainsi, les VLEP sont constituées uniquement pour des expositions par inhalation et en regard d'une exposition unique. Elles peuvent, à cet égard, paraître insatisfaisantes, tant elles lissent la complexité des situations d'exposition en milieu professionnel.

dans le fatalisme hygiéniste. En 1888, le médecin Gabriel Pouchet (cité par Moriceau, 2009, p.18) écrit :

« Quels que soient les soins et précautions apportés à la fabrication des allumettes, il y aura toujours quelques nécroses phosphorées, comme il y aura toujours quelques saturnins parmi les fabricants de composés plombiques et quelques intoxications mercurielles parmi les doreurs et les coupeurs de poils : c'est là une conséquence fatale de certaines industries ».

Ce fatalisme repose sur une appréciation collective du risque et l'acceptabilité de quelques « victimes » marginales, dont les corps étaient probablement marqués par une « constitution plus fragile ». Les VLEP, en effet, s'établissent sur l'idée qu'il existerait un seuil d'exposition, soit un stade en-deça duquel le corps est généralement capable de supporter l'exposition à certain produits ou procédés sans en être impacté. Cette approche semble pourtant reposer sur des bases scientifiques peu solides. Ainsi, pour l'INRS :

« La plupart des mécanismes qui conduisent une cellule normale à se transformer en cellule cancéreuse sont considérés comme des mécanismes dits "sans seuil". Ceci signifie que la dose à partir de laquelle peut survenir cette transformation n'est pas quantifiable. »¹⁶⁶

La construction de cet outil, dont la technicité introduit une latence réglementaire dommageable pour les travailleurs (Counil et Henry, 2016), paraît dès lors s'inscrire dans une « conception statistique de la santé ou de sa détérioration acceptable » (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006) passéiste, qui occulte l'idée d'une médecine qui partirait de l'individu au travail.

La nécessité de s'accommoder de quelques « martyrs du travail »¹⁶⁷ n'est donc pas la traduction sociale de connaissances scientifiques mais plutôt l'expression d'un souci pour les intérêts des employeurs. Souvent, les seuils d'exposition répondent à un arbitrage largement économique¹⁶⁸ plus qu'à une véritable préoccupation pour la santé des ouvriers. Selon Katherine Lippel, au Québec comme en France, « le mode d'établissement des normes de sécurité dans l'industrie n'est pas fondé sur le principe d'éliminer les risques, mais plutôt sur le désir de trouver un

¹⁶⁶ En ligne : <http://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/effets-sante.html>

¹⁶⁷ Cette image renvoie au cadre sémantique qui a pu être mobilisé dans les premiers temps de la mobilisation pour les droits des victimes du travail, marqué par l'assimilation aux invalides de guerre (notamment : De Blic, 2008).

¹⁶⁸ Des calculs rationnels qui s'exprimaient aux États-Unis, selon Katherine Lippel, sous la forme de tests « coûts-bénéfices » (Lippel, 1988, p.42). Cette approche semble toujours en vigueur, Nicolas Treich présentant, en 2005, les avantages d'une diffusion française de cette « analyse coût-bénéfice » dans le cadre de la prévention des risques, organisée selon lui sur le rôle prépondérant de l'expert, au détriment de considérations économiques et sociales (Treich, 2005).

équilibre entre les coûts de l'élimination du risque et les coûts moyens pour la santé des travailleurs » (Lippel, 1988, p.42). Au travail comme dans d'autres sphères qui impactent la santé des individus, la logique adoptée par les pouvoirs publics est celle du risque et non du danger. Face à un double impératif de protection de la santé mais aussi du marché, les mesures prises conduisent, dès lors, à accepter une marge de risque tolérable¹⁶⁹.

b. La réparation forfaitaire, des corps de moindre valeur

Concernant l'organisation de la « réparation », la maladie professionnelle relevant aujourd'hui du droit social, un malade qui demande la reconnaissance des préjudices corporels en lien avec son travail ne pourra prétendre à une indemnisation au titre du droit commun. En effet, l'indemnisation liée à la « maladie professionnelle » vise à pallier avant tout la perte de capacité de gain¹⁷⁰. L'Assurance maladie l'expose ainsi :

« Si vous êtes atteint d'une maladie professionnelle, vous pouvez bénéficier d'une indemnisation si votre capacité de travail est définitivement réduite en raison de cette maladie. Une indemnisation complémentaire est versée en cas de faute inexcusable de l'employeur¹⁷¹. »

L'individu malade de son travail apparaît dès lors comme un « corps laborieux » (Bonnechère, 1994), dont les atteintes doivent être indemnisées en fonction de leur « valeur industrielle ». En effet, les séquelles indemnisées dans le cadre d'une reconnaissance en maladie professionnelle concernent uniquement les incapacités physiques et leurs conséquences sur l'employabilité de l'individu, les préjudices annexes relevant du vécu de la maladie et de ses impacts sociaux, psychologiques et économiques autres sont ainsi évincés (*cf* chapitre 5). Cette disposition scinde le groupe des victimes, la perte d'un membre au travail étant moins fortement indemnisée que la perte d'un membre dans un accident de la route (Primerano et Marchand, 2019). Ainsi, « la réparation à laquelle peuvent prétendre les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) fait toujours et encore figure de "village gaulois". Pour des raisons historiques et par manque de volonté des pouvoirs publics, cette réparation spécifique est une sorte d'enclave qui résiste à l'intérieur du droit du dommage corporel. » (Del Sol, 2015,

¹⁶⁹ Henri Boullier, <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-30-mai-2019>.

¹⁷⁰ Pour Anne Marchand, toutefois, la réparation forfaitaire résulte également d'un compromis compensatoire à la dimension multifactorielle du cancer : la question de la causalité unique étant irrésolvable, il s'agissait d'admettre la probabilité du rôle du travail tout en contenant l'indemnisation (Marchand, 2018).

¹⁷¹ *Cf* point suivant.

p.292). Les régimes spécifiques d'indemnisation des victimes sont dès lors porteurs de lourdes inégalités qui donnent à voir, pour Philippe Ponet, une transposition de la hiérarchie sociale sur la hiérarchie des corps (Ponet, 2007).

c. Des dispositifs périphériques de réparation intégrale

Si la réglementation de la maladie professionnelle interdit, pour un (ancien) salarié, de rechercher dans le droit commun la responsabilité de son employeur afin d'obtenir une réparation intégrale, il existe toutefois une exception : le recours pour faire reconnaître la « faute inexcusable de l'employeur » (FIE). D'élaboration récente¹⁷², elle repose sur le manquement à l'obligation de sécurité et de résultat à laquelle l'employeur est tenu par le fait du contrat qui le lie au salarié¹⁷³. Le recours à ce dispositif spécifique nécessite, au préalable, la reconnaissance en maladie professionnelle. Il s'agit, de fait, d'une « suite judiciaire », qui n'est pas engagée systématiquement par les malades. Celle-ci est en effet parfois perçue comme franchissant une « limite morale », notamment pour ceux qui se situent en-dehors des associations et du discours victimaire qui peut y être construit (*cf* chapitre 6). Pourtant, c'est parfois le recours au dispositif qui fait advenir la conscience d'être pris dans un antagonisme d'intérêts, amenant à une redéfinition du statut de celui qui s'y engage (*cf* chapitre 7).

Dans ce cadre, il revient au salarié d'endosser la charge de la preuve. Toutefois, lorsque les démarches aboutissent favorablement, la perspective indemnitaire est ici bien plus favorable : il pourra prétendre à un complément d'indemnisation forfaitaire (majoration de la rente) ainsi qu'à la réparation intégrale des préjudices subis et non déjà réparés par la majoration de la rente selon les règles de responsabilité civile qui relèvent du droit commun. L'employeur sera quant à lui chargé de supporter ces coûts et sanctionné d'une cotisation supplémentaire. Les entreprises ont la possibilité de s'assurer en vue de cette procédure ; ainsi peuvent être couverts « l'assistance juridique et la défense devant les juridictions pénales, les tribunaux des affaires de la Sécurité sociale et les juridictions supérieures (cours d'appel, Cour de cassation) ;

¹⁷² Le régime de la faute inexcusable de l'employeur est fixé, dans sa forme actuelle, par les articles L452-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Il résulte d'un arrêt rendu par la Cour de cassation le 28 février 2002 dans le cadre de maladies professionnelles liées à des expositions à l'amiante : la mobilisation autour de ce cancérogène a véritablement été centrale dans l'espace de la réparation des atteintes du travail.

En ligne : <https://www.juritravail.com/Actualite/accident-du-travail/Id/132041>

¹⁷³ Pour Jorge Muñoz, « cet arrêt remplace les quatre principes de la faute inexcusable [...] par deux grands principes : le premier concerne l'invocation par les juges de la notion de responsabilité contractuelle et le second vise l'obligation de sécurité générale. » (Muñoz, 2004, p.109)

la majoration des rentes ainsi que le paiement des préjudices non couverts par le Code de la Sécurité sociale »¹⁷⁴ – une extension du champ des assurances qui paraît bien appuyer une normalisation croissante du risque au travail.

Aux côtés de la faute inexcusable de l'employeur, un autre dispositif permet d'accéder, pour une frange bien délimitée de malades, à une réparation intégrale : le fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Ce dernier est issu d'une initiative politique exceptionnelle qui fait suite au scandale sanitaire qui a précédé son interdiction¹⁷⁵. Il est alimenté par une contribution de l'État et, dans sa plus grande partie, par la branche AT-MP¹⁷⁶. Il est en charge d'indemniser l'ensemble des victimes de l'amiante, soit toutes les personnes ayant développé une atteinte quelle qu'elle soit liée à une exposition à l'amiante dite professionnelle ou environnementale. Les recours au FIVA et à la « faute inexcusable de l'employeur » peuvent se combiner : une démarche en FIE post-FIVA est sollicitée par ce dernier auprès du malade (c'est à lui de prendre la décision d'engager la procédure de reconnaissance de FIE) afin qu'il récupère les sommes versées dans le cas où la responsabilité de l'entreprise est reconnue dans l'atteinte liée à l'amiante. Pour le malade, obtenir gain de cause n'implique aucune perspective d'indemnisation supplémentaire (l'intégralité de son préjudice est considérée comme déjà réparée par le FIVA), seule une majoration de sa rente lui sera proposée. Ce dispositif, s'il ouvre la possibilité à certains malades d'accéder à une réparation au plus près de leur préjudice, scinde la catégorie des malades du travail en introduisant une forte inégalité d'indemnisation selon le cancérogène incriminé dans la survenue de la pathologie. En effet, deux malades atteints du même type de cancer pourront connaître des écarts d'indemnisation parfois de plusieurs dizaines de milliers d'euros selon s'il est considéré comme relevant d'une exposition à l'amiante ou à un autre cancérogène. Les cancers étant multifactoriels, cette inégalité va ouvrir sur des stratégies de déclaration spécifiques dans l'optique de réajuster et d'harmoniser la valeur de ces corps abîmés par le travail (*cf* chapitre 6).

¹⁷⁴ En ligne : http://www.groupe-sma.fr/SGM/jcms/jirect_22155/fr/accident-du-travail-et-maladie-professionnelle-l-assurance-de-la-faute-inexcusable-de-l-employeur

¹⁷⁵ L'existence du FIVA et d'une indemnisation complémentaire se justifie, pour Me de Barny, par le « double préjudice moral » dont seraient victimes ces malades, pris dans un « drame sanitaire » qui les dépasse, soit une forme de collectivisation de leur expérience.

¹⁷⁶ Le FIVA est un fond alimenté à la fois par l'État et la branche AT/MP. En 2010, l'État contribuait à hauteur d'un 1/7e (47 500€ pour un total de 362 500€), une part en baisse par rapport au début des années 2000.

Le cadre légal de la réparation des maux du travail repose donc une appréciation par le risque qui normalise ces atteintes et organise d'importantes inégalités entre les malades. Mais comment sont définies les atteintes qui pourront prétendre à être réparées ?

B. Des « maladies négociées »

a. Une formalisation sous forme de tableaux

En tant que risque assurantiel, la maladie professionnelle, de la même manière que le chômage, va être soumise à la nécessité d'une identification objective par dissociation de la culpabilité individuelle (Zimmermann, 2003), une entreprise qui se révèle problématique. Les tableaux de maladie professionnelle se donnent ainsi à lire comme un système (lacunaire) d'objectivation entre ce qui paraît relever de l'individu et ce qui paraît relever de la responsabilité des entreprises. Cette objectivité est en effet toute limitée, les tableaux étant construits au cours de négociations menées dans le cadre d'une instance tripartite (État, patronat et syndicats salariés). Ils ne résultent donc pas d'évidences scientifiques ou médicales mais d'une élaboration basée sur le compromis, tant et si bien que « le tableau reflète le rapport de force entre salariés et patronat à un instant t (celui de sa négociation), tout autant, sinon plus, que la connaissance médicale d'alors » (Marichalar, 2014, p.92). Certaines parties recourent en effet à une rhétorique de « la prudence scientifique face à l'incertitude » (Bruno et *al.*, 2011), une tentative d'instrumentalisation du doute scientifique (*cf* chapitre 4). Pour reprendre les mots de Paul-André Rosental, les maladies professionnelles se donnent donc à lire avant tout comme des « maladies négociées ». C'est d'ailleurs ce que mentionne un rapport de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 :

« Lors de son audition par votre commission le 11 octobre 2018, la ministre des solidarités et de la santé a déclaré que son ministère réfléchit “à la question de la reconnaissance des maladies professionnelles. J'ai été très étonnée quand j'ai découvert que la liste des maladies professionnelles résultait d'une négociation entre les partenaires sociaux et **qu'elle n'avait donc rien de scientifique**. Muriel Pénicaud et moi-même souhaitons **remettre un peu de science** dans ce processus, ce qui permettra d'améliorer profondément le système actuel”. »¹⁷⁷

Les tableaux de la Sécurité sociale (*cf* figures 4 et 5) sont en réalité des « doubles tableaux », construits sur le modèle de la législation anglaise. Ils comportent, d'une part, un versant médical qui renvoie à l'évaluation des symptômes présentés par le malade et à la caractérisation de son

¹⁷⁷ En ligne : <http://www.senat.fr/rap/118-111-1/118-111-120.html>

atteinte¹⁷⁸ ; et, de l'autre, un versant plus technique, qui repose sur la fragmentation des tâches au sein de l'activité professionnelle. Le travail, dans la réglementation des maladies professionnelles, est un travail parcellisé. Une troisième colonne complète ces tableaux, qui précise un critère médicoadministratif d'ordre temporel, le délai de prise en charge, soit la durée au-delà de laquelle la maladie ne peut plus prétendre être prise en charge au titre de la maladie professionnelle. Il s'agit là, en quelque sortes, d'un délai de prescription pour l'employeur. Ce critère est, au vu de ses implications, largement soumis à négociations.

Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante

Date de création : Décret du 22 mai 1996 | Dernière mise à jour : Décret du 14 avril 2000

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CETTE MALADIE
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans).	Travaux directement associés à la production des matériaux contenant de l'amiante. Travaux nécessitant l'utilisation d'amiante en vrac. Travaux d'isolation utilisant des matériaux contenant de l'amiante. Travaux de retrait d'amiante. Travaux de pose et de dépose de matériaux isolants à base d'amiante. Travaux de construction et de réparation navale. Travaux d'usinage, de découpe et de ponçage de matériaux contenant de l'amiante. Fabrication de matériels de friction contenant de l'amiante. Travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante.

Figure 4. Tableau 30 Bis

¹⁷⁸ Précisons en ce sens que, si les premières inscriptions de cancers au sein des tableaux ont été relativement précoces, elles occultent en réalité une histoire plus complexe, leur contenu n'étant pas fixé une fois pour toutes, ce qu'Anne Marchand décrit très bien dans son travail de thèse (Marchand, 2018).

Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques suivantes et leurs sels : 4-aminobiphényle et sels (xénylamine) ; 4,4'-diaminobiphényle et sels (benzidine) ; 2-naphtylamine et sels ; 4,4'-méthylène bis (2-chloroaniline) et sels (MBOCA) ; 3,3'-diméthoxybenzidine et sels (o-dianisidine) ; 3,3'-diméthylbenzidine et sels (o-tolidine) ; 2-méthylaniline et sels (o-toluidine) ; 4-chloro-2-méthylaniline et sels (p-chloro-o-toluidine) ; auramine (qualité technique) ; colorants suivants dérivés de la benzidine : CI direct black 38, CI direct blue 6, CI direct brown 95.

Date de création : Décret du 6 novembre 1995 | Dernière mise à jour : Décret du 1 août 2012

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de cinq ans)	Travaux exposant aux amines aromatiques visées, notamment : - travaux de synthèse de colorants dans l'industrie chimique ; - travaux de préparation et de mise en oeuvre des colorants dans la fabrication d'encre et de peintures ; - travaux de préparation et de mise en oeuvre des colorants dans l'industrie textile, l'imprimerie, l'industrie du cuir et l'industrie papetière ; - travaux de fabrication d'élastomères techniques en polyuréthanes ou en résines époxy utilisant la 4,4' - méthylène bis (2-chloroaniline) et ses sels (MBOCA), notamment comme durcisseur ; - travaux de pesage, de mélangeage et de vulcanisation dans l'industrie du caoutchouc, particulièrement avant 1955.

Figure 5. Tableau 15 TER

Ces deux tableaux donnent à voir leur standardisation autour des trois dimensions évoquées : la désignation de la maladie, le délai de prise en charge ainsi que la liste des travaux « susceptibles de provoquer la maladie ». Toutefois, le premier tableau, contrairement au second, présente une liste limitative des « travaux susceptibles de provoquer cette maladie ». Cela signifie que si un malade souffre d'un cancer bronchopulmonaire, qu'il a été exposé pendant au moins dix ans aux poussières d'amiante dans l'exercice de son travail, que la fin de cette exposition n'est pas antérieure à 40 ans, mais qu'il n'a pas effectué de travaux correspondants à la liste proposée, celui-ci ne pourra pas voir l'origine de son cancer reconnue en première instance. Il devra, ainsi, s'adresser au système complémentaire, ou contester directement la décision de la caisse, afin de solliciter la Commission de recours amiable (CRA) puis le Tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) (*cf* suite de ce chapitre). Le second propose quant à lui une liste uniquement indicative, soit un guide des activités les plus exposantes au cancérogène mentionné dans le titre du tableau (ici les amines aromatiques).

Ces tableaux, plus ou moins restrictifs, donnent à voir toute la dimension médicoadministrative et négociée de la catégorie.

b. Le COCT, une instance de négociation inégalitaire

L'instance en charge de l'élaboration et de la modification des tableaux est une commission spécialisée du Conseil d'orientation des conditions de travail, composée de représentants de salariés, de représentants d'employeurs, de membres de départements ministériels, de représentants des organismes nationaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention et de « personnes désignées au titre de leurs compétences »¹⁷⁹. Pour la décrire, le docteur Harol évoque sans ambiguïté un « *aspect scientifique complètement détaché de l'aspect administratif* », un « *marchandage de tapis* » soumis aux « *enjeux de pouvoir et de négociation* » qui « *n'a rien de scientifique* ». L'ingénieure CARSAT rencontrée se situe sur le même registre d'appréhension en affirmant que les décisions prises par les partenaires sociaux relèvent d'un « *art du compromis* » qui se réalise dans des temps très longs, venant freiner l'action. Marc-Olivier Déplaudé (Déplaudé, 2003) fournit un travail détaillé précieux sur cette question, qui va permettre ici d'apporter un éclairage sociologique à ces propos disparates issus du terrain. Il propose en effet une analyse du processus d'élaboration, au sein de cette instance de négociation, d'un tableau de maladie professionnelle concernant les lombalgies. Il en ressort que les oppositions qui traversent le champ professionnel y sont transposées, et ce malgré un effectif majoritaire de médecins. Cette instance se trouve ainsi structurée autour de deux blocs d'intérêts contraires, les médecins étant amenés à graviter autour de ces pôles¹⁸⁰. Les ressources y sont cependant distribuées de manière inégale. D'un point de vue économique, les représentants syndicaux disposent d'arguments financiers moins convaincants que les organisations patronales pour solliciter des experts (et, entre les deux, la sous-direction des conditions de travail apparaît bien peu dotée également). D'un point de vue symbolique, les médecins du travail, frange dominée du corps médical, sont perçus comme trop généralistes, versant dans une épidémiologie douteuse, tandis que les spécialistes bénéficient d'une aura scientifique particulière : la hiérarchie propre au champ médical se rejoue dans cette instance. Les négociations donnent donc lieu à d'interminables discussions dont la lenteur est entretenue par les exigences d'une stricte démonstration scientifique qui signe l'introduction d'une

¹⁷⁹ En ligne : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/coct-conseil-d-orientation-des-conditions-de-travail>

¹⁸⁰ Nicolas Hatzfeld évoque ainsi cette posture complexe, à propos des pathologies périarticulaires : « Pourtant, il semble bien que, dans la difficulté à distinguer les facteurs professionnels des causes extra-professionnelles de ces pathologies, l'administration chargée d'étendre le nombre des maladies reconnues a persévéré dans le refus de passer à l'acte, résistant aux demandes des salariés et aux pressions des forces sociales qui les soutiennent. Elle y a été encouragée par les analyses discordantes qu'elle recevait du corps médical dont une partie adopte les positions patronales et nourrit ses argumentaires. » (Hatzfeld, 2009, p.195)

certaine logique médicale¹⁸¹ au sein du comité : il s'agit en effet de cumuler les études – françaises afin de respecter les spécificités nationales – de qualité qui font la démonstration de risques relatifs élevés et non contradictoires. Cette lenteur administrative¹⁸² sert les intérêts du patronat qui voit dans cette période de négociation autant de temps préservé d'une obligation d'indemnisation – la maîtrise du temps est, de bien des façons, un outil de pouvoir (cf chapitre 8). Logique classique, le patronat va, au terme de négociations rythmées par la revendication d'une « juste part » attribuée aux employeurs (soit une part préservée des tentatives de triche), se résoudre à des concessions minimales afin d'assurer la continuité du système en canalisant ainsi les revendications potentielles contre la structure inégalitaire en place. De leur côté, les représentants syndicaux vont adapter leurs revendications en fonction de ces normes médicales, chacun contribuant, finalement, au maintien du système en place, par leurs stratégies et leurs renoncements.

Mais le COCT se trouve peut-être aujourd'hui face à un changement important. En effet, face à la lenteur des prises de décision, freinées par des oppositions scientifiques difficilement résolubles, un groupe de travail pluridisciplinaire consacré aux maladies professionnelles a été mis en place sous la tutelle de l'ANSES¹⁸³, afin de produire des expertises utiles aux débats menés dans ce cadre. Dès lors, seuls les critères administratifs qui structurent les tableaux

¹⁸¹ Dans le cas des lombalgies qu'il étudie, Marc-Olivier Déplaudé décrit ainsi une logique plus clinique que pratique ou épidémiologique.

¹⁸² Laquelle, outre les temporalités induites par la négociation, contient une dimension strictement réglementaire : « Il convient de souligner le retard important généralement pris par l'État pour publier les décrets relatifs à la création ou la révision des tableaux de maladies professionnelles : à titre d'exemple, le décret du 5 mai 2017 réformant les tableaux relatifs notamment aux affections périarticulaires et au carcinome hépatocellulaire a été publié bien après des avis de la CS4 [la commission du COCT] remontant à octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015. » (Rapport Commission des affaires sociales, 2018, *op.cit.*).

¹⁸³ En ligne : <https://www.anses.fr/fr/content/maladies-professionnelles>

D'un point de vue réglementaire, ainsi : « Jusqu'à présent, chaque projet de création ou de révision de tableau donnait lieu à la création d'un groupe de travail ad hoc au sein de la CS4. Les experts entendus dans ce cadre étaient choisis d'un commun accord par les partenaires sociaux. Dorénavant, l'État saisira l'ANSES ou toute autre structure offrant les mêmes garanties en termes *d'expertise scientifiques et d'indépendance* pour piloter une étude collective et pluridisciplinaire. Une analyse médico-économique pourra également, le cas échéant, être sollicitée auprès de la Haute Autorité de santé (HAS). Ces documents seront transmis aux partenaires sociaux de la CS4 qui chercheront à dégager un consensus sur un projet de tableau commun. » (Rapport Commission des affaires sociales, 2018, *op.cit.*).

Par ailleurs, cette décision suit celle qui a été prise concernant les VLEP. Depuis le plan de santé au travail 2005-2009, l'ANSES est chargée de produire une expertise scientifique préalable aux négociations autour de ces valeurs. Cette autonomisation de la phase d'expertise scientifique est ambivalente : si elle répond en partie à une demande des organisations syndicales et des associations qui pensaient rééquilibrer le rapport de force qui les opposent aux employeurs, la procédure de fixation des VLEP s'en est trouvée ralentie et les industriels toujours en capacité de peser sur l'orientation de la recherche scientifique (Council et Henry, 2016).

seraient soumis à négociation. Toutefois, celle-ci n'est pas anodine, et peut mener à des situations aberrantes, révélatrices des jeux inégaux qui se déploient dans ce cadre. Le docteur Guen raconte en effet une situation que lui a conté une collègue médecin : un professeur de pathologies professionnelles, mandaté comme expert dans le cadre d'une révision ou de la création d'un tableau, expose son argumentaire scientifique avant de proposer un délai de prise en charge, de trois ou cinq ans. Le délégué syndical s'indigne et dénonce un délai beaucoup trop long, qu'il propose de réduire à un an. Les représentants du patronat s'empressent alors d'abonder : la réduction du délai de prise en charge contraint la possibilité de faire reconnaître une maladie au titre de la MP une fois ce délai dépassé. Devinant une méprise du syndicaliste représentant les travailleurs, le médecin, pourtant, restera muet, ne sachant pas comment réagir et assuré d'avoir rempli son rôle d'expert neutre : *« et du coup, le collègue médecin, au milieu de tout ça, il a dit “ben moi je suis resté là comme un con, je n'ai pas su comment rattraper le coup et c'était pas mon rôle parce que j'avais fait ma partie”.* » Cette « anecdote » témoigne des hiatus existants entre les seuils médicaux et les seuils négociés – les seuils administratifs – habilement façonnés par le patronat.

Ces mécanismes d'élaboration des cadres réglementaires sont, en aval, mal saisis par les médecins non spécialistes du travail exposés occasionnellement à cette interrogation causale. Constatant des récurrences à la fois dans leur pratique de terrain et de recherche, ils n'en sont pas moins relativement passifs. C'est le cas du docteur Munet, qui explique ne pas connaître le processus de « mise en tableau » et de modification de ceux-ci :

« Ce qu'il y a, c'est que je ne connais même pas les démarches à faire pour faire modifier le tableau. C'est auprès de quel organisme qu'on va faire pression entre guillemets ? Ou en tous cas qu'on va présenter un dossier pour modifier un tableau ? Mais je crois que ça a été proposé de raccourcir le délai et que ça n'a pas été accepté. »

L'opacité qui entoure ce système pousse à l'inaction. Les médecins ne se reconnaissent pas la capacité d'agir et les négociations se poursuivent alors à huis-clos.

Finalement, tel qu'il est conçu, le système assurantiel des maladies professionnelles consacre l'avantage des employeurs dans le rapport de force qui les oppose aux ouvriers, maintenant ainsi les frontières de la catégorie légale sur un périmètre restreint.

3. Le cancer professionnel : enjeux de classification et périmètre institutionnalisé

A. Les principes au fondement du système de reconnaissance des AT/MP, une architecture bancaire

a. « Réparer »

La reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie vise, à un niveau individuel, la réparation du dommage. Y accéder permet ainsi une indemnisation forfaitaire, ainsi que la prise en charge intégrale des frais de santé. Le terme de réparation, emprunté au vocabulaire juridique, porte l'idée que l'atteinte est un préjudice, et le malade une victime : en cela, le système d'AT/MP se situe bien dans la lignée des procédures judiciaires. De fait, cette formalisation place la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une atteinte sur le plan de l'acte dommageable alors même que l'indemnisation est plafonnée, en contradiction avec les principes de réparation intégrale en vigueur dans le droit commun depuis les années 1950. Cette appréhension, surtout, est loin d'être toujours partagée par les malades et les médecins, y compris ceux qui conseillent de demander ce droit : plutôt que la responsabilité d'anciens employeurs, c'est l'avantage individuel à y recourir qui est mis en avant. Se dessinent ainsi des victimes sans coupables, des individus ayant subi la concrétisation d'un risque plutôt que les conséquences d'une faute. L'indemnisation, notamment, est mobilisée par ceux qui soutiennent comme ceux qui s'opposent à ces démarches : elle les justifie comme elle les rend immorales (*cf* chapitre 4). La réparation, dans tous les cas, ne peut exister pour le malade¹⁸⁴, la santé est toujours présentée comme un bien incomparablement plus précieux qu'une somme d'argent (*cf* chapitre 7). Pour le médecin, même, parfois, la réparation légale entre en contradiction avec un idéal de résilience : la procédure de catégorisation institutionnelle, selon ses temporalités, peut se révéler néfaste pour le malade (*cf* chapitres 4 et 7), entretenant une forme de vulnérabilité plus qu'elle ne pourrait réparer.

b. Repérer pour prévenir

¹⁸⁴ Philippe Ponet évoque ainsi le cas d'une patiente qui, après une opération pour une prothèse de hanche, a hérité d'une inégalité d'environ trois centimètres de longueur entre ses deux jambes. À son médecin qui lui suggère de demander réparation, elle répond : « *Mais docteur, réparation il va y avoir puisque je vais être réopérée !* » (Ponet, 2009, p.72), un rétablissement inatteignable pour ces malades atteints d'un cancer, rarement concernés par une complète rémission.

En outre, l'institutionnalisation des AT/MP repose largement sur l'idée que la prise en charge de ces atteintes du travail (« réparer ») permet le repérage des risques professionnels et leur prévention par la mise en œuvre de sanctions. Le pari sous-jacent est celui du pouvoir incitateur à la prévention de la pénalisation financière. Cependant, pour Jorge Muñoz, l'organisation gestionnaire du système de reconnaissance des atteintes du travail aurait pour effet pernicieux la lente émancipation de la prévention. Ainsi, « tout se passe comme si l'espace des risques professionnels ne pouvait voir que ce que l'on indemnise » (Muñoz, 2003 (2), p.115), ce dont témoigne l'absence d'instrument scientifique dédié à la mesure des effets du travail sur la santé au profit d'un unique suivi statistique des maladies professionnelles indemnisées par la Sécurité sociale¹⁸⁵. De la même façon, dans l'espace militant, investir la lutte pour la réparation exclut souvent les préoccupations pour la prévention (*cf* chapitre 6) : le risque, en devenant acceptable dès lors qu'il est bien réparé¹⁸⁶, exclut la nécessité de la prévention. La réparation échoue ainsi à devenir un palier à la prévention et tend bien plutôt à être considérée uniquement pour elle-même, avec des enjeux et des combats qui lui sont propres, suscitant une véritable scission avec cette dernière.

Enfin, nous l'avons évoqué, la sous-reconnaissance est telle que, depuis 1997¹⁸⁷ – l'année de l'interdiction de l'usage de l'amiante, la branche AT/MP reverse annuellement de l'argent à la branche générale de la Sécurité sociale pour compensation des affections non prises en charge¹⁸⁸. Le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Il est, par ailleurs, en constante augmentation pour atteindre aujourd'hui la

¹⁸⁵ Et ce « contrairement à d'autres enjeux sociaux pour lesquels la mesure statistique est considérée comme essentielle et a été mise en place tôt dans l'histoire de l'État (Desrosières, 1993) » (Henry, 2019).

Par ailleurs, les articles qui ont fait suite au bilan annuel de l'Assurance maladie en 2015, qui mentionnait, notamment, une augmentation du nombre de cas de cancers professionnels reconnus et indemnisés, en sont une autre forme d'illustration. En effet, la presse évoquait alors une « hausse des cancers de la vessie d'origine professionnelle » (Libération et Le Parisien, le 12 novembre 2015), laissant à penser que les cas indemnisés sont le strict reflet des cas existants.

¹⁸⁶ Selon Christine Noiville, en effet, « le droit de la responsabilité repose sur le postulat ancien que « le risque sera acceptable s'il est indemnisable » (Noiville, 2003, p.179) – un postulat à ses yeux rendu rudimentaire aujourd'hui.

¹⁸⁷ Dans un premier temps seules les maladies professionnelles étaient concernées, mais depuis 2002, les accidents du travail non déclarés font également l'objet d'une estimation.

¹⁸⁸ L'article L. 176-1 du Code de la Sécurité sociale dispose en ce sens qu'« il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV ».

Rapport Bonin, « Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles », 30 juin 2017.

somme d'un milliard d'euros. Ce sont donc autant d'entreprises qui restent préservées d'une sanction financière – des entreprises qui, par ailleurs, développent des pratiques de contestation en aval, lorsqu'un malade dépose un dossier auprès de la Sécurité sociale les mettant en cause, en prenant notamment appui sur le principe d'inopposabilité de la caisse¹⁸⁹ (cf chapitre 5), soit en optimisant les possibilités défensives ouvertes par le cadre légal.

La classification d'une maladie en affection professionnelle répond donc à des objectifs définis légalement dès les origines de la loi dont nous venons d'évoquer les limites. Elle se comprend, de plus, en regard d'une stricte délimitation de la catégorie par l'établissement de frontières relatives à la fois à sa nature en tant qu'atteinte, et à sa causalité – par séparation, donc, avec ce qui relèverait de la sphère du privé – dans un contexte d'incertitude médical.

B. Des frontières floues

a. La spécificité des atteintes : une catégorie distincte de l'accident du travail

Dans sa structuration légale, la maladie professionnelle s'établit par les frontières qui la sépare à la fois de l'accident du travail et de cette autre catégorie médico-légale qu'est l'invalidité (dont on trouve les prémices au XVIII^e siècle avec les pensions versées aux militaires).

Les maladies professionnelles sont définies par rapport aux accidents du travail dans ce que Pascal Marichalar appelle une « dichotomie structurante » (Marichalar, 2014, p.86). Ainsi, si les seconds sont abordés comme des problèmes « qui surviennent à la suite d'un événement soudain », les premières renverraient à des « affections liées à des phénomènes plus durables ou diffus – l'exposition à des poussières, à des vapeurs, à des rayonnements, la répétition quotidienne d'un même geste » (*ibid.*, p.85). Ces caractérisations différenciées permettent de circonscrire l'atteinte du travail concernée. La causalité est donc identique, mais l'affection distincte. Cependant, c'est cette causalité qui va induire les modalités de prise en charge de l'atteinte. C'est là que se trouve le point de rupture avec le régime d'invalidité : un accident ou une maladie de nature similaire (la perte d'une jambe, un cancer broncho-pulmonaire) pourront avoir les mêmes conséquences en termes d'incapacité mais se différencier sur le plan causal, ouvrant ainsi sur un régime d'indemnisation différent. L'invalidité est une assurance sociale qui s'inscrit dans une sécurité sociale de type salariale : il s'agit de produire un revenu de

¹⁸⁹ Soit la possibilité, pour un employeur, dans le régime général, de se voir déchargé de l'indemnisation de son salarié reconnu en MP sans que ce dernier ne soit impacté.

remplacement en cas d'une perte de capacité de travail ou de gain, soit de proposer une indemnité compensatoire. L'AT/MP, quant à lui, relève d'un « dispositif d'assurance de responsabilité » (Del Sol, 2017, p.120). Il n'a pas pour objet les conséquences économiques du dommage mais la responsabilité dans la survenue de celui-ci : l'approche est causaliste. Pour Marion Del Sol, c'est donc l'origine de l'atteinte qui est, avant ses conséquences, considérée :

« Cela ne signifie pas que les conséquences économiques sont indifférentes ; mais elles ne sont ni la clé de compréhension ni l'entrée conceptuelle du dispositif institué. En effet, dans le cadre du régime AT/MP, la prise en charge n'intervient qu'après caractérisation d'un fait générateur particulier auquel on peut imputer le dommage survenu : un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (CSS, art. L. 411-1) ou encore une maladie dont l'origine professionnelle est présumée ou établie dans les conditions posées à l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale. » (*ibid.*)

La cause attribuée au dommage va ainsi déterminer le régime de prise en charge et les modalités de financement de l'indemnisation versée. La catégorie « maladie professionnelle » se définit à la fois par la nature de l'atteinte concernée et par son étiologie. Toutefois, cette dernière n'a rien d'aisé puisqu'elle se réalise dans un contexte de pluralité des causes.

b. Composer avec la multifactorialité : une hiérarchisation des causes

L'espace des pathologies professionnelles est un espace d'incertitude médicale. En effet, il n'existe pas de spécificités « physiologiques » propres à ces maladies sur lesquelles l'expertise médicale pourrait s'appuyer pour en affirmer avec certitude l'étiologie. Dans le cas des cancers, aucune mutation génétique n'a clairement été identifiée à ce jour qui permettrait de distinguer, par exemple, un « cancer du tabac » d'un « cancer de l'amiante »¹⁹⁰. Cela signifie que, médicalement, aucun marqueur ne pourra attester que le cancer du poumon dont souffre le malade est plus fortement lié à son exposition à l'amiante qu'à son tabagisme¹⁹¹. L'expertise médicale va alors s'appuyer sur la littérature traitant du caractère pathogène de certaines substances et bâtir, sur cette base, un raisonnement probabiliste. Si aucun marqueur biologique ne peut appuyer l'expertise médicale des cancers professionnels, un ensemble d'études médicales laissera à penser qu'il est très probable que le cancer dont est atteint l'(ex)salarié ait été, en grande partie, provoqué par son travail dans les conditions d'exposition qui ont été les

¹⁹⁰ Une absence d'identification qui relève sans doute d'une impossibilité due aux mécanismes même de cancérogenèse.

¹⁹¹ Si des prélèvements de tissu pulmonaire peuvent être réalisés en vue de rechercher des traces de fibres d'amiante, leur présence n'indique pas l'absence de responsabilité d'un tabagisme associé, et la part de chacun dans la survenue du cancer.

siennes – qui, en tous les cas, sont connues par les agents en charge d’expertiser son dossier (cf chapitres 4 et 5).

En effet, les cancers sont médicalement conceptualisés aujourd’hui comme des pathologies multifactorielles, fruits de l’action conjuguée de prédispositions génétiques, de comportements individuels et d’expositions environnementales. Pour penser un « cancer du travail », il s’agit alors de démêler ce qui relève de l’exposition privée de ce qui tient de l’exposition professionnelle. Appréhender le caractère professionnel d’un cancer implique en effet de contourner la tendance à l’individualisation du risque cancérigène qui s’appuie à la fois sur les comportements dit « à risque » et les « susceptibilités génétiques » (Barbier et Farrachi, 2004)¹⁹². Avec la détermination de ces dernières par la « médecine personnalisée », la personne devient elle-même « à risque »¹⁹³ : en visant principalement la détermination de singularités biologiques, cette nouvelle approche médicale consacre l’individualité jusque dans le génome (Guchet, 2014)¹⁹⁴. La maladie, dans ces deux cas, est donc renvoyée à l’individu, celle-ci naissant, grossièrement, de son corps ou de ses actes, rendant ainsi inapte la désignation d’un « tiers responsable » (au sens non juridique du terme)¹⁹⁵.

Cette tendance à la hiérarchie des causes du cancer trouve un écho statistique dans le calcul des fractions de risque attribuables, des « mesures d’impact » qui visent à « connaître l’impact réel [d’un] agent sur la survenue de cas de cancer au niveau de la population. ». Initialement proposée par Levin en 1953 afin de quantifier l’impact du tabagisme sur la survenue du cancer

¹⁹² Cette lecture n’est pas unique, Annie Thébaud-Mony parle en ce sens de la « double histoire du cancer » et oppose plutôt « les atteintes, simultanées et/ou répétées, provoquées par des agents toxiques (poussières, substances chimiques, rayonnements) au cours de multiples événements de vie professionnelle, résidentielle, environnementale et comportementale » et « les réactions de défense de l’organisme, elles-mêmes extrêmement variables selon les individus » (2014, p.129). Elle déplace, ainsi, les bornes de l’étiologie individuelle.

¹⁹³ Dans le cadre de ces interactions gènes/environnement, l’INSERM évoque l’existence de « susceptibilités individuelles », support à une logique de sélection au travail plutôt que de prévention (Counil, 2019).

¹⁹⁴ L’expression génique étant « conditionnée et régulée par l’environnement épigénétique », lui-même « très variable dans le temps et très dépendant de la vie concrète des individus », il est d’autant plus attendu des individus qu’ils fassent « les bons choix de vie » (*ibid.*, p.40).

¹⁹⁵ Marie Ménoret évoque ainsi, pour le cancer du sein, « un modèle traditionnel, individuel et biomédical d’appréciation d’une maladie qui n’est jamais envisagée comme un problème environnemental ou comme une pathologie reliée à des causes externes, non individuelles et à des expositions involontaires » (Ménoret, 2006). Pourtant, le « travail posté avec perturbation des rythmes circadiens » a depuis été classé comme « agent probablement cancérigène » par le centre international de recherche sur le cancer (cf chapitre 3). De même, les perturbateurs endocriniens (définis comme des « substances chimiques d’origine naturelle ou artificielle étrangères à l’organisme ») sont fortement suspectés de favoriser ce type de cancer dit « hormono-dépendant ».

En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Environnement/Les-perturbateurs-endocriniens#toc-perturbateurs-endocriniens-et-cancers>

bronchique au niveau d'une population entière, cette modalité de mesure a été progressivement appliquée à tous les types d'exposition et de pathologies. Cet outil statistique, pourtant, a fait l'objet de critiques, qui sont restées minoritaires (Council et Heny, 2016). Particulièrement techniques, elles échappent aisément aux « profanes ». Ainsi, des opérations classiques visant à les additionner ou les soustraire produiraient une estimation biaisée, qui omet les effets de synergie entre cancérogènes. De plus, ce calcul de l'importance respective des « causes » du cancer, sollicité en vue d'organiser l'action publique¹⁹⁶, repose sur des temporalités inadaptées, reflétant avant tout les « expositions du passé ». Il induit, de plus, une concurrence entre ces mêmes causes qui relèveraient soit de la santé publique ou du travail – des frontières pourtant lâches, ce que nous développerons dans la suite de ce point B – et masque les enjeux sociaux qui les sous-tendent en préférant une lecture en termes de population générale plutôt que de catégories de travailleurs¹⁹⁷, un « lissage » des rapports sociaux de domination qui parcourt la réparation et l'action politique relative aux maux du travail.

c. La spécificité de la causalité : une catégorie distincte de « l'invalidité »

Organiser la catégorie : classer ce qui relève du travail

La catégorie « maladie professionnelle » a donc été construite sur l'exclusion des expositions (désignées comme) environnementales et individuelles. Or, ces frontières sont bien plus poreuses que cette élaboration institutionnelle ne le laisse à penser. La séparation entre l'espace du travail et l'espace domestique est en effet plus complexe. Si, au moment de l'élaboration du système de reconnaissance des AT/MP, ce sont essentiellement les artisans qui travaillent « chez eux », cette frontière se brouille également pour les salariés : aujourd'hui, avec le télétravail, mais au XX^e siècle, aussi, avec ces épouses d'ouvriers qui réalisaient des petits travaux de couture, par exemple, dans la maison de leur cité ouvrière. Aussi, expositions professionnelles, environnementales et privées se mêlent dans un exemple devenu classique, celui de ces femmes qui lavaient les bleus de leurs maris ouvriers alors couverts de poussières

¹⁹⁶ On peut lire ainsi, au sein d'une publication sollicitée par l'INSERM auprès d'un « groupe d'experts » : « Une fois la cancérogénicité d'un agent environnemental établie, la question principale consiste à connaître l'impact réel de cet agent sur la survenue de cas de cancer au niveau de la population. En santé publique, la connaissance de cet impact permet de *juger de l'intérêt* de mesures de prévention primaire visant à réduire ou éliminer l'exposition au cancérogène environnemental dans la population. » (Inserm, 2005)
En ligne : <http://hdl.handle.net/10608/129>

¹⁹⁷ Exprimée en pourcentages, de plus, elle tend à désingulariser et désocialiser l'appréhension des risques : les personnes s'effacent, classiquement, derrière des chiffres sans inscriptions sociales (Council, colloque GISOP, 2016).

d'amiante et qui ont vu leurs poumons se dégrader jusqu'à développer l'une des atteintes connues pour être en lien avec ce toxique : cancer bronchopulmonaire ou mésothéliome pour ne citer « que » les pathologies cancéreuses. Si le nettoyage est réalisé au domicile, il s'agit bien pourtant d'une exposition héritée, certes de manière indirecte, du travail. Or, le cadrage légal de la maladie professionnelle indique bien que, pour être reconnue, la maladie doit respecter l'ensemble des critères mentionnés dans le tableau ou, à défaut, être le fait du « travail habituel de la victime »¹⁹⁸. De fait, si ces atteintes indirectes ne peuvent prétendre à une reconnaissance au titre de la maladie professionnelle par la CPAM avec l'ouverture d'une indemnisation financée par la branche AT/MP, le FIVA les indemnise au titre d'une exposition environnementale. La déclaration auprès de la CPAM reste cependant un préalable nécessaire comme l'explique le président du petit groupement local de l'ANDEVA :

« Non, c'est plus professionnel, c'est environnemental, ça veut dire qu'il faut quand même faire la demande au niveau de la CPAM mais, si c'est reconnu, il n'y aura pas de rente CPAM, il y aura juste une indemnisation par le FIVA. »

De fait, ce qui joue prioritairement ici, c'est l'espace dans lequel l'exposition est subie. En effet, une « exposition d'ambiance » peut être considérée dans le processus d'expertise causale. Le médecin-conseil chef l'explique ainsi : « on reconnaît une exposition potentielle d'ambiance, c'est pas forcément de l'amiante en vrac, ou de la manipulation de produits amiantés, y'a aussi eu des expositions indirectes »¹⁹⁹. L'exposition indirecte évoquée se distingue de celle des épouses du seul fait qu'elles ont respiré ces poussières toxiques dans l'espace domestique, soit un environnement privé. Le corps prenant sens dans un environnement particulier, l'espace du domicile invite à requalifier la manipulation de matières toxiques (et les responsabilités sous-jacentes) alors même que, bien souvent, les ouvriers salariés d'usines polluantes résident

¹⁹⁸ Le travail domestique est, quant à lui, exclu de toute possibilité de reconnaissance du fait même qu'il se réalise en-dehors du salariat. En effet, la loi relative aux AT/MP se construit sur une relation de subordination, Nicolas Jounin l'explique ainsi : « c'est la subordination du salarié qui fonde la responsabilité de l'employeur », et non l'existence d'une faute. De fait, « cela écarte toute comparaison valable entre bricolage domestique et travail salarié, puisqu'il est reconnu que la victime de l'accident n'est pas l'instigatrice de l'activité qui a provoqué l'accident. C'est en tant que subordonné à une autre volonté, réputée supérieure par contrat, que le travailleur a agi ; c'est sur ordre. » (Jounin, 2006, p.77).

¹⁹⁹ Cette exposition indirecte fait toutefois l'objet de lectures différentes puisque, pour la juriste de la FNATH, « la spécificité sur le cancer broncho-pulmonaire lié à l'inhalation des fibres d'amiante, c'est qu'il faut que les personnes aient manipulé réellement les fibres d'amiante, c'est-à-dire qu'elles ne se soient pas contentées d'être dans une pièce ou d'être à côté de quelqu'un qui découpait, il faut vraiment qu'il y ait une manipulation effective – et c'est là généralement où la preuve est difficile à rapporter parce que c'est des gens, si on prend l'exemple des maçons, il faut réellement qu'ils occupent un poste de maçon découpe de plaques en fibro ou quoi que ce soit. »

également à proximité, assurant la continuité de leur inhalation de substances toxiques (Chauvier, 2007).

Cette problématique de la scission entre les questions environnementales, professionnelles et de santé publique trouve une expression dans la saisie des problèmes publics par un ministère spécifique. Monsieur Marchal est exploitant agricole en polycultures élevage. Il est atteint d'un syndrome myéloprolifératif reconnu par la mutuelle sociale agricole (MSA) au terme d'une procédure très longue, qui a débordé dans l'espace judiciaire et fini par faire jurisprudence (cf chapitre 7). Il est aussi, à la date de l'entretien, en 2017, vice-président de l'association Phytovictimes²⁰⁰, une structure construite autour d'un objectif de soutien aux malades victimes des pesticides, tant dans les procédures de déclaration que dans un versant plus « psychologique », en créant du lien. Il décrit, dans les démarches menées par l'association auprès des instances décisionnaires, des contacts différenciés avec les ministères :

« Le regret qu'on a c'est qu'on n'est jamais arrivé à rentrer au ministère de la santé, madame Touraine n'a jamais trop voulu nous recevoir. Bon, par contre, [...] c'est un sujet d'actualité au ministère de l'environnement donc on a pas mal d'aide par rapport au ministère de l'environnement, on vit grâce à lui [...] on a la direction générale de l'alimentation qui nous aide aussi parce qu'ils ont des enveloppes dont ils n'ont pas de comptes à rendre derrière, des enveloppes inutilisées, ils nous aident comme ça. »

Cette difficulté rencontrée dans le contact avec le ministère de la santé est révélatrice du cloisonnement qui se joue dans la catégorisation des atteintes « non-privées » : illégitimes pour être établies en véritables problèmes de santé publique, elles sont reléguées aux ministères du travail ou, ici, de l'environnement. Ce dernier choix évince, de surcroît, le rôle spécifique du travail – de l'activité agricole – dans la survenue de ces atteintes : le public des travailleurs reste largement invisibilisé.

Ces frontières soutiennent également une autre distinction qui vise à séparer les facteurs collectifs des comportements individuels délétères. Or, cette séparation est également simplificatrice. En effet, Anne Marchand, dans son travail de thèse (Marchand, 2018), montre que la consommation d'alcool et/ou de tabac permettait de tenir face aux conditions de travail

²⁰⁰ L'association, créée en 2011 sur le modèle des associations de victimes de l'amiante (c'est l'exposition à une même substance délétère qui soude le groupe) compte 250 adhérents, une audience bien moindre que celle de l'ANDEVA.

extrêmes, des pratiques par ailleurs incitées plus ou moins directement par le groupe²⁰¹ (et son poids social). De même, certains espaces de travail étaient marqués par une publicité ciblée, comme ces images qui vantaient les bienfaits de la cigarette pour les mineurs qui remontent du fond. De la même façon, Emilie Counil et Emmanuel Henry (Counil et Henry, 2016), en évoquant les travaux qui ont analysé les liens entre le stress au travail et le tabagisme, montrent bien que les conditions de travail et le comportement individuel sont largement imbriqués.

Public, privé, intime : la profession absente des registres de cancer

Cette distinction professionnel/privé est remodelée d'une étrange manière en Suisse. La mention de la profession du malade vient en effet d'être supprimée des registres de cancers, une décision motivée, pour certains²⁰², par le respect de la vie privée des malades. La profession occupée relèverait donc de l'intime, alors même que les comportements individuels y font l'objet d'une attention spécifique. Ce renversement d'appréhension paraît peu surprenant au vu de l'importance de la sous-déclaration dans un pays particulièrement soumis aux conflits d'intérêt autour de cette question des cancers professionnels²⁰³. Il reste néanmoins que les registres français ne sont pas plus à jour sur ces questions, aucune information concernant l'histoire professionnelle et résidentielle n'y étant mentionnée (Paiva, 2016).

Une dévaluation des corps abîmés par le travail

Ces frontières paraissent, dès lors, bien arbitraires. Elles entérinent, en sus, des inégalités. En effet, la catégorisation qu'elles soutiennent vient scinder le groupe des malades avec, d'un côté, ceux qui souffrent de leur travail, et de l'autre, ceux qui souffrent de causalités autres. L'espace professionnel, ainsi exclu du reste de la société, est régi par des règles de protection plus souples. Les valeurs d'exposition autorisées pour un salarié (les VLEP, cf point 2, A, a) sont en effet plus élevées que celles qui sont en vigueur dans l'espace public, les valeurs toxicologiques

²⁰¹ Au-delà, il s'agissait d'une injonction sociale, soutenue par l'État, qui glissait des cartouches de cigarettes dans la « ration de survie » des jeunes engagés, forme moderne du « tabac de troupe ». La diffusion du tabagisme dans le corps social est ainsi résumée par monsieur O., au cours de sa consultation dans le service de pathologies professionnelles : « à notre époque, si on ne fumait pas, on n'était pas dans le coup », questionnant la part des responsabilités individuelles. Pour une réflexion autour du traitement juridique des « risques acceptés », voir : Noiville, 2003.

²⁰² À tort ou à raison. Il s'agit là de l'interprétation de communicant.e.s à l'occasion du congrès suisse consacré aux cancers professionnels du 15 juin 2018.

²⁰³ Les chiffres annoncés pendant le congrès font état de 128 cas reconnus par an dont 116 pour l'amiante. En outre, au cours de cet événement, la problématique du profit et des conflits d'intérêt avec les assureurs est revenue de manière récurrente dans les discours des médecins et chercheurs présents. Ainsi, en France comme ailleurs, on voit bien à quel point la catégorie « cancers professionnels » concentre des intérêts antagoniques.

de référence (VTR). Basées sur un principe de précaution et produites notamment en considération d'un risque reprotoxique²⁰⁴, elles suggèrent l'établissement de normes du « corporellement acceptable » différenciées au travail et en-dehors.

Cette inégalité trouve un prolongement dans l'indemnisation différenciée des séquelles laissées par l'activité professionnelle et celles qui relèvent du droit commun (les accidents de la route par exemple), généralement plus conséquente. Le travail, alors, semble dévaluer les corps humains. Laurent Vogel, juriste et chercheur à l'Institut syndical européen (ETUI) parle en ce sens d'une « clôture qui sépare le travail des autres activités humaines » et prône, sur ce constat, la remise en cause radicale de la séparation entre lieux de travail et lieux de vie, une scission qui autorise des « doubles standards entre la protection de la vie en général et la protection de la vie au travail » (Vogel, 2018). Mais si le travail est un lieu de vie comme un autre, la question de la responsabilité du contexte professionnel doit pouvoir continuer à se poser. Cette frontière est en effet balisée d'enjeux : la problématique des risques psychosociaux, par exemple, vient reposer, avec une certaine acuité, la question de la séparation des sphères professionnelles et privées. Il s'agit, en effet, de préserver l'individu d'une activité qui inonderait toutes les sphères de son existence.

Le « cancer du travail » se comprend donc en regard d'un cadre légal rigide qui borne étroitement ce à quoi il renvoie et comment il l'indemnise. Toutefois, le système de reconnaissance des AT/MP va se doter, en 1993, d'un nouveau dispositif dont la logique et les effets sur les frontières de la catégorie nécessitent d'être questionnés.

4. L'introduction d'un dispositif complémentaire : une nouvelle logique de catégorisation ?

Faisant suite aux critiques portées dès les années 1960 sur le système de reconnaissance par tableaux des atteintes professionnelles, un groupe de travail est missionné en 1990 afin d'évaluer et de proposer des améliorations du système en vigueur²⁰⁵. Présidée par l'inspecteur général des affaires sociales, Georges Dorion, la commission propose des conclusions en demi-teintes. Elle souligne, d'une part, les avantages que représentent le principe d'imputabilité, qui renvoie à une relative simplicité de la réparation ; le lissage de la conflictualité sociale supposée

²⁰⁴ Cette modalité d'élaboration semble souligner l'appréhension sociale et médicale d'une vulnérabilité du corps féminin – d'autant plus pendant la grossesse.

²⁰⁵ Pour l'ensemble de ce paragraphe introductif, voir la thèse de médecine de Claire Chanson (2013).

par l'établissement de compromis sociaux ainsi que la mise en visibilité de certaines atteintes du travail par leur prise en charge institutionnelle. Elle regrette, d'autre part, un manque de flexibilité inhérent aux tableaux, qui renvoient les malades dont les dossiers ne peuvent prétendre à entrer dans les cases de la Sécurité sociale vers des procédures de droit commun, ainsi que son manque de réactivité. Sur la base de ce constat, elle propose d'instituer un système complémentaire, qui permettra une seconde expertise de la maladie déclarée dans un cadre, toutefois, qui sortira de la présomption d'imputabilité – réintroduisant, donc, l'exigence d'un faire preuve. Formulée en juillet 1991, cette proposition sera suivie par la mise en place des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles deux ans plus tard, en janvier 1993. Dès lors, les C2RMP viennent compléter l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale, codifiés aux alinéas 3 et 4 de celui-ci (*cf* point suivant).

A. Réglementation du C2RMP

a. Une composition essentiellement médicale

Le C2RMP est composé de trois médecins : le médecin-conseil régional, le médecin inspecteur régional du travail ainsi qu'un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle²⁰⁶. Chacun, du fait de sa spécialité, est chargé d'apporter un « angle d'analyse » spécifique au comité. Le médecin inspecteur régional est attendu sur la dimension concrète du monde du travail (les médecins inspecteurs régionaux sont d'anciens médecins du travail), soit une approche plutôt environnementaliste. Il revient ensuite au praticien hospitalier, souvent universitaire, d'apporter les savoirs médicaux en tant que tels, et de faire part des avancées de la recherche, dans une approche plutôt épidémiologique et organique. Pour le médecin-conseil chef, ces derniers seraient des « *référents en matière de données médicales* » et pour le docteur Guen, elle-même PH, ils apporteraient une « caution scientifique » au comité. Le médecin-conseil est quant à lui le garant de la dimension réglementaire, s'inscrivant ainsi dans une logique d'abord (médico)administrative. Enfin, ce collège de médecins doit bénéficier, pour appui à leur

²⁰⁶ Article D461-27 du Code de la Sécurité sociale.

En ligne : <https://www.juritravail.com/codes/code-securite-sociale/article/D461-27.html>

Toutefois, certains comités se tiennent désormais à effectif réduit, soit deux médecins, avec présence automatique du médecin-conseil, pour expertiser les cas les moins « complexes », c'est-à-dire ceux qui ne se situent pas hors tableaux.

expertise, de l'avis de l'ingénieur conseil de la CARSAT ou des ergonomes, en fonction de la pathologie concernée.

b. Objectifs et modalités d'expertise

Les médecins qui siègent au C2RMP sont chargés de définir le lien direct ou le lien direct et essentiel qui unit la maladie incriminée et la carrière professionnelle du malade : la logique d'expertise sort ici de la présomption d'imputabilité. Le raisonnement adopté est « causaliste » et non plus « probabiliste » (Marichalar, 2014), questionnant la réalité de l'assouplissement de l'expertise pratiquée. Aussi, les conditions d'accès y sont relativement strictes : automatique en alinéa 3 (c'est-à-dire si la maladie est bien référencée dans l'un des tableaux mais qu'une condition est manquante), elle est conditionnée, en alinéa 4 (la maladie n'est référencée dans aucun tableau), à un minimum de 25% d'incapacité permanente partielle (IPP), le taux d'incapacité attribué par un médecin conseil, ou au décès du malade, la démarche étant alors assurée par un ayant-droit²⁰⁷. En alinéa 3, enfin, seule la démonstration d'un lien direct est nécessaire, contrairement à l'alinéa 4 qui nécessite la démonstration du « lien direct et essentiel », laissée à la charge du requérant (point B, c)²⁰⁸.

Le guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles dans sa version consolidée de 2013 évoque ainsi différents outils supports à l'expertise en médecine du travail : les livres « historiques » (l'encyclopédie du Bureau International du Travail, par exemple) qui peuvent servir de référence pour reconstituer les conditions de travail d'une profession à un moment donné ; les périodiques ; les bases de données bibliographiques ; les sites de référence concernant l'étude et la production de monographies sur des substances chimiques ; la littérature grise produite par des organismes nationaux et transnationaux et, enfin,

²⁰⁷ Ainsi l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale mentionne : « Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles 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 évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé. »

²⁰⁸ Selon le rapport réalisé au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, pour 2019, la part des dossiers traités en alinéa 4 apparaît en constante augmentation depuis 2010 pour atteindre 16,7 % des demandes traitées par les CRRMP en 2017, pour un pourcentage de reconnaissance de 36 %. Ce phénomène s'explique en partie par la progression des demandes de reconnaissance de troubles psychosociaux, en augmentation de 42 % en 2017.

Op. cit.

la consultation d'avis de précédents C2RMP, tous ne paraissant pas également mobilisés sur le terrain.

Cette configuration largement médicale du comité pose ainsi la question d'une « remédicalisation » de l'expertise relative aux maux du travail – qui, pour certains médecins, leur échapperait en première instance.

B. Une « reprise » du médical sur l'administratif ?

a. Compenser la rigueur des tableaux

Au sein de ce système « biface », les conclusions médicales ne coïncident pas toujours avec les conclusions administratives, une logique difficile à saisir pour les malades. Aussi, le consensus, toujours relatif et situé, au sein de la communauté médicale concernant la responsabilité d'une substance ou d'un produit dans le déclenchement d'une pathologie spécifique, ne suffit pas à ouvrir le droit, pour un malade, à voir le caractère professionnel de sa maladie reconnu. La caractérisation administrative est indispensable. Le système complémentaire s'apparente alors, pour certains, à la « reprise de pouvoir » du médical sur l'administratif, révélant une certaine tension entre ces deux espaces de catégorisation. Les dossiers y sont évalués, comme on l'a vu, par un seul collège de professionnels médicaux, dans le respect toutefois du « carcan administratif ». Le Pr Prioux, chef de service du CCPP lorrain et membre du C2RMP régional, l'évoque ainsi :

« Bon alors, le C2RMP a quand même l'avantage... je dirais de rééquilibrer vers le médical, c'est son rôle. Bon, après, ça dépend des praticiens, ça dépend de leurs connaissances, ça dépend de plein de choses, ce n'est pas très homogène mais au moins, disons que ça permet de récupérer un certain nombre de cas pour lesquels le médical on a des bonnes raisons de penser que l'exposition a joué un rôle dans le cancer du patient. Ça ne récupère pas tout parce qu'on n'a pas toujours les renseignements suffisants etc., l'histoire clinique, mais en général, ça le fait. »

L'expertise qu'il propose, pour des dossiers rejetés en première instance du fait du non-respect d'une condition liée à un tableau, permet de compenser le côté jugé « scientifiquement bancal » de certaines notions (médico)administratives, telles que « le délai de prise en charge » ou « la durée d'exposition » (*cf* chapitre 4). Il reste néanmoins que cette tendance n'est ni générale, ni homogène, tant les conclusions médicales vont tendre à varier selon les régions,

rappelant la variabilité des expertises et les inégalités territoriales sur lesquelles elles débouchent²⁰⁹.

b. La détermination du lien « direct et essentiel », l'expression d'une rigueur réglementaire

Dans le cas spécifique des pathologies dites « hors tableaux » ou « en alinéa 4 », la définition du lien direct et essentiel pose question. En effet, la terminologie utilisée soulève des débats. Si la notion de lien direct semble faire consensus, ce n'est pas le cas du lien essentiel. En effet, pour certaines structures associatives et syndicales et leurs avocats, l'essentialité du lien ne nécessiterait pas l'exclusivité causale, il s'agirait là d'une mauvaise interprétation des textes réglementaires. Dans un document intitulé « Pratiques des CPAM et des Caisses en matière de dossiers AT-MP » daté de 2016, un syndicat évoque ainsi des « dérives » qui ont conduit à la sanction, par la Cour de cassation, de Cours d'Appel qui ont refusé la prise en charge d'un cancer bronchopulmonaire sur la base d'avis formulés par des C2RMP au prétexte d'un antécédent de tabagisme. Il s'agit ici d'une considération très technique : le lien essentiel renvoie à l'action prépondérante de l'agent professionnel incriminé dans le développement de la pathologie ; or, le tabac, facteur délétère reconnu, vient peser trop lourdement, pour les experts médicaux, dans la balance des causalités, pour reconnaître le rôle premier du facteur professionnel. Le médecin-conseil chef en rend compte ainsi :

« Pour pouvoir dire qu'il y a un lien quand aucune condition n'est respectée et qu'il n'y a pas de tableau, il faut dire qu'il y a un lien direct et essentiel, "essentiel" ça veut dire qu'aucune autre cause ne peut expliquer la survenue. C'est exclusif, donc là, si les gens ont fumé, même s'ils ont arrêté depuis longtemps, s'ils ont fumé fortement, on est obligés d'en tenir compte. »

De même, en consultation, le docteur Harol explique à la veuve et à la fille d'un ouvrier de la sidérurgie décédé près de deux ans plus tôt après avoir souffert d'une silicose (reconnue en maladie professionnelle) et d'un cancer du rein, la rigueur du système complémentaire lorsqu'il s'agit de sortir des tableaux :

²⁰⁹ Ces inégalités, par ailleurs, sont également entretenues, en amont comme en aval, au niveau des caisses régionales d'assurance maladie et des cours d'appel. Ainsi, « "en alinéa 3", une victime aura plus de chance de voir son affection reconnue si elle est domiciliée à Rennes, plutôt qu'à Marseille. En "alinéa 4", vivre à Rennes devient un frein à la reconnaissance, la cour d'appel de Limoges ayant un taux de reconnaissance huit fois plus élevé. » (Keim-Bagot, 2013, p.128).

« Si on est dans le tableau, rien de plus simple. Si ce n'est pas ça, on va être en hors-tableaux et là on va être dans la problématique de ce qu'on appelle le lien direct et essentiel avec la pathologie et là c'est plus compliqué. Ça veut dire que s'il y a une autre explication, la commission a tendance à ne pas le prendre. »

Cette hiérarchisation des causes impossible²¹⁰ ne bénéficie pas au malade. Face à une incertitude qui repose sur une pondération entre facteurs peu pertinente scientifiquement, les « facteurs confondants », souvent relatifs à des comportements individuels (cf chapitre 4), vont faire pencher la balance en la défaveur du malade.

Bilan des dossiers du C2RMP lorrain (2012-2015)

Les chiffres du C2RMP lorrain pour la période 2012-2015 font état de 118 dossiers pour pathologies malignes, soit 37 % des pathologies étudiées. Variable selon le cancer (15 % pour les cancers ORL – 52 % pour les cancers de l'appareil urinaire), la proportion d'avis favorables reste faible : elle s'élève à 29 %, relativisant l'effet compensatoire de ce système complémentaire. Les motifs de refus invoqués tiennent à la fois à la littérature médicale (études défavorables ou contradictoires, données bibliographiques insuffisantes) et aux caractéristiques du malade (facteurs extra-professionnels ; expositions peu conséquentes ou incertaines).

211

c. L'expertise en acte

L'expertise pratiquée au sein du C2RMP est séquencée. Normalisée à l'échelle locale, chaque acteur possède son rôle. L'étude d'un dossier débute, dans le C2RMP lorrain, par sa présentation par le médecin-conseil. Il rappelle les données importantes concernant le malade (âge, nature de la maladie, date de la première constatation médicale, tabagisme éventuel, point/nœud sur lequel l'expertise du C2RMP est convoquée), il présente les résultats de l'enquête menée par la caisse et résume les avis de l'ingénieure CARSAT et du médecin du travail (ce dernier ne figurant pas toujours dans le dossier) :

²¹⁰ Sylvie Platel, qui a réalisé le même constat, rappelle en effet que « le choix privilégié d'un cancérogène est scientifiquement indémontrable ». (Platel, p.339)

²¹¹ Valentine Garnier et Martine Léonard, « Analyse des maladies professionnelles “hors tableaux” de Lorraine et de Champagne-Ardenne entre 2012 et 2015 », Journée de l'Inspection Médicale du Travail, 27 septembre 2016

« C2RMP 17.02.16 – Dossier de Monsieur D., aujourd’hui décédé à la suite d’un cancer bronchique, déclaration faite en juin 2015 par les ayants-droits.
Dr S., médecin-conseil : Il s’agit d’un carcinome du lobe inférieur droit déclaré dans le cadre du tableau 30 bis (pour travail hors liste limitative, soit un alinéa 3). [...] Le patient est carrossier peintre jusqu’en 2005. Il a un tabagisme de 45 paquets année²¹², sevré il y a 20 ans. [...] »

Les discussions s'orientent ensuite autour de la plausibilité des expositions, pour le malade, à un instant *t* de sa carrière : la contextualisation temporelle est centrale. En effet, les expositions sont à replacer dans un environnement technique souvent dépassé. Il s'agit donc, pour les médecins présents, de reconstituer un cadre professionnel révolu :

« Dr Bernard, médecin-inspectrice : Il a quand même fait toute sa carrière, il a commencé tôt, à une époque où on mettait de l’amiante partout. Selon le plan du lieu de travail, les ateliers ne sont pas séparés. Pendant les soufflages des freins, il en a respiré, c’est sûr. Je mettrais plutôt "Avis Favorable".

Pr Prioux, professeur - praticien hospitalier : L’amiante dans les enduits bitumeux, c’est connu. Il y en a eu chez Renault jusqu’en 96.

[...]

Pr Prioux : Pour tous ces arguments, j’aurais tendance à considérer que oui [la maladie et le travail sont liés].

Dr Bernard : Surtout pour cette période-là.

Pr Prioux : Après 90, on ne l’aurait pas pris. »

Ces considérations ouvrent sur une discussion (rarement une opposition, cet espace restant majoritairement, semble-t-il, consensuel) au sein de laquelle chacun apporte son expertise. La médecin inspectrice régionale du travail, bien placée pour développer une connaissance appuyée des espaces de travail, peut prendre appui sur une expertise de terrain relativement technique. Le praticien hospitalier, en revanche, est majoritairement porteur d'une connaissance scientifique. C'est lui qui est le plus au fait de l'actualité de la littérature médicale. Les logiques médicales qui discutent sont donc plurielles :

« Pr Prioux : Après, c’est sûr que ce sont des gens qui poncent.

Dr Bernard : Et qui poncent fin.

Pr Prioux : Ce sont des expositions d’ambiance... Plaquettes, non, mais garnitures, peut-être.

²¹² Le « paquet-année » est une mesure qui vise à quantifier le tabagisme. Elle renvoie au produit du nombre de paquets fumés par jour par la durée totale du tabagisme (en années). Cette modélisation paraît toutefois biaisée, la durée impliquant un risque plus élevé que la quantité ; ainsi, « pour 20 PA, un demi-paquet par jour pendant 40 ans est beaucoup plus “risqué” en termes de cancer bronchique qu’un paquet par jour pendant 20 ans. »
En ligne : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.13.2.html>

*Dr Bernard : Moi c'est sur la partie soufflage (dépoussiérer les freins) plutôt, **pour en avoir vu, ça souffle...***

[Le Pr Prioux effectue des recherches sur son téléphone afin de questionner le lien entre la profession de carrossier et le développement d'un mésothéliome]. »

Dans ce contexte distendu, l'expertise repose sur une probabilité. Toutefois, elle ne renvoie pas ici à la logique désincarnée de l'*evidence based medicine*²¹³, mais à des savoirs situés (observés) relatifs aux conditions de travail : les logiques médicales sont plurielles, investies différemment en fonction de la spécialité médicale de l'expert et du cadre réglementaire dans lequel s'inscrit le dossier expertisé (alinéa 3 ou 4). Le docteur Bernard et le professeur Prioux évoque cette dimension probabiliste à plusieurs reprises :

*« Dr Bernard : Il faudrait voir les marques qu'il a utilisé mais on ne les aura pas. **On est sur une probabilité forte.***

[...]

*Pr Prioux : **On est sur une probabilité.** Bon, il a fait ça à partir de 1969, pendant une paire d'années [...] Il a travaillé pour un garage Renault, on a vu qu'il y avait des mastics amiantés, mais ce sont des **arguments indirects**. Après, dans le garage, il y avait des fumées, **l'expo diesel est sûre, il a cumulé.** »*

Au terme de cette discussion, chacun doit se positionner sur la pertinence d'une mise en catégorie en exprimant un avis favorable ou défavorable à la prise en charge de la pathologie considérée au titre de la maladie professionnelle. La discussion entre experts est close par la dictée d'un bilan par le médecin universitaire qui résume le parcours professionnel et les indices qui laissent à penser que le malade a subi – ou non – des expositions délétères qui auraient lourdement pesé dans la survenue de la maladie :

« Le salarié a été carrossier de 1969 à 2005. L'enquête administrative confirme des travaux de carrosserie automobiles comportant notamment l'utilisation régulière de mastics, produits anticorrosion bitumeux et qu'il a effectué des opérations de ponçage. Il n'a pas été retrouvé de preuves d'expositions directes à l'amianté mais les documents disponibles notamment auprès de l'INRS attestent de l'existence de produits bitumeux et de mastics de carrosserie contenant de l'amianté jusqu'à la fin des années 80. L'exposition à l'amianté chez ce salarié est donc vraisemblable. Le comité note par ailleurs qu'il a été exposé de manière indirecte aux travaux d'entretien des mécanismes de freinage (soufflette) et aux gaz d'échappement. »

Ici, deux processus d'évaluation s'entrecroisent : le processus global de lien entre la carrière professionnelle et la maladie mais aussi l'évaluation du caractère délétère de l'environnement

²¹³ Succinctement, le concept d'*evidence-based medicine* renvoie au classement des informations scientifiques par niveau de preuve en vue d'orienter la clinique et l'action publique (Beaulien, Battista et Blais, 2001).

de travail. S'il est théoriquement admis que la maladie peut survenir du fait de l'exposition à un facteur cancérigène que l'on sait être ou avoir été présent en milieu professionnel, il est nécessaire de déterminer si le malade s'est bien inscrit dans ces conditions de travail effectivement dangereuses. Dans l'extrait précédent, c'est donc moins la connaissance médicale que celle des techniques liées aux époques et aux secteurs d'activité qui emporte l'argumentation. Ce cas de figure est propre au contexte administratif dans lequel ce dossier est expertisé. En effet, on parle ici d'un « alinéa 3 », c'est-à-dire que le cancer dont était atteint monsieur D. figurait bien dans un tableau, mais que l'une des conditions qui lui aurait permis d'être reconnu en première instance était manquante : les travaux effectués au cours de carrière professionnelle n'étaient pas mentionnés dans la liste limitative associée à ce tableau (cf point 2, B). De fait, la délibération des médecins du comité a été largement orientée autour du contexte professionnel comme ensemble de techniques potentiellement délétères. Cette orientation, toutefois, aurait été différente si le critère manquant avait été le délai d'exposition ou de prise en charge, qui visent à apprécier la pertinence temporelle du lien entre le contexte professionnel et la maladie, appelant bien plutôt des lectures médicales : les cas de figure qui incitent à considérer prioritairement l'environnement de travail sont rares.

En « alinéa 4 », la procédure est différente. La maladie ne figurant pas dans l'un des tableaux, il s'agit de déterminer l'existence d'un lien direct et essentiel entre la maladie et le contexte professionnel, soit de questionner la littérature médicale – épidémiologique et expérimentale (cf chapitre 4) – et les éventuels antécédents médicaux du malade. Dans ce cadre, la négociation repose donc essentiellement sur les connaissances médicales, à la fois individuelles (l'histoire médicale clinique du malade) et collectives (la littérature épidémiologique). L'extrait suivant, qui concerne le dossier d'un malade atteint d'une BPCO (non d'un cancer, mais les mécanismes d'expertise sont ici les mêmes), illustre bien ce renversement de perspective :

« TASS, Monsieur P, 66 ans. Alinéa 4 pour BPCO. Déclaration : 04/01/14. 1ère constatation médicale : scanner du 26/10/10. Monsieur P. a été monteur-ajusteur-moniteur-éducateur en menuiserie. Le médecin du travail fait état d'un tabagisme important jusqu'en 2002. Pas d'avis particulier du médecin conseil. Le précédent C2RMP a conclu à une absence de lien essentiel du fait de facteurs confondants. Les facteurs personnels ont été jugés plus importants ("agissants") que les facteurs professionnels.

L'enquête bénéficie de 13 témoins. Ils font état de l'utilisation de minerais de charbon, de poussière de bois, de vernis, etc.

Pr Prioux, professeur : Fumeur, mais pas tant que ça, non ? 15 paquets année, sevré en 2000.

Dr Stein, médecin-conseil : C'est ce qu'ils disent. Ayant été fumeur moi-même, on minimise.

Médecin collaborateur : Les femmes aussi, surtout quand elles prennent une contraception.

[...]

Pr Prioux : C'était en milieu confiné aussi. [...] bah de toute façon c'est refus sur le lien essentiel [...] et puis y'a de la poussière de bois mais bon [...].

*Bilan : Le salarié a essentiellement été exposé jusqu'en 2005. L'exposition à des irritants susceptibles de provoquer des pathologies respiratoires est certaine de 1971 à 1987, à l'origine d'un lien direct entre contenu du travail avec probable confinement et la maladie. Par contre, **le dossier médical fait apparaître un facteur extraprofessionnel qui s'oppose formellement à l'établissement du lien essentiel.***

*Pr Prioux : **En revanche, je ne suis pas d'accord pour dire que le tabac joue plus que le travail, ça reste des activités très exposantes.** »*

Le contexte professionnel est donc reconnu par le comité pour son caractère nocif, annulé toutefois en raison d'un comportement « à risque », soutenu par une autre forme de savoir localisé (« j'ai moi-même était fumeur, on minimise »), qui introduit un « trouble dans la causalité ». On voit bien ici la scission qui s'opère entre, d'un côté, un environnement pathogène et, de l'autre, un individu pathogène. La perspective adoptée reprend donc bien plutôt les codes de la santé publique et l'organisation réglementaire de l'expertise (cf chapitre suivant), soulignant la variabilité des approches en fonction de la marge d'autonomie cédée par le cadre légal.

L'expertise ainsi constituée par le comité repose sur un agencement d'éléments médicaux et légaux qui s'inscrit dans une logique probabiliste. Dans un contexte de pluralité des causes, déterminer l'origine de la maladie relève toujours de la probabilité et, par extension, de la négociation. Cette incertitude va alors être contenue à la fois par l'intégration d'un cadre légal qui met en avant le caractère restrictif de la multifactorialité (un problème récurrent depuis la loi de 1919), par l'attention portée aux causalités individuelles (l'histoire médicale du malade et l'appréciation de ses comportements à risque), la littérature épidémiologique et le questionnement technique de l'environnement de travail, ce dernier étant évincé en alinéa 4.

d. Le parcours institutionnel idéal : récit fictif

La présentation et la discussion menée jusqu'ici autour du cadre légal qui organise l'accès à la catégorie « cancer du travail » et ses modalités de réparation, possède le défaut, il me semble, de rester surplombante. Le double récit ci-dessous, rédigé en regard des parcours rencontrés tout au long de cette recherche, propose de reconnecter ce chapitre aux parcours des malades et à leurs temporalités. Il en est la version lissée, idéelle, déconnectée de tout ancrage social et de rapport de domination – une version telle que pensée, probablement, par les institutions. Le

premier présente un parcours qui épouserait les tableaux de la Sécurité sociale, le second une moindre conformité, mais toujours idéalisé.

Monsieur Dupont, 64 ans, est à la retraite depuis peu. Il a travaillé toute sa carrière dans une usine de la sidérurgie. Alarmé par une toux persistante, son médecin généraliste, qui connaît bien son patient, son tabagisme mais aussi les risques du travail dans le secteur de la sidérurgie, lui prescrit un scanner. Cet examen met en évidence un cancer bronchopulmonaire primitif. Bien informé, son médecin généraliste le questionne plus amplement sur sa carrière professionnelle et lui fait part des liens probables entre sa profession passée et son affection. Il l’informe alors de la possibilité d’une prise en charge de sa maladie, par la CPAM, au titre de la « maladie professionnelle » et les intérêts, individuels comme collectifs, que l’accès à cette catégorie médico-légale présente. Il rédige pour cela un certificat médical dit « initial » (CMI, *cf* p.153) sur lequel il décrit la maladie et le lien de causalité probable avec la carrière professionnelle de son patient, un document indispensable à la déclaration. Il lui indique également le questionnaire Cerfa (*cf* annexe 6) qu’il aura à remplir, l’informe sur les délais d’instruction des dossiers et les mécanismes du système de reconnaissance en maladie professionnelle (une décision administrative doit compléter l’avis médical, si son dossier est retenu un taux d’incapacité lui sera attribué pour calculer le montant de l’indemnisation à laquelle il pourra prétendre au vu des séquelles laissées par sa pathologie, l’entreprise verra son taux de cotisation augmenter si la maladie professionnelle lui est attribuée²¹⁴, *etc.*) et se propose de suivre avec lui ses démarches. Ainsi, monsieur Dupont ne s’étonnera pas d’avoir à remplir un second document, demandé par la CPAM à la suite de l’envoi de son dossier, l’invitant à détailler de nouveau sa carrière professionnelle. Il ne s’étonnera pas non plus de recevoir un courrier, trois mois plus tard, l’informant que son dossier n’a pas pu être instruit dans le délai annoncé, mais qu’il le sera au bénéfice d’un délai complémentaire de trois mois. Une fois la notification de prise en charge reçue, il saisira bien ce à quoi fait référence le certificat de consolidation – il ne sera ainsi pas tenté de l’assimiler à une rémission (*cf* chapitre 4) mais aura bien conscience qu’il s’agit d’une stabilisation de son état permettant l’évaluation des séquelles laissées par la maladie, exprimées en pourcentage *via* le taux d’incapacité attribué par le médecin-conseil de la CPAM – indispensable au calcul de la rente (*cf* chapitres 5 et 7).

²¹⁴ C’est en réalité un peu plus complexe. Si la tarification est bien individualisée pour une grosse entreprise de type sidérurgie, elle ne l’est pas, ou de manière seulement partielle, pour les entreprises de plus petite taille.

L'appropriation de la catégorie va donc se construire parallèlement à l'information donnée par son médecin traitant. La catégorisation institutionnelle achèvera ce processus d'identification dans un mécanisme neutre de co-construction administrative et médicale.

Monsieur Dupont, cependant, peut également présenter un dossier qui n'entre pas totalement dans les cases des tableaux de la Sécurité sociale : malheureusement, le poste qu'il a occupé ne figure pas dans la liste restrictive des travaux ouvrant droit à la réparation ; ou bien, il est déjà âgé de 75 ans, il a connu une mobilité professionnelle qui l'a conduit dans un secteur non exposant et le délai de prise en charge de sa pathologie est dépassé, ou encore le délai d'exposition au facteur cancérigène mentionné dans le tableau correspondant à sa pathologie est insuffisant : il a travaillé neuf ans au lieu de dix au contact de l'amiante, ou à inhaler des émissions de goudron de houille ou des suies de combustion du charbon. Il recevra alors, peu de temps avant l'arrivée à terme du délai d'instruction de six mois, un courrier l'informant du transfert de son dossier devant une nouvelle instance, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Cette instance connaissant des délais au moins équivalents à ceux de la CPAM²¹⁵, monsieur Dupont recevra, aux termes des six mois initiaux, une notification de refus (temporaire) de prise en charge de sa pathologie. Cette notification protège la CPAM en attendant l'expertise du comité, celle-ci étant tenue à l'acceptation d'office du dossier resté sans réponse au terme des six mois (le courrier de notification du transfert devant le C2RMP ne permet pas de contourner cette disposition). Bien informé par son médecin traitant, lui-même bien au fait des subtilités de ces démarches, il ne sera pas tenté, face à ce refus temporaire, d'avoir recours, parallèlement à l'instruction de son dossier par le C2RMP, à la CRA puis, en cas de confirmation du refus, de saisir le Tribunal des affaires de la Sécurité sociale (TASS), des démarches inutiles en l'absence des résultats de l'expertise du C2RMP. En cas de refus par ce dernier en revanche, monsieur Dupont, bien informé des enjeux inhérents à cette démarche, sera aiguillé vers une saisine du TASS. Dans ce cadre, l'avis d'un second C2RMP est généralement sollicité. La décision notifiée au sein de ce nouvel espace d'instruction pourra, enfin, être classiquement contestée devant la Cour d'Appel puis la Cour de cassation où la

²¹⁵ Le rapport de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, pour 2019, mentionne en ce sens : « Les CRRMP examinent chaque année un nombre croissant de dossiers - près de 23 000 en 2017 - alors que, dans le même temps, la ressource médicale diminue. La concomitance de ces deux phénomènes entraîne des délais d'examen importants par les comités, préjudiciables aux assurés. »
Op. cit.

décision finale sera éventuellement amenée à faire jurisprudence, venant ainsi modeler, par petites touches, les contours de la catégorie institutionnalisée.

Ces deux cas fictifs balisent les rationalités administratives telles qu'elles peuvent être appréhendées au prisme des textes réglementaires. Les chapitres qui suivent montreront combien les pratiques médicales et administratives ainsi que les expériences des patients sont en réalité bien plus complexes et diversifiées.

Conclusion de chapitre

Les intérêts industriels ont donc contraint pendant longtemps la reconnaissance et la réparation des maux du travail, alors même que les observations médicales concluaient au caractère délétère de certaines activités. Soutenus par les hygiénistes et une large frange des élus politiques, les industriels se sont largement opposés à une loi qui, en reconnaissant leur responsabilité dans la survenue de ces atteintes, leur aurait coûté trop cher. L'opposition du mouvement ouvrier, de certains médecins et députés, et les négociations qui ont suivi, ont finalement ouvert sur un compromis qui a eu pour conséquence insidieuse de déplacer le risque de l'espace judiciaire à un espace hybride médico-administratif et politique, entraînant ainsi une forme de normalisation du danger au travail. Ce régime assurantiel, qui repose sur une réparation forfaitaire, protège l'entreprise de la détermination d'une faute en même temps qu'elle expose le corps de l'ouvrier à son équivalence monétaire, moindre que dans le droit commun. Ainsi, dans son élaboration comme dans ses ajustements par la (re)définition des tableaux et de leur périmètre, la catégorie institutionnalisée « cancer professionnel » paraît défavorable aux travailleurs, insuffisamment dotés en ressources pour peser dans les négociations, de sorte qu'elle ne recouvre même pas les données scientifiques. L'expertise médicale, pourtant, reste centrale : outil de légitimation dans la négociation, elle se poursuit dans le système complémentaire et donne ainsi à voir une certaine forme de médicalisation du champ de la réparation, qui fait écho à la place croissante prise par certaines « disciplines scientifiques du domaine biomédical » dans « l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques relatives à la santé au travail » (Counil et Henry, 2016, p.6). Toutefois, ces logiques ne sont pas homogènes. L'expertise médicale est plurielle et convoque à la fois des lectures statistiques, probabilistes, souvent désenchâssées socialement, et des logiques plus cliniques, situées, reposant sur l'observation du patient et de son environnement. Les secondes restent cependant contenues par un cadre administratif et réglementaire rigide.

Enfin, ce chapitre a montré les difficultés rencontrées par les travailleurs et leurs représentants en amont, pour peser sur la structuration même de la catégorie institutionnalisée. Les chapitres

suivants vont montrer comment elles se poursuivent en aval, dans les cheminements pour « rencontrer » la catégorie.

Chapitre 4. Les catégorisations médicales : pratiques et positionnements

Dans ce chapitre, nous porterons un regard sur les modalités des catégorisations médicales et sur les capacités d'action des médecins sur la catégorie institutionnalisée. Si cette qualification médicale, réalisée sur un registre probabiliste dans un contexte de multifactorialité, est indispensable en premier lieu pour amorcer la procédure de reconnaissance, elle ne se cantonne pas à ce moment initial d'ouverture du droit mais se prolonge à différents moments et en différents espaces, à travers une mission déterminante d'expertise. En effet, Annie Thébaud-Mony constate une « contradiction fondamentale dans laquelle s'inscrit le système de réparation des maladies professionnelles. Fondé sur la logique d'assurance, il dispense la victime de la charge de la preuve, mais donnant à l'expert un rôle fondamental dans la décision finale de reconnaissance, il réintroduit, par le biais des pratiques d'expertise, la recherche de preuves irréfutables, garantes de l'objectivité de l'expert » (Thébaud-Mony, 1991, p.74), suggérant le rôle incontournable des médecins dans le processus de catégorisation institutionnelle. Nous le questionnerons donc à travers la matérialité du terrain et des parcours de malades et nous interrogerons, dans le même temps, les facteurs qui peuvent venir orienter et contraindre cette pratique d'expertise. Il s'agira parallèlement d'analyser les savoirs et les outils de catégorisation sur lesquels ils s'appuient, soit l'existence d'une logique médicale dont nous avons commencé à aborder l'hétérogénéité. Nous analyserons ensuite les pratiques médicales en tant que rapport social, la relation qui se joue entre un thérapeute et son patient étant aussi, souvent, ici, celle d'un médecin face à un ouvrier. Cette « confrontation » fait écho à l'antagonisme fondamental qui sous-tend l'espace de la réparation des maladies du travail entre employeurs et salariés, et qui incite au positionnement des différents acteurs. Nous aborderons enfin la porosité de ses sous-espaces avec le médecin, figure ici multifaces, comme pierre angulaire de la catégorisation.

1. « Cancer », « cancérogène » : des classifications préalables – et problématiques ?

A. Classification des expositions : incomplétude et partialité des savoirs

a. Identifier les facteurs délétères

Une production scientifique biaisée

Trois grandes approches peuvent être adoptées en vue de repérer des agents cancérogènes. D'abord, l'observation, soit l'étude épidémiologique. Celle-ci suppose de suivre sur un temps long un effectif conséquent d'individus – à l'exception des méta-analyses, particulièrement valorisées dans ce champ, qui compilent des données plus qu'elles ne mettent en œuvre de véritables observations sur des individus d'histoire, de chair et d'os. Les scientifiques ont également recours à l'expérimentation animale, les limites associées à ce type d'approche restant toutefois connues : les conditions d'exposition des animaux de laboratoire sont très différentes du contexte professionnel, ce qui soulève à la fois des problèmes de transposition des observations d'une espèce à l'autre et des problèmes techniques, financiers et éthiques relatifs à l'exposition d'un nombre important d'animaux pendant de longues périodes. Enfin, c'est l'analyse du produit et de son métabolisme, dans une approche désincarnée, qui peut faire l'objet de la focale scientifique : il s'agit alors d'étudier les mécanismes de cancérogénicité inhérents à un agent et qui peuvent différer de l'humain à l'animal. Les processus complexes de cancérogenèse et les limites associées à chaque type d'étude se conjuguent pour aboutir à des conclusions probabilistes, ainsi « le Centre International de Recherche sur le Cancer classe régulièrement des nuisances en fonction du niveau de plausibilité de leur caractère cancérogène pour l'Homme » (rapport INvS, p.9).

Au-delà de l'approche retenue, un cancérogène, pour être identifié comme tel, doit en effet être soumis à des recherches protocolaires qui vont conclure à une « évidence suffisante », ici « de la cancérogénécité d'une substance ou d'une situation d'exposition » (Thébaud-Mony, 2008, p.241). Or, la revue de littérature concernant les cancérogènes est incomplète (Platel, 2014). En ce sens, pour Annie Thébaud-Mony, la première forme d'invisibilité²¹⁶ qui recouvre les cancers

²¹⁶ Elle en évoque trois : une invisibilité scientifique (soit une ignorance toxique), une invisibilité physique ainsi qu'une invisibilité sociale.

professionnels est d'abord scientifique (Thébaud-Mony, 2008)²¹⁷. En effet, l'absence d'études visant à définir la dangerosité d'un agent, la focalisation des financements sur certains cancérigènes et la production d'études biaisées par l'action intéressée de certains lobbies (Thébaud-Mony, 2014), donne lieu à une forme d'ignorance toxique qui contraint toute mise en lien avec des cas de cancers. Certaines études issues notamment de la sociologie des sciences (Markowitz et Rosner, 2002 ; Michaels, 2008 ; Proctor, 2011, *etc.*) ont questionné le rôle des industriels dans cette « science non produite » (Council et Henry, 2016). Les logiques investies répondraient à un objectif commun : distiller le doute. Les pratiques ainsi mises en œuvre viseraient à « limiter les connaissances relatives à certains produits toxiques » ou « créer des controverses plus ou moins artificielles sur un ou plusieurs aspects de leur toxicité » (*ibid.*). Dès lors, cette pénurie de données scientifiques solides, combinée à un manque d'informations issues de la pratique médicale, représente un alibi aisé pour le patronat à l'immobilisme réglementaire (Marchand, 2018)²¹⁸.

L'enjeu des classements

En outre, c'est en regard de cette infiltration des intérêts privés dans la mise en œuvre de la recherche (Thébaud-Mony, 2017) que les classements internationaux des substances cancérigènes peuvent être appréhendés selon leur degré d'indépendance. Il s'agit d'une pratique constatée au sein du centre de consultations de pathologies professionnelles lorrain, les médecins y affirmant se référer, afin d'identifier les expositions d'un malade, au classement du Centre International de Recherche sur le Cancer²¹⁹ (CIRC) avant celui que propose l'Union Européenne²²⁰. La dimension plus « brute » des données du CIRC – moins soumises à

²¹⁷ Ainsi, sur les plusieurs dizaines de milliers de produits utilisés dans l'industrie, seulement quelques centaines d'entre eux bénéficieraient de données de toxicité (Grandjean et *al.*, 2011, cités par Council et Henry, 2016).

²¹⁸ Pour Emmanuel Henry, ces freins à l'établissement d'une causalité entre une situation de travail et une maladie constituent également « la première state » dans la fabrication de la « quasi-irresponsabilité et [de la] quasi-impunité des acteurs industriels » (Henry, 2019, p.3).

²¹⁹ Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) est un groupement international et interdisciplinaire, né en France en 1965, qui a pour objectif de « promouvoir la collaboration internationale dans la recherche sur le cancer » et d'identifier, notamment, les différents facteurs de risque liés à l'environnement, aux modes de vie, et à « leur interaction avec le fond génétique ». Le CIRC interroge ainsi les éventuels effets cancérigènes d'agents, de situations d'exposition ou encore de procédés industriels.

En ligne : <http://www.iarc.fr/fr/about/index.php>

En ligne : <http://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/classifications-existantes.html>

²²⁰ L'échelon européen connaît également ses limites en matière de détermination des VLEP. En effet, en 2017, la Commission européenne, qui avait entrepris de réviser ces valeurs, s'est montrée en-dessous des attentes de certains acteurs engagés dans la santé au travail. Peu nombreuses, les VLEP déterminées sont bien inférieures à certaines réglementations nationales. Ainsi, « en France, la valeur limite d'exposition au chrome VI est de 0,001 milligramme par mètre cube d'air (mg/m³). La Commission, elle, propose 0,025mg/ m³. Une valeur 25 fois

l'influence des lobbies – est ainsi mise en avant, ce qui se comprend notamment par le fait que le classement du CIRC, contrairement au classement européen²²¹, ne possède pas de valeur réglementaire. Ce dernier est par ailleurs moins complet, seules les substances chimiques étant considérées²²². Le Pr Prioux explique de cette façon que les médecins, au sein du service de pathologies professionnelles qu'il dirige, s'appuient uniformément sur le premier :

« Le CIRC, pour le cancer, qui est quand même reconnu et dont la méthodologie est transparente, publiée, connue, etc., et qui permet un classement de substances cancérigènes avec une crédibilité et une fiabilité relativement importantes, plus que la commission équivalente européenne qui elle, est toujours soumise aux lobbies de droite et de gauche. »

Le docteur Palait, électron gravitant hors institution médicale (cf point 4), fait part d'une pratique similaire en définissant le CIRC comme « sa bible », indispensable à sa pratique d'expertise technique.

Les distinctions de classement entre le centre international de recherche sur le cancer et l'Union Européenne s'illustrent aisément à travers l'exemple du glyphosate²²³. Actuellement au cœur d'une vive controverse, il est classé depuis 2015 par le CIRC comme cancérogène probable pour l'humain²²⁴ sans faire l'objet d'une quelconque réglementation européenne. Le rapport produit par l'Autorité européenne de sécurité des aliments en 2017, dont les conclusions « innocentaient » le glyphosate, est ainsi accusé de partialité : une partie de celui-ci serait largement inspiré d'études produites par l'entreprise qui est à l'origine de son brevetage.

supérieure qui “garantit” un cancer du poumon pour 10 travailleurs exposés, selon les calculs de l'Agence européenne des produits chimiques. C'est cher payé pour faire briller le bouchon d'un vaporisateur ». (Horel, 2017, *Le Monde*).

En ligne : https://www.lemonde.fr/planete/article/2017/02/24/cancers-professionnels-seulement-dix-huit-substances-reglementees_5084799_3244.html

²²¹ D'autres classements existent également, notamment pour les substances chimiques, voir : <http://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/classifications-existantes.html>

²²² Rapport d'enquête Eurogip.

En ligne : http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/Autre/2010_EUROGIP_Kr%20d'origine%20pro%20quel%20reco%20en%20E2%82%AC.pdf

²²³ Le glyphosate est une molécule chimique, brevetée et mise sur le marché par l'entreprise Monsanto comme agent actif du Roundup en 1974 (elle est cependant, depuis 2000, tombée dans le domaine public). Le Roundup est l'herbicide le plus répandu dans le monde : selon un rapport de 2015, il se vendrait près de 5 milliards de Roundup par an à travers le monde.

En ligne : <http://www.rfi.fr/science/20171130-glyphosate-questions-environnement-sante-agriculture>

En ligne : <https://www.planetoscope.com/Jardinage/646-les-ventes-du-pesticide-roundup-de-monsanto-dans-le-monde.html>

²²⁴ En ligne : <https://www.euractiv.fr/section/agriculture-alimentation/news/iarc-alone-against-glyphosate-despite-new-evidence/>

Pour autant, la controverse reste importante et la méthodologie du CIRC elle-même remise en question²²⁵.

Aussi, moins le consensus est fixe entre ces classements internationaux – plus « l’instabilité catégorielle »²²⁶ est grande – plus la construction du caractère professionnel du cancer va relever de l’interprétation subjective et d’une sur-lecture en termes d’enjeux économiques. Les médecins experts en santé au travail sont ainsi particulièrement soumis à des tensions d’ordre politico-économiques, tant au niveau macro de la catégorisation scientifique (quel agent peut prétendre à être considéré comme cancérigène crédible malgré la controverse qu’il suscite) qu’au niveau micro d’un conflit entre le patient et son, ou ses, ancien(s) employeur(s) (*cf* point 3).

L’identification scientifique des toxiques est donc la première étape indispensable pour permettre le repérage des « cancers du travail ». Le « cancer du travail » est, en ce sens, une catégorie scientifiquement et médicalement mouvante. Certaines expositions, longtemps appréhendées comme des facteurs de risque dont l’indice était « faible », ont vu leur statut évoluer avec la recherche et l’actualisation des classements internationaux. Pour autant, comme nous l’avons vu dans le chapitre précédent, cette qualification scientifique n’implique pas un ajustement institutionnel immédiat. En effet, un rapport de l’InVS publié en 2005²²⁷ conclut que de nombreuses nuisances restent absentes des tableaux de la Sécurité sociale : sur les 45 absentes recensées, 17 sont pourtant considérées comme des cancérigènes avérés et 28 sont fortement soupçonnées de l’être. En outre, l’actualisation des connaissances peut avoir l’effet inverse : des expositions suspectées à un moment X pourront être réfutées à un moment Y, sur la base des nouvelles études réalisées et publiées par la communauté scientifique. Le docteur Guen raconte en ce sens un cas récemment expertisé au C2RMP, dans le cadre du système complémentaire. Il s’agit d’une épouse qui demande, pour son mari, la reconnaissance en

²²⁵ En ligne : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cancer/glyphosate-et-cancer-une-etude-menee-sur-plus-de-20-ans-relande-le-debat_118479

²²⁶ Le terme est emprunté à Lorenza Mondada et Danièle Dubois, qui l’utilisent afin de qualifier le processus de production de connaissances scientifiques, la science étant définie comme « un raisonnement pratique, historique et socialement situé » (Mondada et Dubois, 1995, p.283). Nous rappellerons ainsi les jeux qui se déploient autour de la fabrique de l’ignorance (Michaels, Heny, *etc.*, dans le cadre des risques professionnels) et qui peuvent prendre appui sur des rapports sociaux de domination (Thomas Laqueur, *p.ex.*, pour la construction des corps genrés).

²²⁷ Kasbi-Benassouli Valentine et *al.*, « Confrontation des cancérigènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles », INVS, février 2005.

En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000575.pdf>

maladie professionnelle du cancer hémopathique dont il est décédé. Incriminé ici, le formaldéhyde, une substance chimique d'usage courant (désinfectant, biocide, fixateur, *etc.*) classée cancérigène avéré chez l'humain (groupe 1) en 2004 par le CIRC, d'abord pour le cancer du nasopharynx puis pour la leucémie en 2009, et « cancérigène de catégorie 3 » (cancérigène possible chez l'humain) par l'Union Européenne²²⁸. Le dossier s'appuie notamment sur le fait qu'un ex-collègue, atteint d'une pathologie similaire et exposé au même agent, a pu accéder à la reconnaissance. Or, selon le docteur Guen, si des études épidémiologiques, au début des années 2010, suggéraient alors un lien de cause à effet, une série d'études expérimentales ont très récemment remis en question son existence. Cette révision s'explique par l'absence de connaissances sur le mécanisme d'action qui soutiendrait cette relation²²⁹, au détriment des observations réalisées sur les populations. C'est donc sur la base de cette discussion scientifique – en sus d'une exposition jugée « douteuse » – que le comité a refusé la prise en charge posthume de ce cancer au titre de la maladie professionnelle. Pour autant, l'usage du formaldéhyde en milieu professionnel est soumis à réglementation en droit du travail (arrêté de la Direction générale du travail du 13 juillet 2006), les entreprises étant dans l'obligation de justifier d'actions de protection des salariés ou de substitution par un produit non nocif. Ainsi, si le lien de causalité entre l'exposition au formaldéhyde et la leucémie est scientifiquement réfuté, la responsabilité de l'employeur dans l'exposition à un produit classé, à un moment donné, comme agent toxique, reste valide. Cependant, la question ne se pose pas en ces termes pour le comité, cantonné à des délibérations scientifiques et techniques. Ainsi, s'il peut juger de la matérialité d'une exposition – soit, en quelques sortes, de la parole du malade, il n'est pas de son ressort de questionner la responsabilité de l'employeur (bien qu'il soit parfois conduit à interroger la « juste sanction » en cas, notamment, de sollicitation par le TASS – *cf* point 4 de ce chapitre), soulignant toute l'ambiguïté de la catégorie de maladie professionnelle.

Dans l'espace de la réparation des maux du travail, les bornes de la catégorie « cancer professionnel », enserrée dans un strict cadre légal, se redessinent donc avec la littérature scientifique – épidémiologique et expérimentale – qui travaille à la classification des substances cancérigènes. La catégorie est ainsi soumise à la dynamique de production des connaissances

²²⁸ En ligne : <https://www.cancer-environnement.fr/302-Formaldehyde.ce.aspx>

²²⁹ En ligne : <https://www.anses.fr/fr/content/evaluation-des-risques-sanitaires-li%C3%A9s-%C3%A0-la-pr%C3%A9sence-de-formald%C3%A9hyde>

et à ses enjeux (Thébaud-Mony, 2006 et 2014 notamment ; Counil et Henry, 2016 ; Henry, 2011 et 2019, *etc.*), génératrice d'une « ignorance » qui oriente notamment les négociations au sein du COCT (*cf* chapitre précédent) et participe à maintenir les cancers du travail dans l'invisibilité.

Catégoriser en cancer professionnel implique l'identification non seulement d'un, ou de plusieurs cancérigènes, mais aussi des situations professionnelles dans lesquelles ces risques peuvent se déployer. De la connaissance théorique du mécanisme d'action, il s'agit de passer au concret des situations de travail, ces deux mouvements pouvant également être imbriqués.

b. Identifier les situations d'exposition délétères

L'étude des situations d'exposition dangereuses pour la santé des individus relève généralement de l'épidémiologie. Cet usage répandu des statistiques n'est toutefois pas sans limites : pour Annie Thébaud-Mony (Thébaud-Mony, 2006), si elles permettent de repérer des substances et des situations cancérigènes, elles ne permettent pas de rendre compte des « histoires – individuelles et collectives, biologiques et environnementales – qui ont présidé à la survenue de ces cancers “observés” et/ou “attendus” » (Thébaud-Mony, 2006, p.21). L'épidémiologie, en relevant principalement d'une vision unicausale utile à l'action publique (Gaudillière, 2006)²³⁰, échouerait à rendre compte de la complexité des parcours individuels et collectifs dans lesquels se recoupent des expositions environnementales et professionnelles, des prédispositions génétiques et des comportements individuels, dont les combinaisons se révèlent souvent plus nocives que la simple addition des différents risques pris isolément.

En outre, le repérage des situations d'exposition délétères peut également être réalisé par des « profanes ». Cette dynamique portée par les salariés et leurs syndicats avec l'appui, parfois, de chercheurs et/ou de médecins, naît généralement de l'observation de la récurrence d'une pathologie dans une population spécifiquement exposée à un facteur de risque connu (un « *cluster* ») qui suggère la présence d'un risque et conduit à les croiser avec des données toxicologiques et scientifiques. Cette méthode, aussi qualifiée d'« épidémiologie populaire », diffère d'une simple transposition des méthodes « traditionnelles » à une expertise « profane » :

²³⁰ Pour Jean-Paul Gaudillière en effet, le savoir issu de l'épidémiologie est « un savoir on ne peut plus situé, produit pour l'action publique, dont les formes d'administration de la preuve sont indissociables de l'histoire du gouvernement sanitaire » (Gaudillière, 2006). Toutefois, Emilie Counil évoque l'existence de différentes manières de faire de l'épidémiologie structurées autour d'un rapport spécifique à l'inférence causale, suggérant l'hétérogénéité de cette discipline (Counil, 2019).

au-delà de l'espace où se déroule l'expertise, c'est également l'approche retenue qui diverge (soit une façon spécifique « de produire de la connaissance et d'élaborer des interprétations des problèmes de santé » – Calvez, 2009). Phil Brown (cité par Calvez, 1992, p.269) la décrit de cette façon :

« Dans certaines de ses actions, l'épidémiologie populaire est analogue à l'épidémiologie scientifique, comme lorsque des profanes mènent des enquêtes de santé. Toutefois, l'épidémiologie populaire est plus qu'une participation publique à l'épidémiologie traditionnelle, dans la mesure où elle met en avant les facteurs sociaux et structurels comme une composante de la chaîne causale de la maladie. De plus, elle implique des mouvements sociaux, utilise des approches politiques et judiciaires et remet en cause les postulats de base de l'épidémiologie traditionnelle, de l'évaluation des risques et des réglementations de santé publique. »

Ainsi, sur le territoire lorrain, la section locale de la CFDT mineurs a entrepris une étude visant à alimenter les connaissances concernant les liens qui unissent le cancer du sein et les conditions de travail²³¹. Si une causalité est relativement bien admise en France sous l'impulsion d'études menées par le CIRC²³², elle continue à faire controverse ailleurs (congrès IST, 2018). Dans ce contexte, cette recherche « profane » est motivée à la fois par un constat de terrain et des études produites dans le champ scientifique allant dans le sens de cette causalité mais ne faisant pas encore consensus. L'imbrication des espaces est ici notable : le syndicat a constitué un comité scientifique (au sein duquel siège le docteur Palais) afin, notamment, de coconstruire un questionnaire, outil central de cette étude. Si le syndicat paraît ici moteur d'une recherche qui vise à consolider les connaissances relatives à l'effet délétère du travail, les liens avec l'espace scientifique et médical ne sont pas pour autant coupés. Ces liens, toutefois, restent tissés avec une frange du corps médical peu orthodoxe, dont l'engagement auprès des victimes est déjà connu (cf point 3, D). Ce type d'épidémiologie, aussi, reste peu répandu en France et relativement discrédité, la valeur de la connaissance produite par le profane ne bénéficiant pas de la crédibilité et de la légitimité dont est doté l'expert (Calvez, 2009). De plus, la qualité des études menées dans l'espace médical reste strictement hiérarchisée : déjà peu valorisées, les études épidémiologiques identifiées comme les plus crédibles sont généralement les méta-analyses, puis les études de cohorte, avant les études « cas-témoin » et les rapports de cas,

²³¹ En ligne : <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2018/09/18/cancer-du-sein-et-maladie-professionnelle-la-cfdt-de-moselle-est-enquete>

²³² En 2010, le CIRC a classé « le travail posté (soit un rythme de travail rotatif et/ou discontinu) impliquant une modification du rythme circadien (avec, donc, une incidence hormonale) » sur la liste des agents « probablement cancérogènes » (groupe 2A) (Atlan, 2011).

plus « confidentiels ». La taille de la population d'étude est ainsi corrélée positivement à l'appréciation d'une solidité scientifique. C'est donc une conception spécifique de l'objectivité scientifique²³³ qui est ici mise en avant, un type de rationalité médicale qui impacte la définition de ce qui peut prétendre à être défini comme un « cancer du travail ».

Définir un cancer professionnel nécessite donc de pouvoir croiser le cancer avec des facteurs cancérigènes rencontrés par le malade tout au long de son histoire professionnelle. Cependant, ce processus en croise un autre, souvent initiateur des parcours de catégorisation : la définition même du cancer.

B. Diagnostiquer un cancer : outils et procédure

a. Les outils

Le diagnostic d'un cancer est un processus long et qui mobilise de nombreux outils. Il débute généralement par un examen clinique qui vise à repérer « en surface » tout signe qui indiquerait la présence d'une tumeur et d'éventuelles métastases²³⁴. Il est ensuite complété par des examens biologiques, première lecture du corps « en interne », *via* des analyses sanguines et/ou urinaires. Après l'étude de ces marqueurs, le regard médical se déplace sur les « parties internes du corps ». L'imagerie médicale est sollicitée *via* une batterie d'examens (radiographie, échographie, scanner, IRM, scintigraphie, PET-scan²³⁵) dont le recours peut être exclusif ou multiple. Ajustement ultime de la focale médicale, le diagnostic d'un cancer nécessite le recours à la biopsie, soit le prélèvement d'« un échantillon de tissu suspect pour l'examiner par microscopie. » Il s'agit en effet de recueillir une preuve « matérielle », un témoin corporel organique, que le patient souffre bien de la pathologie dont il présente les symptômes. Une fois le diagnostic posé, la maladie est soumise à un « bilan d'extension » afin de déterminer si elle

²³³ L'objectivité scientifique n'est en effet pas un absolu, elle possède une épaisseur historique et peut renvoyer à différents critères de référence (Daston et Gallison, 2007).

²³⁴ Pour l'ensemble ce paragraphe, je me suis référée au site de la fondation ARC, une fondation dédiée à la recherche sur le cancer et qui fonctionne, donc, entièrement sur fonds privés.

En ligne : <https://www.fondation-arc.org/cancer-diagnostic>

²³⁵ Le PET ou TEP-scan (« Tomographie par émission de positons ») est un examen d'imagerie qui repose sur l'injection de glucose faiblement radioactif dans le sang. Celui-ci va jouer un rôle de traceur en révélant les cellules cancéreuses, qui fixent davantage le glucose que les « cellules saines ».

En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Diagnostic/TEP-ou-PET-Scan>

s'est propagée ou non, et dans quelle mesure. Ce bilan permet l'évaluation du stade de la pathologie selon la classification internationale T.N.M²³⁶.

La construction du cancer comme atteinte professionnelle dépend du diagnostic de cancer, lui-même souvent autonomisé de la question des conditions de travail. Il s'agit ici d'une spécificité de la catégorie « maladie professionnelle » qui implique, en sus d'une identification nosologique, la définition d'un contexte : l'exploration fine de la carrière professionnelle du malade est centrale pour faire basculer un cancer bronchopulmonaire par exemple, en une affection du travail²³⁷. À la différence de la silicose (Davezies, 2003 ; Thébaud-Mony, 2006 ; Devinck et Rosental, 2009), il ne s'agit pas de définir une maladie « intrinsèque » au travail, avec ses caractères propres, mais bien une causalité. La construction du « cancer du travail » se réalise donc en plusieurs temps, dont le premier est, le plus souvent, le diagnostic de la pathologie cancéreuse : c'est la maladie qui est généralement l'événement sentinelle²³⁸, et non l'identification d'un contexte professionnel délétère (*cf* point suivant). Dans un contexte d'invisibilité multidimensionnelle des effets cancérogènes du travail sur les corps, le cancer du travail, avant de devenir la conséquence d'une activité de travail délétère, est donc souvent une catégorie médicale « neutre ».

b. Amorcer le processus

²³⁶ La classification T.N.M. est « la classification internationale qui permet de se rendre compte du stade d'un cancer. La lettre T est l'initiale de *tumeur* et correspond à la taille de la tumeur ; la lettre N est l'initiale de *node* qui signifie ganglion en anglais et indique si des ganglions lymphatiques ont été ou non envahis ; la lettre M est l'initiale de *métastase** et signale la présence ou l'absence de métastases »,

En ligne : <http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/classification-TNM>

²³⁷ C'est moins le cas pour le mésothéliome, une affection grave de la plèvre, qui est presque systématiquement reliée à une exposition à l'amiante, malgré quelques remises en question médicales récentes et la même demande de justificatif par la Sécurité sociale en cas de déclaration. Ici, cancer et travail sont souvent pensés de concert, et tendent à former une entité unique. Le récent rapport de Santé publique France qui fait suite à vingt années de surveillance des cas de mésothéliome, constate malgré tout que dans 27% des cas, les malades atteints par ce type de cancer et appartenant au régime général de Sécurité sociale ne réalisaient aucune démarche. Ils étaient, en outre, 53%, hors régime général, à ne pas avoir recours au FIVA. Bien qu'important, ce sous-recours aux dispositifs de catégorisation dans les cas de mésothéliome semble relativement moindre que pour d'autres localisations : c'est le cas du cancer de la vessie pour lequel, comme le soulignait la CNAMTS, près de la moitié des personnes dont l'origine professionnelle de la maladie paraissait probable n'ont pas fait de déclaration (*op.cit*).

Rapport « Programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) : vingt années de surveillance (1998-2017) des cas de mésothéliome, de leurs expositions et des processus d'indemnisation », Juin 2019.

En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2019/Programme-national-de-surveillance-du-mesotheliome-pleural-PNSM-vingt-annees-de-surveillance-1998-2017-des-cas-de-mesotheliome-de-leurs-expositions-et-des-processus-d-indemnisation>

²³⁸ Un constat commun au travail d'Anne Marchand (Marchand, 2018).

Toutefois, le diagnostic d'un cancer est souvent tardif, un retard qui peut faire l'objet de sanctions pénales pour le médecin (Truchet, 2009) s'il est établi qu'il est le fruit d'« une faute, soit d'un processus diagnostique non rigoureux, bâclé ou contraire aux données de la médecine moderne » (Tôth, 1996). Pourtant, si la connaissance par le médecin des conditions de travail de son patient devrait pouvoir orienter son diagnostic (Marchand, 2018), il apparaît que leur manque de formation aux maux du travail (point 4, B), l'appréhension généralisée d'une pathologie des « comportements individuels » ainsi qu'une lecture non neutre – sociale – des corps (point 3, D), fait barrière à un diagnostic précoce. De la même façon, le suivi post-professionnel dont peuvent bénéficier certains ex-salariés d'un site exposant semble de plus en plus « lâche ».

Le suivi post-professionnel

Depuis 1993, un ex-salarié (inactif, demandeur d'emploi ou retraité) peut bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle (SMPP). Ce suivi est pris en charge par la branche AT/MP de la Sécurité sociale, il est donc intégralement financé par les cotisations des employeurs. Il n'est cependant pas automatique, c'est à l'ancien salarié d'en faire la demande, avec l'appui d'attestations d'exposition aux cancérogènes rencontrés au cours de sa carrière. C'est au médecin du travail et à l'employeur de le lui fournir. Sans elles, il revient à la CPAM de procéder à une enquête afin de vérifier, de la même façon que pour une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle, la matérialité de l'exposition au risque. Le médecin du travail Alain Carré décrit plusieurs obstacles techniques et institutionnels à un suivi à la hauteur des enjeux de santé publique dans lesquels il est pris. Déjà, seuls les agents cancérogènes classés dans les catégories 1A ou 1B du classement européen et ceux qui figurent dans les tableaux de maladie professionnelle sont pris en compte, au détriment, donc, du classement du CIRC, plus complet comme on l'a vu. Ensuite, les préconisations relatives aux modalités de suivi existent uniquement pour les cancers bronchopulmonaires et les cancers nasosinusiens et tendent à varier selon des considérations économiques. Enfin, les cofacteurs cancérogènes qui agissent sur le même organe cible en multipliant le risque ne donnent pas lieu à une intensification du suivi. Du côté institutionnel, la difficulté d'obtention des attestations d'exposition, le peu d'intérêt des CPAM pour ce suivi et la précarité croissante de l'emploi contraignent le développement de cette « prévention secondaire » (Carré, 2016).

Le suivi post-professionnel est notamment soumis, dans l'espace médical, à un arbitrage de type coût/intérêt : sa fréquence « optimale » est évaluée en regard des gains de santé estimés par rapport aux effets secondaires délétères probables d'une surveillance médicale basée

essentiellement sur des scanners, dont l'exposition aux radiations est elle-même toxique²³⁹. Présentés au congrès national des médecins du travail en juin 2016, ces ajustements du suivi post-professionnel questionnent les médecins du travail sur leur mise en pratique et suscite des commentaires réguliers dans la sphère associative, les associations déplorant généralement un suivi largement insuffisant. Du côté des pouvoirs publics, dans un contexte de restriction des prescriptions des examens médicaux²⁴⁰, cet arbitrage semble orienté en fonction du coût porté par ce dispositif. En outre, ce suivi reste à l'initiative du malade qui n'est pas toujours bien au fait des droits auxquels il peut prétendre²⁴¹. Pour un agent de la Caisse régionale de la sécurité sociale des mines, la CARMI-Est, cet accès restrictif s'expliquerait par la présence d'enjeux économiques pour les employeurs : « *s'il n'existe rien en termes de dépistage professionnel aujourd'hui, c'est bien parce que c'est celui qui a créé la maladie qui va participer financièrement et donc il n'a vraiment pas intérêt à faire du dépistage professionnel.* » La CARMI-Est revendique par ailleurs un dispositif dont elle semble tirer une grande fierté, un suivi post-professionnel directement proposé aux mineurs évalués comme étant les plus « à risque » de développer une pathologie au vu de la nature du travail qu'ils ont effectué²⁴². Les agents de cet organisme l'évoquent en termes de « dépistage professionnel », c'est-à-dire qu'il s'agit de repérer l'éventuelle atteinte avant même qu'elle ne soit perceptible cliniquement²⁴³ : ici, ce n'est pas le cancer qui marque l'entrée dans le processus de catégorisation mais l'exposition professionnelle à des agents délétères pré-identifiés. Nous l'avons évoqué dans le

²³⁹ Plus précisément, la TDM thoracique peut impliquer « la détection de nodules qui se révéleront par la suite bénins (faux positifs) » un « impact psychologique lié à la découverte d'affections asymptomatiques » ainsi qu'un risque cancérigène inhérent à l'exposition aux rayons X. (Coates, 2007, p.134)

²⁴⁰ Le décret n°2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux « procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins » va en ce sens.

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024043201&categorieLien=id>

²⁴¹ En effet, « lorsque des salariés ont été exposés à certains cancérigènes durant leur carrière, ils peuvent bénéficier d'une surveillance médicale gratuite afin de dépister certaines maladies professionnelles. Ces salariés doivent demander à la Sécurité sociale à bénéficier de cette surveillance post-professionnelle et doivent fournir des documents qui attestent de l'exposition aux cancérigènes, pour bénéficier des examens médicaux. »

En ligne : <https://www.atusante.com/surveillance-post-professionnelle/suivi-post-professionnel-salaries-cancerogenes-arrete/>

²⁴² Toutefois, le médecin du travail Alain Carré nous rappelle la nécessité de nuancer « l'exemplarité » du système minier, les médecins des mines n'ayant produit, selon lui, aucune connaissance sur les maladies des mineurs. Cette absence de production de connaissances contraint, de fait, les processus de reconnaissance.

Colloque « Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019) », table ronde, Paris, 20 juin 2019.

²⁴³ Selon une définition du Larousse en effet, le dépistage renvoie à la « recherche et [à la] mise en évidence d'un cancer par un examen systématique (test) avant l'apparition des premiers signes fonctionnels ou cliniques ».

point précédent, généralement, c'est le cancer qui est l'événement clé à partir duquel, dans certaines conditions, on va dérouler la carrière du malade²⁴⁴ ; avec le suivi post-professionnel en revanche, c'est le contexte de travail qui suscite le repérage d'un éventuel cancer, impliquant dès lors une mise en catégorie bien plus aisée.

Qu'il s'agisse d'identifier la maladie ou son caractère professionnel, le rôle du médecin est ici central et ambivalent : il autorise comme il peut contraindre l'accès à la catégorie.

2. Centralité des médecins dans le processus de catégorisation : entre leviers et freins

A. Un rôle d'informateur : introduire la causalité professionnelle

a. Un diagnostic causal : présence/absence des corps

Un diagnostic qui s'émancipe des corps « du présent »

Souvent, les parcours de reconnaissance institutionnelle d'un cancer professionnel sont initiés par un médecin. Relevant généralement d'un impensé (Marchand, 2018), c'est le professionnel médical qui suggère la possibilité d'un lien entre la pathologie et la carrière professionnelle, une définition mise en écho avec des expériences subjectives afin de faire sens (*cf* chapitre 7). Monsieur Muller, retraité, a enchaîné les missions d'intérim à l'international tout au long de sa carrière. Il explique le rôle déterminant du docteur Harol à la fois dans la mise en lien de sa pathologie avec ses expositions professionnelles à l'amiante et dans la légitimation de sa démarche, pourtant privée d'une validation par la « technologie médicale ». En effet, dans son cas comme dans la plupart des autres, le diagnostic étiologique est appuyé uniquement sur le récit des conditions de travail, non sur la matérialité du corps (si ce n'est en tant que « support mémoriel »²⁴⁵). Aucun marqueur biologique n'est généralement sollicité pour conclure au caractère professionnel de la pathologie :

²⁴⁴ C'est le cas notamment du dispositif d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie mis en place à titre expérimental par la CNAMTS avant d'être généralisé à la France entière en 2015. Le point d'entrée dans l'investigation de la carrière professionnelle se fait par l'admission en affection de longue durée (ALD) pour une tumeur de la vessie. Un questionnaire ciblant les expositions à un facteur de risque de tumeur vésicale est alors adressé à l'assuré et dont les réponses décideront, ou non, de la transmission du formulaire de déclaration.

Rapport au gouvernement et au parlement, « Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles », 30 juin 2017.

²⁴⁵ Il s'agit toujours de questionner le corps au travail dans les activités productives réalisées et les moyens de protection disponibles, ce à quoi les malades répondent souvent par la mobilisation d'éléments sensoriels, de ressentis.

« J'ai commencé à travailler en 62, donc le scandale de l'amiante c'est venu bien après, à l'époque il y avait de l'amiante partout, y'avait aucune protection et j'ai travaillé beaucoup en cimenterie, en cimenterie ben y' a énormément de produits à base d'amiante. En cimenterie, en métallurgie aussi, donc pour [le docteur Harol], c'est sûr, c'est l'amiante parce que je lui ai dit "mais on ne fait pas une biopsie ?" elle m'a dit "avec le parcours que vous avez fait, c'est sûr que c'est l'amiante". »

La catégorisation médicale repose ici sur le discours, socle à une mise en lien statistique, bien plutôt que sur une investigation biologique. Le diagnostic étiologique, dans ce contexte, s'émancipe du corps matériel – qui, pour autant, reste un « corps objectivé ». En effet, si les discours des malades tendent à mettre en avant un corps sensible, il ne s'agit pas ici, pour le médecin, de s'appuyer sur les souvenirs sensoriels des situations de travail, mais sur les postes occupés et la dimension technique du travail en relevant la nature des tâches effectuées et les outils utilisés par le salarié.

En l'absence de marqueurs biologiques solides, les « enquêtes médicales » de mise en lien avec des substances potentiellement cancérigènes prennent donc appui sur les résultats issus des études épidémiologiques. En consultation, le docteur Guen l'explique à Monsieur C., atteint d'une myélodysplasie alors qu'il a été exposé au cours de sa carrière professionnelle à des produits phytosanitaires et des solvants : « *On ne peut pas dire que c'est sûrement votre travail ou l'inverse parce que la maladie est la même, on ne peut pas faire de mesures dans le sang, on peut se baser seulement sur la statistique, l'évaluation épidémiologique.* » La récurrence statistique et l'accumulation de données médicales et toxicologiques participent ainsi à invalider ce besoin de marqueurs corporels, soit de « preuves biologiques ».

L'investigation est donc discursive plus que corporelle et la récurrence statistique de certains profils professionnels fait office de preuve médicale. La place centrale attribuée à la narration n'est pas ici l'expression d'une considération spécifique pour les subjectivités ou d'une approche du patient en termes de « personne totale » (Carricaburu et Ménoret, 2004), elle se comprend bien plutôt en regard de la traduction technique qu'elle permet, autorisant l'accès à la « matérialité » des situations de travail. Aussi, la narration ouvre à l'appréhension du travail vécu, et notamment des libertés parfois prises avec le travail prescrit (les solvants utilisés pour se laver les mains, l'absence de protection individuelle, *etc.*). Toutefois, ces données font ensuite l'objet d'une forte rationalisation (appréhension de la fréquence de chaque tâche exposant à un cancérigène spécifique et niveau d'exposition du salarié) qui permet le croisement avec les données épidémiologiques. C'est ce qui figurera après coup sur le certificat médical transmis au malade en vue d'une déclaration auprès de la CPAM.

CHRU

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
POLE DES SPECIALITES MEDICALES
CENTRE DE CONSULTATIONS DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES

Chef de service
 [Redacted]

Collaborateurs
 [Redacted]

**Secrétariat
 Accueil et Rendez-vous**
 [Redacted]

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

Je, soussigné [Redacted] Praticien Hospitalier au C.H.U. de [Redacted], certifie que **Monsieur** [Redacted] né le 26/01/1960 a été vu le 17/11/2015 en consultation de Pathologies Professionnelles.

Sur le plan professionnel, on retrouve d'après ses dires, une probable exposition à l'amiante à un niveau intermédiaire haut de juin 78 à décembre 86 en tant que mécanicien au laminoir de l'usine à tubes de [Redacted].

Sur le plan clinique, il présente 2 nodules d'origine néoplasique pulmonaires lobaires supérieurs droits (adénocarcinome invasif d'architecture acineuse et un adénocarcinome d'architecture solide classé pT3N1), diagnostic confirmé à l'examen anatomopathologique sur pièce opératoire du 30 juin 2015. Ces lésions ont été décelées à l'occasion d'un examen radiologique suivi de la réalisation d'un PET Scan le 27 mars 2015 au CHU de [Redacted].

Sur le plan médico légal, nous recommandons la déclaration en maladie professionnelle au titre du tableau 30 bis.

Certificat remis à l'intéressé par voie postale pour faire valoir ce que de droit.

Figure 6. Certificat médical de monsieur Périssé

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, [Redacted] MCU-PH en médecine et santé au travail certifie que **Mr** [Redacted] né le 2 juillet 1944, présente un adénocarcinome pT1aNO du lobe supérieur gauche confirmé par examen anatomopathologique sur pièce opératoire de lobectomie le 29 février 2012.

et a déclaré, lors de la consultation de pathologie professionnelle du 23 janvier 2014, avoir travaillé notamment :

- de 1970 à 1971, en tant qu'oxycoupeur aux [Redacted] où il aurait fait de la découpe occasionnelle de fibro-ciment et aidait à la manipulation de briques réfractaires
- de 1971 à 1986, en tant que botteleur au service laminoir à la [Redacted], mais également cariste, bobineur, aide préparateur, marqueur, filateur manœuvreur de façon occasionnelle avec utilisation de gants en amiante à la sortie de fours,

Compte tenu de la nature de l'affection constatée et de l'exposition professionnelle à l'amiante, une déclaration en maladie professionnelle au titre du Tableau 30 bis des Maladies Professionnelles de l'article L 461-1 alinéa 2 du code de la Sécurité Sociale paraît se justifier.

Certificat remis à l'intéressé par voie postale en vue d'une déclaration pour faire valoir ce que de droit.

Figure 7. Certificat médical de monsieur Lombard

De cette façon, des consultations de près d'une heure se trouvent concentrées en quelques lignes, répondant ainsi aux attentes administratives de rationalisation des expositions (cf chapitre 5).

L'espace de la caisse marque cependant un autre rapport à la parole du malade. Des témoignages d'anciens collègues sont en effet régulièrement demandés par la caisse afin d'appuyer la déclaration. Cette demande peut être perçue comme une « mise à l'épreuve » de la parole du malade et l'expression d'une pratique de suspicion (cf chapitre 5). C'est ce que formule le Pr Prioux :

« C'est la caisse hein qui demande un témoignage pour certifier l'exposition, moi j'ai tendance à faire confiance, en consultation en tous cas, c'est quand même 95 ou 98 % des cas, je n'ai pas l'impression que les gens nous baratinent en termes de, quand ils nous racontent ce qu'ils font, donc moi j'ai tendance à penser que le témoignage du patient est déjà quelque chose d'important en soi. »

Toutefois, une parole essentiellement basée sur la mémoire connaît des limites (non étrangères au sociologue) : reconstructions, déni, occultations volontaires ou non, faiblesse générale liée à la maladie, sont autant de biais dans le repérage des expositions professionnelles. C'est ce que souligne le docteur Montignon (en omettant toutefois tout ce qui se joue socialement dans le cadre de l'entretien – Lanna, 2013), praticienne hospitalière dans un centre de consultations de pathologies professionnelles normand :

« C'est vrai que, malheureusement c'est basé sur la mémoire des personnes et quand on va interroger quelqu'un qui est en traitement pour un cancer, il est parfois assez fatigué [...] on peut avoir des ratés et ne pas avoir des réponses, alors si y'a des réponses qui nous paraissent inadaptées, ensuite c'est à nous d'aller vérifier auprès des personnes qu'il y a bien quelque chose de logique [...] si un menuisier nous explique qu'il est exposé à la poussière de farine, on va trouver qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans l'histoire et si vous voulez, nous on est aussi des médecins du travail et on est habitués aux risques professionnels et on a cette connaissance aussi. »

Des biais auxquels répondent en écho les éventuels oublis du médecin lui-même, mis face à des décennies d'activités professionnelles parfois très diverses et particulièrement techniques. Déjà circonscrites par l'expérience de la pratique, les médecins peuvent chercher à compenser ces failles (en partie au moins) par la production d'outils d'aide à l'expertise.

Une technicisation du recueil de la parole

Le centre de consultations de pathologies professionnelles lorrain se positionne sur la production d'outils-soutiens à l'investigation professionnelle afin de techniciser cette démarche de l'entretien. Le Pr Prioux explique en ce sens avoir mis en place des questionnaires, avec ses

collègues, intitulés « questionnaires-taches »²⁴⁶, en vue de le systématiser et, à terme, de standardiser la technique de l'entretien, support à la constitution du *curriculum laboris* :

« C'est vrai qu'en clinique on a besoin [...] d'outils pour rechercher des expositions professionnelles du passé, le faire de manière validée, avec des outils dont on connaît les performances et il faut que ce soit à peu près reproductible [...] l'interrogatoire de patients pour rechercher une exposition professionnelle notamment dans le cas d'un cancer par exemple, comme on couvre 30 ans de la carrière du patient, on a besoin d'outils pour nous aider à rechercher ces expositions-là, pour ne pas en oublier. »

Aussi, c'est la pratique même de l'entretien qui suscite le besoin d'outils conçus dans une logique de recherche afin de la perfectionner :

« Donc le fait de faire un interrogatoire professionnel, dans le cas des cancers, crée un besoin d'avoir des outils et donc ça devient une optique de recherche que de créer des outils adaptés pour investiguer ce type de cancers [...] c'est ce qu'on a fait plusieurs fois dans le service, on l'a fait pour le cancer de la vessie, pour le cancer – dans le terme de la cancérologie hein – dans le cancer bronchique, cancer de la vessie et cancer ORL, voilà. »

Il s'agit ainsi d'objectiver le discours profane et d'en standardiser le recueil, la parole du malade étant ici centrale – *media* premier des trajectoires individuelles – par des techniques spécifiques, autonomes des enquêtes de santé publique.

La « tentation du biologique »

Certaines investigations biologiques restent toutefois possibles *via* la recherche de traces de fibres d'amiante par exemple mais cette démarche, plus longue et plus coûteuse, semble réservée aux seuls cas les plus complexes à expertiser, pour lesquels les expositions paraissent faibles ou incertaines. Le Pr Prioux m'explique malgré tout que le centre de consultations de pathologies professionnelles mène des recherches en ce sens, qui concernent l'éventuelle spécificité génétique des mutations engendrées par un cancérogène précis. Les patients qui viennent consulter au centre de consultations de pathologies professionnelles deviennent ainsi des ressources à l'investigation biologique :

« Quand on voit les grandes séries de patients avec beaucoup de cas, ça nous permet de voir si les cancers professionnels ont telle ou telle caractéristique clinique ou biologique ou parfois moléculaire par rapport à des cancers qui sont supposés ne

²⁴⁶ Ce questionnaire, conçu pour les cancers bronchiques, possède 71 questions. Pour chaque tache interrogée, la durée de réalisation est questionnée (en années) ainsi que la fréquence (moins de 1% du travail hebdomadaire, 1-9%, 10-29%, 30-69%, plus de 70%).

pas être d'origine professionnelle, donc ça aussi c'est une thématique de recherche qu'on a eue et pour laquelle on a travaillé. »

C'est toute la complexité de la place du biologique (de l'infra-cellulaire) dans la catégorisation des cancers du travail, entre attirance et renonciation face à une complexité partiellement saisie médicalement, qui se donne à lire ici :

« Le cancer est lié à des mutations, en général sur des gènes particuliers [...] au départ on considérait que le cancer bronchique était une maladie unique, on sait aujourd'hui qu'il y a des mutations préférentielles et que, par exemple le cancer bronchique des non-fumeurs n'a pas les mêmes mutations – enfin, ils ont des mutations en commun mais ils ont aussi d'autres mutations différentes – que le cancer du gros fumeur; et pour les pathologie professionnelles, cancer de l'amiante par exemple, on sait aussi [...] »

La causalité aurait donc, partiellement au moins, une signature génétique dont la mission de caractérisation reviendrait aux chercheurs des centres de pathologies professionnelles :

« Ce qu'on recherche c'est si y'a des mutations qui sont soit plus fréquentes, soit plus rares que par rapport à un cancer du fumeur ou à un cancer du non-fumeur, parce que ce n'est pas forcément les mêmes voies de cancérogenèse qui sont mises en œuvre du fait des mécanismes d'action qui sont différents des substances cancérogènes au départ, donc l'amiante n'a pas forcément les mêmes effets sur la cellule que le tabac, que les rayons ionisants, enfin ça peut être différent. »

La recherche de la « preuve biologique », d'une signature spécifique du cancérogène coupable, fait donc l'objet de recherches (dans la droite ligne du développement de la médecine génomique), et ce malgré la multifactorialité revendiquée dans la suite immédiate de l'entretien : renoncer à la lecture des corps-organismes semble peu aisé, alors même que la catégorisation administrative reste basée sur une présomption :

« D'accord mais ça du coup, d'un point de vue administratif, ce n'est pas du tout reconnu ?

Non, parce que c'est pas assez... spécifique pour que ça ait une... valeur de preuve, actuellement, il n'y a à ma connaissance aucun cancer professionnel chez lequel on a mis en évidence une mutation qui serait 100 % spécifique de ce type de cancer lié à une exposition professionnelle et qui ne serait pas vu dans une autre exposition parce que forcément, c'est toujours multiple [...] il n'y a jamais une seule mutation à l'origine d'un cancer; c'est souvent 4, 5 mutations sur des gènes préférentiels, y'a forcément des gènes communs avec d'autres voies de cancérogenèse [...] donc non, c'est jamais assez spécifique, du coup ce serait aller contre la présomption d'origine, il faudrait que ce soit quasiment une preuve donc [...] pour l'instant c'est pas reconnu, mais ça m'étonnerait que ça le soit. »

La « technicisation » de la pratique du médecin spécialiste des pathologies professionnelles se réalise donc principalement en-dehors de la matière corporelle. Malgré des tentatives de

caractérisation biologique, dans ce contexte d'incertitude causale, la catégorisation médicale du cancer du travail s'appuie à la fois sur l'expérience issue de la pratique et sur des outils de rationalisation probabilistes.

b. Une information dépendante du contexte d'exposition

Sans l'intervention du médecin, l'idée d'un cancer dû au travail resterait généralement « silencieuse », privant le malade d'un accès à la catégorie institutionnalisée, aux avantages associés et à sa prise en compte statistique – soit à sa « mise en visibilité » sociale et politique. C'est ce qu'appuie madame Clément, dont le mari a longtemps travaillé dans la menuiserie, et qui est aujourd'hui atteint d'un cancer des sinus dont l'origine professionnelle a été reconnue par la Sécurité sociale :

« C'est le professeur lui-même qui nous a dit de faire une déclaration de maladie professionnelle car il est essentiel pour lui que toute maladie professionnelle soit déclarée afin d'entrer dans les statistiques pour faire évoluer la prévention. J'ai cru comprendre aussi qu'il était membre de la commission à Paris quant aux risques professionnels ORL. Nous avons rencontré lors d'un contrôle IRM un malade opéré par quelqu'un d'autre et ce dernier ne lui a rien dit ; il n'a donc pas fait de déclaration... »²⁴⁷

En revanche, les professionnels médicaux ne sont pas tous impliqués de la même façon dans cette démarche – nous nous garderons bien d'homogénéiser ce vaste corps professionnel. Les spécialistes s'avèrent être les principales « sentinelles » face au caractère potentiellement professionnel d'un cancer.

²⁴⁷ Ces données sont issues d'une prise de nouvelles post-entretien *via* mails. En effet, lorsque je rencontre monsieur et madame Clément, en décembre 2016, soit quatre mois plus tôt, leurs démarches viennent d'être enclenchées.

Données du CCPP lorrain

En 2017, sur les 46 patients reçus au CCPP pour des cas de cancer, 4 étaient envoyés par leur médecin du travail, 4 autres par un médecin généraliste, 5 par des spécialistes hors CHU, et 33 d'entre eux, soit une vaste majorité, par un médecin hospitalier.

Concernant les types de tumeurs, 1 patient était atteint par une tumeur de la thyroïde, 4 par une tumeur ORL, 7 par une tumeur de la vessie, 5 par un mésothéliome et, là encore, largement majoritaires, 28 patients sont venus consulter pour un cancer broncho-pulmonaire (ces deux dernières affections étant très fréquemment reliées à des expositions aux fibres d'amiante).

Cette répartition correspond globalement aux données nationales recensées par le réseau RNV3P (*cf* introduction), bien que les leucémies n'y figurent pas. Cependant, la diversité de cancer est moindre qu'à l'échelle nationale : sont absents les cancers du rein, de la peau, du système nerveux central, du sein et du colon-rectum. Un manque de sensibilisation local à la causalité professionnelle dans ces spécialités médicales pourrait participer à expliquer ces absences.

C'est notamment souvent le cas de pneumologues (hospitaliers comme libéraux), qui automatisent l'interrogation du facteur étiologique amiante, ou bien d'un ORL, rencontré au CHU, qui questionne systématiquement l'exposition professionnelle aux poussières de bois pour ses patients atteints d'un cancer des sinus. Ces deux cas sont toutefois à contextualiser : dans le cadre du premier, l'agent cancérigène incriminé a fait l'objet d'une vaste médiatisation, il est aujourd'hui scientifiquement et socialement relativement bien connu et bien peu soumis à controverse sur le territoire national. Il est également très souvent déclaré comparativement aux autres agents cancérigènes et bénéficie d'un système d'indemnisation complémentaire. Dans le second cas, la pathologie incriminée est conceptualisée comme consécutive à un facteur prépondérant voire unique, la poussière de bois, à tel point qu'elle est qualifiée de « cancer du menuisier »²⁴⁸. Le poids de la multifactorialité ainsi réduit, il est bien plus aisé de questionner son caractère professionnel. L'ORL interviewé, le docteur Munet, explique comment, pour lui, le lien causal qui unit l'exposition à la poussière de bois et cette pathologie cancéreuse relève

²⁴⁸ Comparativement à certains autres cancérigènes, la poussière de bois est de surcroît aisément identifiable, notamment parce qu'elle est « visible ». Le docteur Guen suggère en ce sens le rôle de l'identification moins aisée des cancérigènes de la vessie dans le repérage limité des cancers professionnels pour cette localisation, et ce malgré l'existence de questionnaires standardisés.

d'une certitude scientifique qui ne trouve pas écho dans le cadre administratif de la Sécurité sociale :

« C'est justement là où c'est de la mauvaise foi que de dire que ce n'est pas une maladie professionnelle parce que y'a aucun autre facteur de risque, y'a que l'exposition au tanin du cuir éventuellement. Et il faudrait froter et sniffer ses chaussures pour vraiment avoir une exposition suffisante, donc là, clairement, il n'y a pas d'autres facteurs qui peuvent donner ça. C'est un carcinogène très spécifique qui donne un type de cancer très spécifique donc on est sûrs à 100 % que c'est bien ça, c'est là où la caisse elle n'est pas réglo quoi. »

Il souligne en ce sens l'importance d'un « interrogatoire » bien mené pour extraire des parcours des patients les expositions à ce cancérogène, au-delà des négations premières. Il se déplace alors vers une pratique qui est au cœur de l'activité des médecins du Centre de consultations de pathologies professionnelles et qui possède à la fois un intérêt pratique (expertiser la potentialité d'une maladie professionnelle et diriger le patient vers une déclaration) et épidémiologique (faire ressortir des récurrences statistiques) :

« Y'a deux patients qui n'étaient pas menuisiers, y'avait celle qui disait “non, non, j'ai jamais touché, jamais” et puis, après coup, “ah ben si en fait, pendant la guerre, j'ai rempli des obus à la sciure de bois” et pis l'autre c'était pas un menuisier mais c'était le charpentier des mines, donc c'est le type qui découpait les poutres pour étayer les galeries dans les mines, lui il était en contact en permanence aussi avec la sciure de bois en milieu confiné donc c'est pareil, même si effectivement ce n'était pas un menuisier [...] »

Cette méthode permet, aussi, de dépasser les « stéréotypes professionnels » qui orientent parfois les diagnostics étiologiques. À chaque profession, en effet, peuvent être associés des types de risques et des profils spécifiques : la figure du malade du travail est restrictive. Ainsi, Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete et Sylvain Brunier, dans une recherche en cours sur le rôle des hématologues dans les trajectoires de reconnaissance de l'origine professionnelle d'hémopathies, évoquent une tendance à la focalisation de ces professionnels, dans l'optique de questionner une exposition aux pesticides, sur des agriculteurs jeunes, de sexe masculin et travaillant dans une région agricole²⁴⁹. Or, ces stéréotypes contraignent les parcours individuels mais aussi la production de connaissances. Le docteur Munet soulève de cette façon la problématique des études qui concluent à des probabilités divergentes :

²⁴⁹ Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete et Sylvain Brunier, « La médecine hospitalière et la reconnaissance des maladies professionnelles : le cas des hémopathies », colloque *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles* (1919-2019), Paris, 20 juin 2019.

« Au départ les gens peuvent dire non, mais si on creuse un peu, ils sont exposés donc c'est pour ça que les séries, des fois, quand y'a un peu moins de pourcentages d'exposition, en fait c'est faux. »

Cette variabilité relèverait selon lui d'une explication simple : dans les cas les moins probants, la technique d'investigation utilisée serait défailante, invalidant dès lors les résultats obtenus. Une posture médicale adaptée s'affirme, pour lui, comme un levier indispensable à la constitution des savoirs scientifiques : la production de connaissance dans cette sphère des maux du travail relèverait d'une circulation entre la recherche fondamentale et l'observation tirée de la pratique quotidienne, un positionnement partagé avec le Pr Prioux (*cf* point 3, A).

En outre, ces stéréotypes sont également susceptibles de renverser, dans une certaine mesure, les assignations négatives qui pèsent sur les ouvriers. La figure du malade du travail étant essentiellement ouvrière, ils sont potentiellement proportionnellement plus nombreux à s'orienter vers une déclaration de maladie professionnelle. Le rapport de Santé publique France concernant les cas de mésothéliomes souligne ainsi que les cadres et PIS sont significativement moins nombreux que les ouvriers à réaliser une déclaration de MP, après prise en compte du statut marital, de l'âge et des probabilités d'exposition professionnelle à l'amiante²⁵⁰. L'action collective, majoritairement le fait d'ouvriers (*cf* chapitre 6), l'encouragement de certains médecins à déclarer, orienté socialement vers des catégories appréciées comme étant plus facilement dans le besoin, ainsi que les registres sémantiques investis par les ouvriers (*cf* chapitre 7), peuvent participer à expliquer ces résultats.

c. Un fonctionnement cloisonné

En pratique, le service d'ORL va donc informer le patient sur les potentialités d'une déclaration en maladie professionnelle, rédiger le certificat constatant la probabilité du lien entre la pathologie et la carrière professionnelle du patient (*cf* point suivant) puis le rediriger vers son médecin traitant. Le docteur Munet explique en effet que les médecins généralistes ont voulu conserver le monopole sur le suivi de ces démarches, un élément dont je n'ai pas trouvé trace dans la réglementation :

²⁵⁰ Celles-ci ont été évaluées par un auto-questionnaire (activité dans chaque emploi, travaux effectués dans chaque domicile, formations techniques reçues) et un questionnaire dit spécifique (informations sociodémographiques, antécédents médicaux, informations sur la réalisation d'activités potentiellement exposantes à l'amiante) administré par un enquêteur.

Rapport « Programme national de surveillance du mésothéliome pleural » (*op.cit.*, p.13).

« Et pour les cancers, donc là on réoriente aussi vers le médecin traitant parce que c'est le médecin traitant qui va remplir le dossier de maladie professionnelle, ils ont voulu garder ça donc on leur laisse. Souvent, on est amené quand même à faire un certificat médical pour donner notre constat et l'anapath et parfois le parcours est dramatiquement difficile pour le patient et là il revient vers nous, et c'est difficile, on ne peut pas non plus affirmer sur un certificat médical l'origine professionnelle mais on peut juste redonner les données de la littérature, constater que ces adénocarcinomes d'origine intestinale par exemple pour les menuisiers ne surviennent pas en l'absence d'expositions aux poussières de bois mais c'est tout ce qu'on peut faire quoi. »

Aussi, il regrette de ne pas bien connaître le fonctionnement du centre de consultations de pathologies professionnelles, pourtant situé sur le même site hospitalo-universitaire, et un travail de recherche parfois commun. Cette mauvaise connaissance des CCPP en tant que ressource pour le diagnostic étiologique est également soulignée par Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete et Sylvain Brunier chez d'autres spécialistes hospitaliers, les hématologues²⁵¹.

L'information et la coordination médicale interservices semble donc bien faire défaut, un manque qui, s'il ne contraint pas systématiquement l'information des malades, ne participe pas à rendre plus aisées leurs démarches d'accès à la catégorie institutionnelle. Les nombreux espaces de la catégorisation, pourtant enchâssés et interdépendants, se donnent à lire finalement comme relativement hermétiques.

Les médecins, ressources indispensables à l'information du lien possible entre le cancer récemment diagnostiqué et la carrière professionnelle – soit à la mise au jour de la catégorie – jouent également un rôle central dans l'accès à la catégorie institutionnelle : il revient à l'expert médical d'investir un rôle de juge scientifique. Cependant, si ce cadre répond à des velléités d'objectivation, la démarche d'expertise n'est pas toujours neutre et s'accompagne, parfois, de considérations morales et politiques.

²⁵¹ Le CCPP reste toutefois une instance d'évaluation ; ainsi, le malade qui y est renvoyé n'est pas certain de bénéficier d'un CMI au terme de la consultation. Pour Annie Thébaud-Mony, le malade est alors soumis à un processus de « double-filtrage ».

Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete et Sylvain Brunier, *op. cit.*

B. Un rôle d'accès à la catégorie institutionnelle : les enjeux de la certification

a. Rédiger le CMI : un rôle de « garde-barrière »²⁵²

Le médecin permet donc l'accès à la catégorie institutionnelle par des pratiques d'information mais pas seulement. Le médecin est en charge d'un acte de certification indispensable à l'ouverture des démarches de maladie professionnelle, le confinant dans une posture qui peut se révéler inconfortable au point d'entraver son action (point 3, D). En effet, la déclaration d'une maladie pour évaluation de son caractère professionnel auprès de la CPAM nécessite le remplissage par le malade d'un formulaire de type Cerfa²⁵³ ainsi que la transmission d'un « certificat médical initial établi par [un] médecin, qui précise la maladie et la date de sa première constatation médicale »²⁵⁴. Le certificat fait office de « document de référence » pour toute la procédure. De sa bonne rédaction dépend donc, aussi, le bon déroulement de cette dernière. Or, les associations relatent de nombreux certificats médicaux rédigés de manière défailante au regard des attentes de la CPAM, et des médecins parfois peu conciliants pour les modifier. En ce sens, monsieur Teyer, président du petit groupement local de l'ANDEVA, m'indique que l'association conditionne l'aide apportée aux malades à la bonne rédaction du certificat :

« Nous, si on n'a pas un certificat médical initial qui précise mot par mot ce qui est noté sur le tableau 30, on ne fera pas de déclaration de maladie professionnelle. »

Il fera part, dans la suite de l'entretien, de son constat d'une frilosité médicale, d'une capacité limitée des médecins à bien rédiger les certificats et, en écho, de la difficulté qu'il perçoit à venir s'y opposer :

« Alors, on a l'impression qu'il y a certains médecins qui ont peur de s'engager, je ne sais pas si y'a des pressions de la caisse nationale d'assurance maladie [...] y'a des fois, on est obligé de demander de recommencer leur CMI parce qu'il est mal rempli, ils ne savent pas le remplir. Alors nous on n'est pas médecins et aller dire à

²⁵² Ce terme semble hérité du concept de « gatekeeper » développé par Robert K Merton. Pensé dans le cadre d'une sociologie des sciences, il désigne un rôle de contrôle dans l'accès à différents types de ressources : « A gatekeeper is an individual or collective actor who is in a position to control access to resources and rewards relevant in a particular social system. The term usage in the sociology of science goes back to Robert K. Merton, who defines gate keeping as one of the four complementary roles in the role set of scientists and scholars. » (Hoening, 2015).

²⁵³ « Un cerfa est un formulaire administratif réglementé. Il s'agit d'un imprimé officiel dont le modèle est fixé par arrêté. L'appellation « cerfa » provient du nom de l'organisme public chargé d'éditer ces formulaires : le centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs. »

En ligne : <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/39976-qu-est-ce-qu-un-cerfa>

²⁵⁴ En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F176>

*un médecin qu'il a mal fait son boulot, ce n'est pas trop facile quand même, hein ?
[...] Y'en a qui le prennent bien et y'en a qui ne le prennent pas bien quand même. »²⁵⁵*

Cette difficulté ressentie par ce bénévole et ouvrier retraité semble participer à révéler le rapport spécifique entretenu ici au médecin, entre conflit d'expertise (les associations bâtissent en effet une forme de savoir expérientiel sur le terrain des procédures administratives, notamment) et relation d'autorité (le sentiment d'une hiérarchie difficilement renversable et légitime). Les rapports qui se jouent ici ne sont pas neutres, et se répercutent sur les perspectives d'accès à la catégorie institutionnelle.

b. Certifier l'authenticité de la démarche

Du côté du médecin, l'enjeu qui entoure la certification est celui de l'authenticité : la personne considérée est-elle réellement malade ou ruse-t-elle pour obtenir un avantage ? S'il ne s'agit pas (ou peu) ici de questionner l'authenticité de la maladie, son origine présumée va faire l'objet d'une certification. Le malade, alors, n'est plus accusé de « tricher » sur l'existence de sa pathologie, mais sur son étiologie puisque c'est précisément celle-ci qui permettra l'accès à certains « avantages »²⁵⁶. C'est donc là le but de cette première certification médicale par un médecin généraliste, spécialiste, ou du travail. Le pouvoir médical repose en partie sur cet acte de certification. Il ancre en effet médecins et malades dans un rapport de domination, l'accès à la catégorie de maladie professionnelle et les « avantages » associés étant conditionnés, pour partie, à l'obtention de ce document – un document d'autant plus important qu'il peut servir de support de contestation dans l'espace judiciaire (cf point 4) : l'espace de la réparation des maux du travail, on l'a vu, est à la fois un espace d'expertise et un espace politique.

Dans un second temps, c'est le médecin-conseil qui entre en scène. Depuis sa place dans l'espace de la caisse²⁵⁷, il se trouve à cheval entre considérations médicales et administratives,

²⁵⁵ Dans le cadre d'un autre entretien, il ajoutera : « *le monde médical est difficile à comprendre quand même, nous on a des problèmes, on a des médecins qui nous ont fait des CMI et mal remplis, et on veut les faire refaire, ils ne veulent pas nous les refaire, ils disent que ça veut dire pareil, mais on sait très bien que si on envoie une demande de MP avec un CM mal rempli, on se fait bouler, alors...* ».

²⁵⁶ Comme souligné plus en avant de ce travail, cette suspicion est évidemment moindre pour le mésothéliome puisqu'il s'agit d'un cancer relativement rare de la plèvre et pour lequel d'autres facteurs de risque que l'amiante n'ont pas encore fait l'objet d'une identification consensuelle.

²⁵⁷ L'indépendance du service médical reste régulièrement avancée dans les discours des professionnels. C'est ce que met en avant le docteur Robert-Petit, médecin-conseil, s'établissant ainsi en opposition avec le médecin du travail : « *nous on est complètement impartiaux, on n'est pas payés par l'employeur, donc, on est totalement impartiaux. Le médecin du travail, lui, il tire son salaire de l'entreprise hein. Et son rôle c'est quand même de veiller à ce qu'il n'y ait aucun produit nuisible pour protéger les salariés* ». On perçoit, ici, un pan des conflits qui jalonnent le corps médical.

et doit (contre-)expertiser en dernière instance la validité du dossier qui lui est présenté – et l’honnêteté de son porteur (*cf* chapitre 5). Il s’agit là d’une démarche similaire à celle que décrit Pierre Bourdieu pour la reconnaissance de l’invalidité :

« La question de savoir si la personne considérée est un malade authentique ou un simulateur est centrale : il y a tout le système de l’expertise du médecin personnel, de la contre-expertise par un médecin bureaucratique, *etc.* Tout un aspect du système médical repose sur l’idée qu’il peut y avoir simulation, tricherie : le diagnostic (on est toujours dans la logique du percevoir et du percevoir bien), la *diacrisis* médicale peut être abusée par les stratégies du client potentiel aux bénéfices associés au handicap reconnu. La question est donc de savoir qui peut dire que quelqu’un est handicapé, et à tant pour cent. » (2016, p.683)

Pour Pierre Bourdieu, ce pouvoir de certifier confère un pouvoir sur l’ordre social : le médecin, par la rédaction du certificat, détermine qui mérite de recevoir les fruits de la redistribution²⁵⁸. Ainsi, « dans nos sociétés, les médecins sont socialement mandatés pour certifier qu’une personne est malade, qu’elle a telle ou telle maladie, qu’elle est invalide, qu’elle a tel ou tel degré d’invalidité, l’invalidité pouvant se mesurer en pourcentages auxquels correspondent des avantages socialement reconnus » (*ibid.*, p.682). Dans la procédure de reconnaissance d’une maladie professionnelle, c’est en effet au médecin qu’il revient de certifier du caractère professionnel d’une pathologie, un « pouvoir de dire le vrai » sous garantie étatique : « le certificat est un jugement de vérité, avec une garantie de l’État. » (*ibid.*) Le pouvoir « de dire le vrai » – la catégorie n’étant pas qu’un acte d’organisation du réel mais également un acte qui participe à le faire advenir – est ici central. Comme nous venons de l’aborder, dans cet espace de la réparation des maux du travail, la certification et l’évaluation sont multiples. « Le » médecin procède à une évaluation répétée des corps : par la certification d’un lien probable entre la maladie et la carrière professionnelle de son patient (le CMI évoqué et illustré ci-dessus²⁵⁹) ;

²⁵⁸ L’indemnisation à laquelle pourra prétendre le salarié reconnu « malade du travail » est soutenue par la branche AT/MP, alimentée uniquement par des cotisations patronales : elle ne relève donc pas de la redistribution. Pour autant, le mécanisme de jugement et le pouvoir associé restent les mêmes, ce d’autant plus qu’une frontière entre les entreprises et les contribuables ne peut prétendre à être tracée nettement tant les premières peuvent être perçues comme indispensables aux seconds de sorte que, si les entreprises sont trop lourdement impactées, les citoyens en seraient les premières victimes étant donné la menace ainsi portée sur « l’emploi » (*cf* chapitres 6 et 7).

²⁵⁹ Cet acte de certification peut être prolongé par la rédaction, par le médecin du travail de l’entreprise concernée, d’un certificat d’exposition attestant de la matérialité d’une exposition à un risque sur le lieu de travail. Si le CMI est indispensable au dépôt d’un dossier de maladie professionnelle, le certificat d’exposition relève plutôt d’un outil support à l’expertise médico-légale destiné à « faire preuve ». Le docteur Bernard, médecin inspectrice régionale du travail, autrefois médecin du travail en entreprise, parle des anciens salariés auxquels elle a fourni ce certificat (lorsqu’ils l’ont sollicité) comme de ses « certifiés », soit ceux dont elle a choisi d’appuyer, finalement, les démarches. Ce certificat d’exposition, ou « fiche d’exposition », rendue obligatoire en 2012, a été supprimée en 2015, à l’exception de l’amiante et du milieu hyperbare. Elle est désormais remplacée par l’obligation, pour

par l'expertise médicoadministrative dans le cadre de l'évaluation, par la caisse, du dossier du requérant (évoquée ci-dessus également) ; par l'attestation de la stabilisation des dommages provoqués par la maladie (le certificat de consolidation²⁶⁰) ; puis par leur quantification (l'attribution d'un taux d'incapacité). Un cinquième (et ultime) moment d'évaluation (troisième certification) lui est également confié : celui de l'attestation du lien entre le décès et la maladie qui fait l'objet d'une reconnaissance ou d'une déclaration de maladie professionnelle (cf annexe 7), avec une implication directe en termes d'indemnisation pour les ayants-droit.

La détermination du taux d'incapacité par le médecin-conseil, cette mission d'évaluation des corps attribuée à un groupe professionnel spécifique, témoigne, tout comme le pouvoir de certification, d'une forme de « délégation étatique ». Philippe Ponet, dans un riche article consacré à la « professionnalisation » de l'évaluation médicale du dommage corporel²⁶¹ (Ponet, 2007) en rend compte ainsi :

« L'habilitation à décrire et évaluer les dommages corporels dont disposent certains praticiens – qui peuvent ainsi influencer sur l'avenir économique d'un individu, et plus généralement de la “nation” – semble en tout cas confirmer ces formes de “délégation étatique” du pouvoir de gestion des “problèmes sociaux”, vers des groupes professionnels plus ou moins institutionnalisés. » (p.478)

Qu'il s'agisse, donc, « de réparer les corps », ou de certifier d'incapacités définitives²⁶², cette position centrale attribuée aux médecins témoigne de leur rôle dans le « gouvernement des corps » et dans la gestion des affaires sociales (*ibid.*).

l'employeur, de déclarer les expositions au sein de son entreprise à six facteurs prédéterminés. Il s'agit aujourd'hui de la seule mesure permettant la traçabilité des expositions professionnelles.

En ligne : <http://www.inrs.fr/demarche/penibilite/tracabilite-des-expositions-aux-facteurs-de-penibilite.html>

²⁶⁰ Le Code de la Sécurité sociale définit ainsi la « consolidation » : « “La consolidation” est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et de révisions possibles. »

Annexe I à l'article R434-32,

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006126942&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

²⁶¹ Le dommage corporel, en effet, relève d'une constatation médicale. Toutefois, il se distingue du préjudice dans le sens où ce dernier est évalué et chiffré par un juriste.

Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel, juin 2003. En ligne :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000490.pdf>

²⁶² Pour les cas de cancers professionnels, il s'agit à la fois de certifier d'incapacités définitives et de « réparer » : l'indemnisation, qui fait office de réparation, est calculée sur la base de ce taux d'incapacité. Cependant, ces deux missions ne sont pas dépendantes puisque attester d'incapacités définitives *via* la reconnaissance en invalidité n'implique pas de réparation.

c. Certifier la consolidation, un enjeu temporel

Chacune de ces étapes possèdent des enjeux qui dépassent souvent le malade. L'enjeu est clair pour la rédaction du CMI : sans ce document, le parcours d'accès à la catégorie institutionnelle est directement avorté. Cependant, le certificat de consolidation²⁶³ est lui aussi à questionner. Il concentre, en effet, des intérêts contraires. En renvoyant à la « fixation » de la maladie et des lésions qu'elle engendre, il est indispensable au calcul du taux d'IPP. Déclarer la consolidation va en effet permettre au malade d'accéder à son indemnisation : c'est *via* cette nouvelle analyse corporelle, de nature prédictive (on prévoit que la maladie n'évoluera plus sur un court terme), que la réparation en tant que compensation financière va pouvoir se « concrétiser ». Ainsi, s'il est rédigé de façon précoce, il permettra au malade d'obtenir une indemnisation rapidement mais s'il est rédigé plus tardivement, il pourrait réduire le risque de contentieux en permettant « l'acceptation » des décisions administratives, et des significations qui peuvent leur être associées, par le malade (et ainsi respecter les objectifs posés par les indicateurs qui s'appliquent aux caisses, cf chapitre 5). C'est ce qu'explique le médecin-conseil régional chef :

« Quelques fois les gens ne font pas le deuil de leur profession quand ils ne peuvent plus l'exercer, ou de leur capacité quand ils avaient une responsabilité ou un savoir-faire particulier, ils sont obligés de subir un reclassement professionnel ou de changer de métier ou de changer d'entreprise et ça, ça pose problème, et on en tient compte, on est obligés d'en tenir compte, ne serait-ce que dans l'évaluation des séquelles parce que si on consolide les gens physiquement, ils sont peut-être consolidés, psychologiquement ils ne le sont pas, si on essaie de les consolider trop vite, on se heurte à des murs et à des... à des contentieux... »

De cette façon, c'est la vulnérabilité du malade dont l'un des piliers identitaires vacille qui justifierait la certification – et, a fortiori, l'indemnisation – tardive. Cette pratique pose question et oscille entre la manifestation d'un paternalisme ancien et l'expression d'une lecture de la santé comme un tout à la fois physique et psychique, en correspondance avec la définition proposée par l'OMS²⁶⁴. Les médecins percevraient ainsi leur rôle comme dépassant le cadre strict du soin ou de l'évaluation des corps. Il leur reviendrait également de contenir voire d'apaiser les

²⁶³ Ce terme de consolidation fait écho au travail de Muriel Darmon sur la notion de carrière (Darmon, 2008). La consolidation y renvoie à une mise en forme rétrospective de la carrière par laquelle sont passés les individus. De fait, la consolidation, ici, est consolidation de la maladie, mais est-elle aussi consolidation de la trajectoire (et du statut de « malade du travail ») ? – d'autant plus que la certification de la consolidation autorise le versement de l'indemnisation, matérialisation de l'aboutissement d'une procédure.

²⁶⁴ L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

En ligne : <https://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

transformations morales qui accompagnent la maladie afin de permettre la « résilience », la notion de « réparation » prenant ici tout son sens. Cependant, la capacité de résilience est en réalité bornée puisqu'elle est refusée aux malades qui se seraient trop violemment confrontés aux procédures.

Aussi, d'un point de vue symbolique, la consolidation est, pour le malade, un terme ambigu, non neutre, qui peut renvoyer à un imaginaire décalé en évoquant une vitalité retrouvée (« *la consolidation, y'en a beaucoup qui croient que c'est une guérison.* »²⁶⁵). La consolidation, pourtant, n'est pas consolidation du corps mais bien plutôt des séquelles de la maladie héritée du travail – il s'agit là, cependant, d'une lecture essentiellement administrative, les médecins en dénonçant régulièrement le caractère peu cohérent en regard de la complexité de l'évolution pathologique d'un cancer, témoignant une fois de plus des désajustements entre les modélisations administratives et le savoirs médicaux.

Les professionnels médicaux se succèdent donc, au fil des parcours des malades, pour ouvrir, ou non, l'accès à certains avantages (essentiellement indemnitaires) permis par la catégorisation, pour eux-mêmes ou pour « ceux qui restent ».

d. Un rôle de sentinelle : les « maladies à caractère professionnel » (MCP), la spécificité d'une catégorisation sans indemnisation

La loi de 1919 introduit un système complexe de réparation des maladies professionnelles. Basée sur des tableaux, cette structuration de l'indemnisation nécessite des ajustements réguliers aux expositions professionnelles et aux connaissances scientifiques nouvelles. Afin de procéder à ces actualisations, le législateur a introduit, parallèlement à la catégorie de maladie professionnelle, la notion de « maladie à caractère professionnel ». Elle désigne « toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnissables »²⁶⁶. Disposant d'une liste préétablie, les médecins sont dans l'obligation légale²⁶⁷ de déclarer les cas correspondants qu'ils rencontrent : la maladie à caractère professionnel relève d'une catégorisation médicale pratiquée hors régime de la Sécurité sociale. Pour autant, rares sont ceux qui tiennent véritablement ce rôle de veille

²⁶⁵ Monsieur Teyer, président du petit groupement local de l'ANDEVA.

²⁶⁶ En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/%20fr/layout/set/print/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Qu-est-ce-qu-une-maladie-a-caractere-professionnel>

²⁶⁷ Selon l'article L461-6 du Code de la Sécurité sociale.

(Daubas-Letourneux, 2008) et de connaissance (Marchand, 2018), entravant à la fois la prévention des maux du travail et la création de nouveaux tableaux.

De fait, ce dispositif rendu inefficace par sa sous-utilisation²⁶⁸ tend à être remplacé par un régime nouveau de « déclaration condensée », qui se diffuse progressivement depuis 2003. Sur un temps très court, deux périodes de deux semaines par an, les médecins du travail sont invités à signaler de manière exhaustive l'ensemble des MCP qu'ils auront diagnostiqués. Les données recueillies sont ensuite traitées par la DIRECCTE et transmises à l'InVS. Les objectifs, ici, restent les mêmes : estimer la prévalence des MCP, fournir des éléments de connaissance pour l'évolution des tableaux, mesurer la sous-réparation ou repérer d'éventuels phénomènes sanitaires nouveaux en milieu professionnel (ce serait le cas, par exemple, des risques psychosociaux lesquels, en l'absence de tableaux validés par la Sécurité sociale, restaient absents des « données de la réparation » alors même qu'ils constituaient une part importante de l'exercice quotidien des médecins du travail)²⁶⁹. Pour autant, avec ce glissement structurel, l'obligation originellement sous-jacente à la catégorie de MCP tend à laisser la place à un volontariat qui, s'il compense dans une certaine mesure les lacunes du dispositif réglementaire, échoue à instaurer une véritable veille sanitaire.

De leur côté, enfin, on l'a vu, les CCPP sont pris dans un Réseau national d'enregistrement des consultations, le RNV3P (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles). Celui-ci permet de produire une information sur les situations qui, à un moment donné, ont pu susciter un questionnement relatif à la causalité professionnelle d'une atteinte. Cependant, ces services restant peu connus, et de façon différenciée selon les spécialités médicales (le docteur Guen regrette ainsi l'absence de cas de cancers de la peau dans les consultations du CCPP lorrain – cf point 2A), leur rôle reste, lui aussi, limité.

²⁶⁸ Le docteur Guen l'exprime avec ces mots : « C'est un dispositif qui n'a jamais marché, que ce soit chez nous ou ailleurs, y'a deux pelés trois tondus de médecins qui font la démarche ou qui ont fait la démarche un temps d'envoyer des déclarations de maladie à caractère professionnelle à l'inspection du travail mais c'est tellement pas représentatif parce que les gens ne font pas la démarche systématiquement que ce n'est pas informatif, du coup c'est un dispositif qui ne sert à rien et qui n'est pas mis en place. »

²⁶⁹ Surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel (MCP) en PACA : Les « Quinzaines MCP » Sometrav – 4 mai 2010 Franck Sillam et Marie-Hélène Cervantes.

C. Des rôles contraints

Nous l'avons vu, les médecins occupent une place centrale dans le processus de catégorisation et dans l'accès à la catégorie institutionnalisée ; pour autant, plusieurs facteurs concourent à contraindre la tenue de ces différents rôles.

a. Un manque d'attention pour le facteur travail

Une formation inadaptée

La formation généraliste des médecins est souvent présentée comme insuffisamment ouverte, tant quantitativement que qualitativement, à la question des atteintes du travail. En effet, au sein du tronc commun, seules huit à douze heures leur seraient consacrées sur l'ensemble du cursus²⁷⁰. Le docteur Munet (ORL) décrit ainsi une formation initiale aux maladies du travail très pauvre, lui-même conduit à questionner, comme nous venons de le voir, la dimension professionnelle des pathologies qu'il est amené à soigner par ses pratiques de soin et de recherche :

« La formation initiale sur les maladies professionnelles, ça doit être trois heures, [...] et surtout, ça n'a aucune chance de tomber à l'examen ou quasiment aucune, on sait juste qu'il y a les tableaux, qu'il faut les connaître un peu, c'est une question à l'internat, on sait qu'il peut y avoir une ou deux questions dessus, mais ce n'est pas quelque chose qui est vraiment mis en avant lors de la formation. »

Marginaux, les enseignements médicaux relatifs à la santé au travail seraient, de plus, dispensés au mauvais moment de la formation des futurs médecins. Le Pr Prioux le regrette de cette façon :

« Après, c'est fait chez des étudiants qui sont en cinquième ou sixième année, ce n'est pas le moment où ils sont forcément le plus réceptif à cet enseignement puisqu'ils sont plus dans l'acquisition du diagnostic positif que du diagnostic étiologique. »

L'apprentissage du « diagnostic étiologique » serait ainsi court-circuité par l'acquisition du « diagnostic positif ». Ce manque de pertinence organisationnelle est également souligné par

²⁷⁰ Rapport Dharréville, Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

C'est pourquoi la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, pour 2019, recommande notamment « l'intégration d'un module de formation obligatoire consacré aux maladies professionnelles tant dans le cursus initial des études de médecine que dans le cadre du développement professionnel continu des médecins, en particulier dans des spécialités étroitement liées à la santé au travail (médecine générale, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, dermatologie et psychiatrie). » (Rapport 2018, *op.cit.*)

le professeur Dewitte, président de la Société française de médecine du travail, en ces termes : « *alors que les étudiants ne savent pas encore ce que c'est que les maladies, on leur parle de maladie professionnelle !* »²⁷¹. Dans ce cadre, la focale de ces médecins en formation va préférentiellement être portée sur la prise en charge et les perspectives thérapeutiques, un conflit de « culture professionnelle » qui perdurera ensuite. C'est ce que souligne le docteur Chesneau, médecin du travail, dans le cadre de la rencontre CRAM Alsace-Moselle de 2005 : « *le médecin de ville qui diagnostique un cancer se focalise d'abord sur le traitement du patient plutôt que sur l'origine du mal* »²⁷², un conflit de priorités et de temporalités qui conduit à un effacement de la catégorie « cancer du travail ». Cependant, les programmes de la formation médicale viennent d'être changés, la diffusion de cette catégorie parmi la nouvelle génération de médecins pourrait ainsi faire l'objet, dans quelques années, d'une nouvelle étude. Le Pr Prioux soulève en outre le problème d'une formation qui se cantonnerait à la sphère de l'hôpital, contraignant l'acquisition d'une expertise technique concernant les maux du travail :

« Faut bien reconnaître qu'un diagnostic étiologique professionnel, chez un interne qui ne connaît que l'hôpital, ça ne parle pas beaucoup quoi, si tu dis "en sidérurgie, tu peux attraper un cancer bronchique" ok mais quand il va avoir un patient, il ne sait pas à quoi ça correspond, il ne sait pas quels métiers, il ne sait pas quels âges enfin tu vois, ça reste très abstrait pour eux, donc le tabac, ça, ils savent facilement l'évaluer c'est pas un problème, mais évaluer une exposition en milieu sidérurgique ils ne savent pas, ils savent que ça existe donc si ils ont un patient qui dit "oh bah moi j'ai travaillé 30 ans en sidérurgie" ils vont peut-être se dire "ah c'est peut-être professionnel" mais ils ne vont pas savoir résoudre la question, soit on a réussi à les sensibiliser et ils l'envoient chez nous pour qu'on fasse le travail, soit ils vont botter en touche parce qu'ils ne savent pas comment traiter la question et puis voilà. »

La connaissance théorique dispensée manquerait de la complexité relative à la connaissance des professions exposantes et à leur évaluation, ce qui conduit les futurs médecins à orienter

²⁷¹ Il regrette, plus précisément : « *Je suis enseignant en médecine du travail. Quand j'ai commencé ma carrière, on avait, en fin de cursus, 25 à 30 heures d'enseignement, qui portaient essentiellement sur les maladies professionnelles. Cela revenait à suggérer aux médecins généralistes, une fois qu'ils connaissaient les maladies, l'idée que certaines de ces maladies pouvaient être en rapport avec l'activité professionnelle. Or maintenant, on nous demande de dispenser cet enseignement en début de deuxième cycle, c'est-à-dire en troisième année. Alors que les étudiants ne savent pas encore ce que c'est que les maladies, on leur parle des maladies professionnelles !* » Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie risques chimiques, psychosociaux ou physiques et les moyens à déployer pour leur élimination, Réunion du jeudi 15 mars 2018.

En ligne : <https://www.nosdeputes.fr/15/seance/1057>

²⁷² Dr Chesneau, médecin du travail au Service interentreprises de santé au travail de Colmar, rencontre CRAM Alsace-Moselle, 2005.

En ligne : <http://www.carsat-alsacemoselle.fr/sites/carsat-alsacemoselle.fr/files/cancpro.pdf>

leur focale sur les expositions qu'ils connaissent le mieux, et qui ont trait aux comportements : la spirale de la responsabilisation individuelle²⁷³ est ainsi alimentée.

Enfin, le médecin-conseil régional chef situe quant à lui les difficultés que rencontrent les médecins dans cet espace, dans la mauvaise connaissance du versant réglementaire de la catégorie – une vue évidemment située, lui-même étant plus proche d'une gestion administrative par sa proximité avec la caisse :

« Personnellement, je pense que ça serait de bons thèmes de formations professionnelles continues, parce que même s'ils n'en voient tous les jours, au niveau de la partie médicale y'a pas de problèmes, mais au niveau de la complexité de la gestion des documents et puis sur les définitions médicojuridiques, ce n'est pas toujours évident parce que ce sont des enseignements qu'on n'a pas en fac. Donc ça, je pense qu'on pourrait faire de l'accompagnement là-dessus oui. »

Ainsi, les médecins, pourtant centraux dans cet espace de la réparation des maux du travail, ne paraissent pas armés pour remplir ce rôle.

La mise en visibilité du facteur travail par une pratique territorialement située ?

Potentiellement apte à contrecarrer cette insuffisance de formation, le territoire jouerait un rôle non négligeable dans la sensibilité au rôle du travail dans les atteintes corporelles. C'est en tous les cas ce que soutient le Pr Prioux :

« En même temps, je pense que dans le nord, enfin, Briey, Longwy, tout ça, les pneumologues ils connaissent bien les pathologies (?), c'est ce qu'on disait tout à l'heure, ils ont quand même une certaine expérience, je pense qu'ils en déclarent déjà pas mal, peut-être pas tout, mais déjà pas mal. »

Cette sensibilisation par la pratique est en effet susceptible d'expliquer, pour partie, l'importante disparité dans les demandes d'accès à la catégorie institutionnalisée. Le rapport de Santé publique France concernant les cas de mésothéliomes met en lumière un écart de taille selon les départements : dans le cadre d'un diagnostic de mésothéliome pleural confirmé et d'une exposition à l'amiante appréciée *a minima* comme possible, ils étaient 52% à déposer un dossier de « maladie professionnelle » dans le Var et 82% en Loire-Atlantique sur la période

²⁷³ La responsabilisation des travailleurs est double : dans le cadre de la survenue du cancer, par la désignation de comportements dit à risque, mais aussi dans le cadre de l'exposition au risque, généralement attribuée au non-respect des règles et à la négligence du travailleur (Omnès et Pitti, 2009). De cette façon, la fille d'un adhérent du petit groupement local de l'ANDEVA raconte : « J'ai une de mes collègues, Madame D., son mari est décédé mais lui je suppose que c'était la peinture [...] j'ai parlé de l'association à ma collègue, elle m'a dit "non, moi je peux rien, je peux pas aller contre, je peux pas faire un dossier d'indemnisation" parce qu'ils leur avaient donné tout ce qui fallait pour se protéger, ils avaient les masques, ils avaient le produit pour se doucher après... »

considérée (1996-2016). La présence d'associations plus ou moins nombreuses localement peuvent également participer à expliquer cette disparité. Le territoire, s'il paraît apte à impacter la pratique médicale, oriente également l'implantation des associations d'aide aux victimes. Celles-ci sont généralement mises sur pieds à proximité d'anciens sites industriels, créant une dynamique favorable à la mise en visibilité de ces atteintes (Guillermin, 2016 ; cf chapitre 6). Cette implantation géographique s'inscrit dans ce qu'Annie Thébaud-Mony (Thébaud-Mony, 1991) nomme une « société territoriale », soit l'ensemble des rapports de pouvoir qui se déploient selon une configuration spécifique au contexte local. Celle-ci, en effet, nécessite d'être considérée afin d'appréhender les pratiques de catégorisation des différents acteurs – localement situés.

La question du lien qui unit le territoire et le rapport à la catégorisation est également parfois abordée sous l'angle de la ruralité (non entendue ici comme concept sociologique mais comme référence à une zone non-urbaine). Le médecin qui exerce en-dehors des zones urbaines est en effet perçu dans la sphère associative soit comme ignorant des effets pathologiques de l'amiante (le médecin de campagne serait très peu confronté à ce type de pathologie, ainsi conforté dans son ignorance, effet inverse d'une expertise constituée par l'expérience postulée par le Pr Prioux), soit comme un « notable » peu sensible aux intérêts des ouvriers. Cette dernière appréhension a été développée par Me de Barny, avocat au sein du cabinet T., qui l'a ponctuée d'une volonté de ne pas « évoquer les classes sociales », afin de se garder de toute « idéologie », conformément à sa posture revendiquée de neutralité (idéale). Si le constat d'une moindre sensibilité de ces médecins non-urbains à la question des maladies professionnelles est bien le même, les enjeux sous-jacents aux deux facteurs causaux avancés sont bien différents : s'agit-il, ou non, d'une conséquence d'un antagonisme social ? Non vérifiable directement par la recherche, cette appréhension laisse toutefois entrevoir comment l'origine sociale des malades, majoritairement ouvrière, peut susciter, pour les différents acteurs, des lectures en termes d'antagonismes sociaux sur le modèle des classes sociales.

b. Le soin contre l'étiologie ?

Cette organisation de la formation médicale semble entretenir une « culture professionnelle » qui fait du médecin avant tout un « soignant » : son rôle est prioritairement pensé en termes de thérapeutique, matérialisée notamment par l'acte de prescription. La mission principale de la pratique médicale serait ainsi celle du soin, effaçant partiellement ou totalement la question de l'étiologie. Monsieur Marchal, exploitant agricole, évoquant un « tabou » lié à la nocivité des

pesticides, regrette en ce sens que le spécialiste qui s'occupait de sa pathologie n'ait jamais cherché à investir le terrain des causes :

« Même le professeur de Brabois [...] bottait toujours en touche chaque fois que mon épouse lui posait la question “est-ce que ne vous pensez pas que mon mari est malade à cause des produits et tout ça ?” il disait “moi je suis là pour soigner votre mari, je suis pas là pour chercher les causes”. »

Cette priorité donnée au soin plutôt qu'aux facteurs causaux s'explique notamment, pour le docteur Montignon, praticienne hospitalière en Normandie, par le fait que la prise en charge du malade n'est pas fonction de l'origine de la maladie. Il est toujours question, avant tout, de thérapeutique : *« Je pense que si on traitait les personnes différemment en fonction de l'origine de la maladie, là y'aurait plus de sensibilisation à chercher la cause. »*

Le plus souvent, le diagnostic étiologique – la recherche des facteurs causaux – n'est donc pas appréhendé comme étant du ressort du médecin non expert du travail, mais relevant plutôt d'une culture professionnelle²⁷⁴ auxquels ils ne s'identifient pas et qui poursuit d'autres objectifs que celui de soigner²⁷⁵. La pratique médicale a pourtant intégré, au cours des dernières décennies, de nouvelles missions : la préservation de la santé et la prévention. En incitant à une pratique en réseau et à la considération d'autres dimensions que le strict soulagement des souffrances, celles-ci font désormais du médecin, selon le docteur Annie Nivelon-Chevallier, « un acteur social » (Nivelon-Chevallier, 2007). C'est particulièrement le cas des médecins du travail, dont la pratique vise à préserver la santé des travailleurs (ou à orienter vers le système de réparation en cas d'affection professionnelle), et des spécialistes de santé publique, experts en prévention²⁷⁶. Pour autant, il s'agit là des spécialités les moins prisées à l'issue de la formation initiale de médecine : en 2017, 35% des postes en médecine et santé au travail étaient laissés

²⁷⁴ Qui renvoie notamment à la séparation plus ou moins franche des sphères de la clinique et de la recherche. Un positionnement qui serait à nuancer et préciser en regard de la spécialité médicale, des inscriptions sociales et territoriales ainsi que des parcours biographiques et de formation des médecins, ce que mes données ne permettent pas de faire ici de façon poussée.

²⁷⁵ Questionner l'étiologie et guider la déclaration peuvent également être perçues comme des pratiques chronophages voire ingrates (Marichalar, 2014), suscitant un arbitrage négatif. Toutefois, c'est précisément parce qu'elles ne sont pas perçues comme indispensables, en se situant en-dehors du soin, que le médecin peut d'autant plus en évaluer la « perte de temps » et choisir ainsi de ne pas les investir.

²⁷⁶ Si les médecins-conseil ne sont pas des « médecins de soin », ils ne sont pas, non plus, investis de ces missions de prévention et de préservation de la santé. Ils se situent bien plutôt sur un registre de contrôle, selon les mots du médecin-conseil régional chef lui-même : *« nous on est là pour contrôler, pas pour prendre part active au soin »*. Il s'agit, aussi, *a contrario* des médecins experts en santé au travail ou en santé publique, d'une orientation « *a posteriori* », conditionnée à l'obtention d'un concours pour un individu déjà docteur en médecine.

libres par les futurs internes, soit la part de postes vacants la plus importante²⁷⁷. Les postes offerts en santé publique, dans une moindre mesure, n'ont, de même, pas tous trouvés preneurs²⁷⁸.

Aussi, cause ou conséquence, la moindre attractivité de ces disciplines qui sortent du soin et du façonnement « technique » des corps (la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique occupe l'une des premières places), ne favorise pas la diffusion d'une culture professionnelle ouverte à l'étiologie, les cantonnant à une frange dominée du corps médical. Dans un rapport de 2015 concernant la pratique du médecin du travail, l'Ordre national des médecins reprend cette terminologie du soin/hors-soin sans ambiguïté :

« Sa formation et ses missions permettent au médecin du travail d'établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel. [...] On voit bien là la singularité de l'activité du médecin du travail **par comparaison aux médecins de soins** qui, à défaut d'une connaissance effective du poste et du milieu de travail, ne peuvent attribuer les troubles de santé, physiques ou psychiques à des causes professionnelles. »²⁷⁹

Forme de « résistance » peut-être, certains spécialistes de la santé au travail revendiquent l'exclusivité de savoirs techniques qui permettent la mise en lien de la santé du salarié et de son activité professionnelle. Les compétences nécessaires à la recherche étiologique, *via* une technique d'entretien spécifique, notamment, sont présentées comme constitutives de leur spécialité²⁸⁰. La capacité à saisir et encadrer les démarches administratives (un rôle, finalement, similaire à celui d'un travailleur social) est également appréhendée comme relevant du domaine du médecin du travail. C'est ce qu'explique le docteur Montignon :

²⁷⁷ Et ce alors même que les postes offerts en spécialités de troisième cycle pour la médecine du travail sont parmi les moins nombreux (194 en 2015-2016).

Cour des Comptes (2017), « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale ».

En ligne : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/medecine-ecn-les-specialites-phares-de-2017-et-les-autres.html>

Par ailleurs, Pascal Marichalar, dans son travail de thèse, décrit très bien « cette mise en scène d'un choix public, sous-tendue par l'idéologie du mérite, qui contribue en partie à définir et légitimer les différences de statut entre spécialités. » (Marichalar, 2011, p.74)

²⁷⁸ La psychiatrie, la gériatrie ainsi que la médecine générale ont également été « boudées » par ces futurs médecins.

²⁷⁹ Rapport de l'Ordre National des Médecins (2015), « Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale ».

²⁸⁰ Peut-être serait-il plus juste de parler ici de « sous-spécialité », l'une des médecins du CCPP rencontrés évoquant le travail bien différencié des médecins du travail « de terrain » (selon ses mots) et des médecins du travail en centre de consultations de pathologies professionnelles. Ces derniers, en effet, se situeraient « en amont », dans une posture consultative et de conseils aux médecins du travail, bien plutôt que « les mains dans la cambouis » (selon son expression, toujours).

« Les patients que je vois en consultation, je leur dis “moi je ne suis pas le docteur pour vous soigner, je suis le docteur papiers” et c'est vrai que c'est vraiment une autre partie de leur maladie cette problématique de papiers mais je leur dis “voilà, l'argent qu'on va vous apporter ne va pas vous aider dans le soin mais va vous aider de façon plus confortable pour tailler vos haies [...]”. »

Le médecin du travail se situe ainsi, parfois de lui-même, dans les marges du soin, affirmant une forme de légitimité qui ne repose pas sur l'acte thérapeutique.

c. Un corps professionnel hétérogène

Une spécialité sujette aux critiques : des « médecins du patron » ?

Si j'évoque parfois « le » médecin²⁸¹, le corps médical n'est évidemment pas un ensemble homogène. Celui-ci est structuré autour d'une hiérarchie plus ou moins formelle des disciplines qui confère des positions inégalement dotées en pouvoir et ressources symboliques (soit la quantité de prestige distribuée). Nous venons de le voir, la médecine du travail souffre d'un manque de légitimité. L'histoire de cette spécialité joue probablement en sa défaveur. Elle trouve en effet son origine dans le contrôle sanitaire des coloniaux avant leur arrivée en métropole et dans « l'évaluation hygiéniste » des usines (Buzzi, Devinck et Rosental, 2006). La première guerre mondiale va alors transformer ce rôle de contrôle sanitaire en expertise de productivité : le médecin du travail devient un « expert soucieux de la productivité et des intérêts de l'employeur, en même temps qu'un hygiéniste au service de la santé ouvrière » (Martin, 1922, cité par Buzzi, Devinck et Rosental, 2006, p.23). Perçue comme plus aisément acquise aux intérêts de l'employeur, la médecine du travail va faire l'objet d'importantes critiques dans les années 1960, y compris par certains médecins eux-mêmes. Ces derniers vont en effet développer, dans un cadre de réflexion « anti-institutionnel » plus global, une lecture différente de leur rôle à travers la recherche de nouvelles formes d'intervention médicales « plus horizontales et démocratiques » et des velléités de sortie d'une mission prépondérante de certification de l'aptitude (Marichalar et Pitti, 2013, p.115).

Souvent présenté comme l'acteur d'une émancipation impossible, le médecin du travail est décrit comme « le médecin du patron »²⁸². Or, pour certains, les maux du travail forment

²⁸¹ « Médecins » et « malades » se comprennent, de plus, en regard d'un rapport social qui, de fait, n'est pas figé dans le temps ni dans les espaces sociaux.

²⁸² Une médecine, pour Antoinette Chauvenet, « du capital » : « Une des fonctions de la médecine du travail est de fixer les normes sociales du rapport existant entre les impératifs de la productivité et les exigences du maintien

justement « l'empreinte visible de la domination patronale sur [l]es ouvriers » (*ibid.*), suscitant ainsi un positionnement militant (*cf* point D). Cette approche, loin d'être abandonnée, est toujours vivace parmi les ouvriers malades de leur travail. Monsieur Teyer, président du « petit groupement local de l'ANDEVA », décrit ainsi une posture de subordination du service médical : « *le problème du service médical dans des entreprises, souvent, il est un p'tit peu à la solde du patron, il fait comme le patron lui dit.* » D'autres décrivent une capacité d'agir limitée, inadaptée aux enjeux du maintien en santé. Pour monsieur Gazeau, ouvrier retraité d'une chaufferie atteint d'un cancer bronchopulmonaire reconnu en lien avec des expositions à l'amianté sur son lieu de travail, « *ils n'ont aucune autorité. Ils disent que la personne est inapte au poste, le problème ce n'est pas d'être inapte ou pas, c'est de dire à l'entreprise "vous avez un endroit qui est pollué par l'amianté, vous interdisez, personne ne rentre dedans ou vous faites désamianté"*. »

S'il peut donc aisément masquer les maladies professionnelles au sein d'une entreprise afin d'en préserver les comptes et l'image, le médecin du travail peut néanmoins se révéler moteur d'une dynamique de revendication en prenant appui, notamment, sur les structures syndicales. Monsieur Teyer décrit ainsi le rôle déterminant d'un médecin du travail qui a favorisé un vaste mouvement de reconnaissance des affections liées à une exposition à l'amianté au sein de son entreprise et généré, à terme, la naissance de l'association locale des victimes de l'amianté :

« Moi ce que je peux dire, c'est que chez [nom de l'entreprise], quand y'a eu les histoires d'amianté qui ont démarré, c'est parce que on venait d'avoir un nouveau médecin du travail qui a voulu faire un peu un état des lieux, et c'est elle qui m'a poussé à aller faire un scanner et c'est elle qui m'a poussé à faire une déclaration de maladie professionnelle mais je pense que si on n'avait pas eu ce médecin du travail qui est resté un an chez [nom de l'entreprise] ou deux ans, eh ben on n'aurait pas eu toutes ces déclarations de maladie professionnelle chez [nom de l'entreprise], parce qu'avant, y'a l'autre, il étouffait tout. »

Le rôle du médecin du travail est donc à double tranchant : à l'entretien d'une invisibilisation peut se substituer une véritable mise en lumière des affections héritées du travail, moteur d'une action collective.

en état du capital humain : c'est à partir de l'analyse du rôle de la médecine du travail qu'on peut comprendre le rapport, en médecine, du capital au travail [...] » (Chauvenet, 1977)

Une spécialité doublement dominée

La médecine du travail reste, pour autant, une spécialité dominée. Pour les médecins rencontrés, il s'agit d'une "médecine sinistrée", victime d'un sous-effectif persistant²⁸³ et d'une image négative tenace, au sein même du corps médical :

« Alors y'a aussi effectivement une mauvaise image qui est véhiculée [...] dans le temps, c'était poul-pipi-tension [...] j'ai entendu jusqu'à y'a quelques années quand moi j'exerçais comme médecin du travail, que en fait le médecin du travail c'était le médecin qui n'avait pas réussi à faire les autres spécialités et qu'il n'avait pas validé, qu'il était tout juste médecin en fait, voilà, et ça c'est quelque chose qu'on traîne. »

Dans le cadre de son exercice, le médecin du travail semble également bénéficier d'une marge de liberté relativement faible. Il n'apparaît ainsi pas en mesure de communiquer directement avec d'autres médecins, ni même de prescrire des examens :

« Les courriers destinés aux médecins traitants transiteront obligatoirement par le salarié. Ils se justifient chaque fois que l'éclairage sur un contexte professionnel est nécessaire à la prise en charge thérapeutique. Lorsque le médecin du travail a besoin d'examens complémentaires pour se prononcer, ces demandes doivent également transiter par le salarié et il est recommandé que le médecin du travail rappelle à ses confrères que les résultats ne peuvent lui être communiqués qu'avec l'accord du salarié. »

Cette marge de manœuvre relativement limitée ne préserve pas ces professionnels de ce qu'ils peuvent aborder comme des « dilemmes éthiques »²⁸⁴. En effet, le médecin du travail en entreprise doit-il privilégier la protection de l'emploi ou de la santé ? – une interrogation complétée par plusieurs couples d'oppositions : « droit à l'information/droit à la confidentialité » ; « devoir d'information/devoir de bienveillance » ; « intérêt individuel/intérêt collectif » ; « impacts présents/impacts futurs » ; « santé publique/santé au travail ». Cette mise en balance avec l'emploi parcourt de manière transversale les espaces de la prévention et de la réparation des maladies professionnelles. Elle trouve, de plus, une validation institutionnelle à travers l'ordonnance de 1945, qui incite les médecins du travail à considérer les effets de leurs décisions sur la production. Pascal Marichalar affirme ainsi que « le système de reconnaissance

²⁸³ Pascal Marichalar situe l'émergence du débat relatif au déficit de médecins du travail dans les années 1990-2000, malgré des chiffres, selon leur source, allant parfois en sens contraires (Marichalar, 2011).

²⁸⁴ Ici, je relate les notes prises à l'occasion d'une formation organisée pour les futurs médecins du travail, le 23 septembre 2016. Le module s'intitule « Réglementation relative à l'organisation de la prévention des risques professionnels en France ».

prévoit en filigrane des possibilités de non-reconnaissance, au nom de l'arbitrage entre les considérations de santé et l'économie ou l'emploi » (Marichalar, 2014, p.94-95).

Derrière l'éthique, des rapports de force

En outre, l'opposition « devoir d'information/devoir de bienveillance » semble quant à elle cristalliser tout le dilemme déontologique qui donne lieu à des pratiques de type paternaliste : c'est au nom de la bienveillance que l'on va restreindre l'information (point suivant). Le savoir ainsi constitué par le médecin devient aussi le pouvoir de ne pas le partager, un rapport de domination déjà décrit par Luc Boltanski :

« L'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin, c'est-à-dire essentiellement la force du discours que le malade est en mesure d'opposer au "discours fort" du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale » (Boltanski, 1971, p.214)

Dans cette relation asymétrique, la vulnérabilité de l'agent en position de désavantage – le malade – augmente donc avec la distance sociale qui le sépare du médecin, soit son inscription sociale spécifique. Jugé en capacité inférieure à la comprendre, l'information qui va lui être dispensée sera restreinte, une restriction alimentée ici par un « devoir de bienveillance » : ce souci éthique, support à des considérations morales, n'est autre que l'expression d'un rapport de domination qui se joue au détriment des plus vulnérables. De fait, si le corps médical est bien scindé en spécialités voire en « segments » (Bucher et Strauss, 1961) caractérisés notamment par des conceptions différentes de l'activité médicale, cette structuration interne hétérogène ne questionne que partiellement la notion de « profession » et la posture de domination qu'elle implique : dans cet espace de la réparation des maux du travail, le malade isolé, et ce d'autant plus lorsqu'il est ouvrier, paraît difficilement en capacité de s'imposer, seul, dans cette relation. La compréhension de cet espace nécessite donc de questionner les rapports sociaux qui participent à le structurer.

3. Des pratiques médicales situées : la question sous-jacente des rapports sociaux

A. Des pratiques prises dans des rapports sociaux

a. Pour les malades, un rapport spécifique au médical ?

Différentes études (notamment : Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1979), concluent au rapport spécifique entretenu au corps et au médical par les classes populaires. Cette culture somatique se caractériserait notamment par une lecture des sensations corporelles différenciée ; ainsi, la « perception des sensations morbides » et la « transformation de la sensation en symptôme » ne relèveraient pas du même processus chez un cadre et chez un ouvrier (Boltanski, 1971, p.211). Le recours aux consultations des classes populaires – leur « consommation médicale » – serait également moins systématique, et le rapport au médecin caractérisé par une moindre considération (temps passé en consultation, insuffisance d'explications données). Cette distance relationnelle relèverait, ainsi, d'une distance sociale. D'autres études (notamment Rode, 2010) concluent également à une défiance supérieure vis-à-vis des soignants et des thérapeutiques que je n'ai pas retrouvée sur mon terrain. Au contraire, les ouvriers malades s'estimaient généralement particulièrement bien suivis et soignés, les éventuelles appréciations négatives se concentrant plutôt sur un manque de considération, « d'humanité » à l'occasion de l'annonce du diagnostic notamment²⁸⁵. Toutefois, l'expérience de la maladie, et la confrontation « forcée » aux thérapeutiques qu'elle implique généralement, est sans doute agissante sur la définition de ces rapports.

En outre, sur le lieu de travail, les contraintes professionnelles, combinées à ce rapport parfois distant au médical (en amont de la maladie, donc), ont pu conduire à une hiérarchisation des priorités dans l'organisation du temps de travail, retardant la visite médicale. C'est ce qu'exprime monsieur Lombard, ouvrier à la retraite (embauché dans différentes usines, la dernière fabriquait des tubes) et atteint d'un cancer broncho-pulmonaire :

« Une fois je me suis pris la tête avec la toubi là, elle vient et puis elle me dit "ouais ce n'est pas du boulot Monsieur Lombard, ça fait deux ans que je ne vous ai pas vu", je la regarde dans les yeux puis je lui dis "au fait, qu'est-ce que vous faites de vos journées ? [...] écoutez voir, moi je quitte à 11h et demi le soir, le lendemain à 5h je

²⁸⁵ Les écrits sur ce « moment », son déroulement et ses impacts, sont nombreux en médecine comme en sciences humaines et sociales (notamment : en psychanalyse, Moley-Massol, 1978 ; en psycho-oncologie, Reinch et al., 2001 et Ranou et al., 2011 ; en communication, Spire et Poinot, 2007 ; en anthropologie, Fainzang, 2016).

suis là alors moi votre visite c'est à vous de vous déranger, ce n'est pas à moi", oh allez, au bureau ! »

La professionnelle médicale est alors rejetée du corps ouvrier – et éloignée des corps physiques. D'une part, par une profession définie de manière socialement distincte, caractérisée notamment par un rythme de travail bien plus clément et, d'autre part, par sa mise à distance physique, le corps échappant alors à l'évaluation sous les contraintes professionnelles.

b. Pour les médecins, une lecture non neutre des corps

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'hygiénisme a longtemps favorisé un discours de dénégaration des dangers du travail sur la santé (Le Roux, 2011). En effet, dès la deuxième moitié du XVIII^e siècle, l'état des corps ouvriers a fait l'objet de descriptions souvent imprégnées de compassion, plus ou moins nombreuses selon les périodes (*cf* chapitre 3). Cependant, le lieu de vie, les comportements, l'âge ou encore le sexe étaient alors prioritairement incriminés, tandis que les effets délétères de l'industrie, en plein essor et perçue comme porteuse de « progrès », étaient occultés. Pour reprendre les mots de Olivier Faure, « l'hygiénisme [...] a toujours dénoncé les comportements individuels et largement passé sous silence les effets des conditions de travail, culpabilisé les individus et acquitté la société » (Faure, 2001, p.3). Aujourd'hui encore, la santé publique est profondément marquée par cette dimension individuellement culpabilisante. Le maintien en santé est assimilé à une perspective de salut et devient, dès lors, un enjeu moral (Massé, 2001). Cette tendance à la responsabilisation dans la survenue des atteintes pathologiques n'épargne par les pathologies cancéreuses : alors qu'il est médicalement et scientifiquement impossible d'isoler la responsabilité d'un seul des facteurs potentiellement cancérigènes (c'est là le propre des maladies multifactorielles), le travail est généralement ignoré pour favoriser une causalité individuelle. C'est souvent le cas du tabac, pourtant, « le gradient des disparités de consommation entre groupes sociaux est sans commune mesure avec l'inégalité observée concernant les cancers. En effet, chez les hommes, l'écart entre cadres et ouvriers concernant la proportion de fumeurs est de l'ordre de 20 %, quand l'excès de risque de mortalité précoce par cancer chez les ouvriers par rapport aux cadres est de l'ordre de 200 %. » (Thébaud Mony, 2008, p.239). Ces représentations dominantes, dès lors, se donnent à lire comme la conséquence de rapports de force qui suscitent des oppositions ou des alliances entre les milieux scientifiques, industriels, politiques et syndicaux (Thébaud-Mony, 2014).

Dans l'espace des maux du travail, le milieu social est doublement présent. Il se loge donc déjà derrière le constat macro d'une profonde inégalité de mortalité par cancer, communément

expliquée par l'inégale répartition des comportements délétères qui, si elle est avérée, ne suffit pas à expliquer les disparités de morbidité. Mais le milieu social peut également être mobilisé au niveau méso de l'interaction entre le médecin et son patient afin de justifier la survenue de son cancer – ou de symptômes alarmants. Il est donc pensé en regard de comportements délétères parfois fantasmés, de « vices » associés à certains milieux sociaux, et non dans l'optique d'interroger l'environnement professionnel du malade. Les conditions sociales sont donc ici « réduites aux dimensions de déterminants individuels, aux côtés des caractéristiques génétiques, biologiques et psychologiques. » (Thébaud-Mony, 2004, p.113) : il s'agit finalement d'une forme d'individualisation d'une variable sociale. Monsieur Clarizo, électromécanicien à la retraite, atteint d'une leucémie et de plaques pleurales²⁸⁶, explique avoir été confronté à ce type d'appréhension culpabilisante par son médecin du travail :

« Il me traitait d'ivrogne, alors que je ne bois pas d'alcool, ou alors très rarement. Puisque j'avais beaucoup de gamma-GT, donc pour lui, c'était l'alcool, et mon médecin traitant, me connaissant et avec les analyses de sang qu'il me faisait, je n'avais pas d'alcool, il dit "si tu as des gamma-GT, ne t'inquiète pas, ce n'est pas ça". J'ai arrêté de travailler, comme par miracle les gamma-GT ont disparu. »

Face à cette anomalie sanguine, qui peut pourtant être le marqueur de plusieurs phénomènes, dont des expositions régulières à des solvants sur son lieu de travail, le médecin du travail privilégie celui qui est, selon lui, le plus évident au regard de l'appartenance sociale de son patient, sans explorer ses expositions professionnelles. Le médecin généraliste quant à lui, s'il invalide cette causalité comportementale, ne soulève pas la problématique du travail²⁸⁷.

Cette appréhension stigmatisante des catégories populaires et des « valeurs ouvrières » parfois fantasmées par certains médecins peuvent retarder, voire contraindre, le diagnostic de

²⁸⁶ Les plaques pleurales sont typiques d'une exposition à l'amiante. Sujet polémique, elles sont, pour certains, une pathologie à part entière, tandis que, pour d'autres, elles ne sont qu'un marqueur d'exposition à cet agent délétère, un stigmate. La complexité de cette catégorie réside également dans le fait que les PP sont, selon certaines études, associées à un surrisque de développer un cancer bronchopulmonaire : il s'agirait donc d'indemniser un risque plutôt qu'un « préjudice réel ». Toutefois, cette association reste controversée, ouvrant sur des positionnements spécifiques. Ainsi, pour la juriste de la FNATH rencontrée sur mon terrain, les plaques pleurales « *c'est juste de l'asthme* », sans liens avec les cancers, preuve en serait que la Sécurité sociale sépare ces deux catégories – les plaques pleurales sont en effet prises en charge par la CPAM au titre de maladie professionnelle.

Sur cette question, voir notamment : <http://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/P2014-182>

²⁸⁷ Aussi, on perçoit dans le discours de monsieur Clarizo une concurrence entre médecins, classés selon leur légitimité à lire les corps : le médecin généraliste est ici encore une forme de médecin de famille, avec qui le lien entretenu est plus fort que celui qu'il cultive avec le médecin du travail. De plus, l'appropriation de ces mesures médicales (les gamma-GT) soutient la confiance qu'il porte dans son médecin traitant en lui apportant une validation biologique.

l'affection ainsi que l'accès à la catégorie (c'est par exemple le cas de l'injonction récurrente à penser d'abord le collectif que nous expliciterons dans le chapitre 7). Anne Marchand (Marchand, 2016) relate en ce sens des cas où les ouvriers sont renvoyés par leurs médecins à leur « force de résistance » et, de fait, à leur capacité à endurer les maux qu'ils viennent soumettre à leur expertise. De même, des migrants ont pu se voir attribuer de manière excessive et erronée un diagnostic de tuberculose, cette « maladie associée à l'ailleurs » (Kehr, 2013). Les pratiques de catégorisation mises en place par ces médecins tendent donc à retarder la véritable identification de la pathologie : le corps du malade est lu comme un corps migrant, un corps pauvre voire un corps sale avant d'être un corps de travailleur.

Certains médecins procèdent en effet à une catégorisation des patients sur des critères ethniques mais aussi socio-professionnels. Les membres de l'éducation nationale²⁸⁸ sont ceux qui sont décrits le plus négativement : ils sont catégorisés en « pinailleurs » qui questionnent, contredisent et ne négligent aucun risque d'exposition, même minime. Ils sont ainsi pensés en miroir des ouvriers qui, à l'inverse, sous-évalueraient largement leurs expositions professionnelles, pourtant bien plus conséquentes. Cette appréhension différenciée révèle la persistance d'inégalités d'information, de capital culturel, et de traitement entre ces groupes de patients aux origines sociales différentes. L'appréhension médicale de l'ouvrier est donc nourrie d'une forte ambivalence dans l'univers médical : si ses atteintes corporelles sont envisagées par certains professionnels au prisme de la morale et renvoyées à ses comportements délétères supposés (alcool, tabac, *etc.*), sa « docilité », en tant qu'individu appartenant à un groupe social moins doté en capital culturel (notamment²⁸⁹), peut également être investie d'une appréciation positive. L'ouvrier, dans cet espace, semble donc faire l'objet d'une approche morale récurrente, celle d'un corps à façonner *via* la prescription de comportements adéquats.

Aussi, au-delà de la seule appartenance socioprofessionnelle, l'évocation par le patient d'un lien entre son travail et sa pathologie peut s'apparenter à une forme de revendication, incompatible avec son statut de victime d'une maladie grave (Marchand, 2018). Recourir au droit de maladie professionnelle relèverait, face à un diagnostic vital sombre, d'une hiérarchisation de ses priorités peu convenable moralement. La figure du « bon demandeur »

²⁸⁸ Un groupe qui serait lui-même à nuancer tant les statuts professionnels y sont diversifiés.

²⁸⁹ Ainsi, pour l'une des médecins du centre de consultations de pathologies professionnelles rencontrée, la docilité des ouvriers tient à la persistance d'une forme de respect pour les études supérieures, outil de légitimité culturelle et marqueur d'ascension sociale, soit, aussi, l'intégration d'une forme de « domination ».

est en effet une figure passive (cf chapitre 7). Ici encore, il s'agit donc d'être docile face à l'autorité médicale et au cadre institutionnel.

c. Des pratiques paternalistes ?

Protéger par une restriction d'accès

Prises dans des rapports sociaux, les pratiques médicales mises en place au sein de l'espace de la réparation des maux du travail sont également marquées par une forme de paternalisme. Le paternalisme médical est défini par Janine Barbot et Emmanuelle Fillion par une « asymétrie de positions vis-à-vis des savoirs » qui se traduit notamment par la concession faite « aux patients [d']une autonomie, en quelques sortes, assistée » (Barbot et Fillion, 2007, p.225). Le choix d'investir une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle semble orienté par ce même postulat d'une moindre compétence à la prise de décision raisonnée – non thérapeutique ici mais « mobilisante » malgré tout. Ainsi, certains médecins vont peu, voire s'abstenir, d'évoquer la possibilité d'une telle démarche en raison de risques jugés trop importants pour la santé mentale de leur patient²⁹⁰. Tout comme les médecins pratiquent parfois la rétention d'informations sur la base d'une rhétorique de protection du malade (Fainzang, 2006), certains praticiens font barrage dans l'accès au droit de maladie professionnelle pour leurs patients afin de les « protéger » d'une démarche longue et peu assurée d'aboutir positivement : les espoirs associés à la procédure par les malades deviendraient, par l'improbabilité de leur réalisation, une menace qu'il leur revient d'éloigner. Ainsi, si l'investissement dans cette procédure leur paraît particulièrement compliqué, pour un résultat trop incertain – un arbitrage sur la base du rapport coût/intérêt – ils s'abstiendront de l'évoquer ou de la conseiller. Or, la rétention d'information ou la pratique de suggestion ainsi pratiquées vont avoir des implications concrètes : les médecins ne rédigeront pas de certificat médical, barrant dès lors la route, pour le malade, d'un accès potentiel à la catégorie institutionnalisée. Le docteur Guen l'exprime ainsi :

« S'il n'y a vraiment pas suffisamment d'arguments pour que ça puisse passer compte tenu des critères de la Sécurité sociale, ça ne vaut pas le coup d'envoyer les gens au casse-pipe, avoir une réponse négative ça peut les blesser. En plus, pour le coup, ils ne comprennent pas, ils vont s'enfermer dans une démarche de contestation

290 Si Pascal Marichalar relève également une fréquente justification de l'inaction du médecin du travail par l'intérêt du salarié, il l'associe plutôt à une forme de « rationalisation d'une tâche qu'ils trouvent ingrate » (Marichalar, *op.cit.*, p.110).

qui n'en finit pas, je trouve que ce n'est pas très intéressant, ils ont autre chose à penser que de se lancer dans une croisade qui ne va aboutir à rien. »

De la même façon, le docteur Montignon évoque l'impératif de ne pas donner de faux espoirs à des patients vulnérables et en quête de sens qui risqueraient de tomber dans une « *sinistrose* » en investissant une quête de reconnaissance vaine et dommageable. Utilisée au début du XX^e siècle pour disqualifier les plaintes ouvrières (Loriol, 2000, p.45), la *sinistrose* est ainsi définie par le Cnrtil :

« 1. Sorte de *délire de revendication*, survenant à l'occasion d'un accident, procédant d'une interprétation erronée de la loi, et fondé sur une idée fautive de revendication » (March. 1970).

2. État mental de certains accidentés qui exagèrent leur impotence fonctionnelle, l'enrichissent souvent de malaises subjectifs, et manifestent des tendances revendicatrices en vue d'une indemnisation maximale du préjudice causé (March. 1970). Synon. *névrose de rente* » (MARCH. 1970). »

La *sinistrose* renverrait ainsi à un état psychique pathologique consécutif à l'information d'une potentielle causalité professionnelle dans la survenue de leur atteinte. Cet intérêt pour l'impact de l'information relative à une exposition délétère, à l'amiante en premier lieu, se retrouve dans différents écrits médicaux ou à destination des médecins. Laureline Coates, dans un document de l'INRS portant sur le suivi post-professionnel dans le cadre d'expositions à l'amiante, formule ainsi cette recommandation :

« Dans tous les cas, il est important de prendre en compte l'impact psychologique que peut engendrer ce type de dépistage [post-professionnel] ou la connaissance d'une exposition antérieure à l'amiante. » (Coates, 2017, p.138)

De même, Domitille Riblier-Dehen évoque dans sa thèse de médecine l'impact psychologique négatif du dépistage d'une affection liée à l'amiante (Riblier-Dehen, 2017)²⁹¹. Elle décrit ainsi une « détresse psychologique » associée à la fois au suivi post-professionnel et à la reconnaissance d'une maladie professionnelle²⁹². Dépister et faire reconnaître une atteinte en affection professionnelle susciteraient donc une charge psychologique négative,

²⁹¹ Une autre thèse de médecine, similaire dans l'orientation, a été soutenue à l'Université de Lorraine en 2015. Présentée par Mélodie Batsch, elle s'intitule « Perception de l'impact sanitaire et retentissement psychologique de l'exposition à l'amiante et au tabac dans une population de fonctionnaires de l'éducation nationale ».

²⁹² Précisément : « Le suivi post-professionnel des sujets exposés à l'amiante était associé à une détresse psychologique qui persistait 18 à 24 mois après la réalisation du scanner thoracique de dépistage » (Riblier-Dehen, 2017, p.65), et : « la reconnaissance d'une maladie professionnelle est associée à une augmentation de la détresse psychologique à long terme » (*ibid.*, p.40)

l'indemnisation et la dimension symbolique positive que permet l'accès à la catégorie ne réussissant pas à « compenser l'impact psychologique négatif lié à la découverte d'une pathologie lors du suivi post-professionnel des sujets exposés à l'amiante » (*ibid.*, p.78). Ces mesures seraient donc rationnellement défavorables au malade, la bonne santé étant ici abordée comme une jauge commune à l'état physique et mental que certains événements participeraient à remplir tandis que d'autres la videraient. Aussi, s'il revient effectivement au médecin de questionner les effets de sa pratique, à travers, ici, l'accès à la catégorie « maladie professionnelle », les conclusions issues de ces recherches peuvent contraindre la mise en visibilité des affections du travail. En effet, si cet arbitrage illustre bien le dilemme auquel le médecin du travail est confronté entre ce qui relèverait de l'intérêt collectif et ce qui relèverait de l'intérêt individuel ; priver un patient d'une reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie revient toujours à invisibiliser l'effet du travail sur les corps, à cloisonner l'accès à la catégorie de maladie professionnelle, et finalement à faire œuvre d'une forme de paternalisme. Pour autant, cette question de l'impact non biologique de l'exposition à des cancérogènes reste reposée dans l'espace judiciaire dans l'optique de formaliser un « préjudice d'anxiété » – et non un préjudice d'exposition, une requalification évoquée par monsieur Sotto²⁹³ : l'entrée choisie relève bien de la sphère médicopsychologique. Conçue pour les victimes, cette « innovation juridique » reconnue légalement pour l'amiante, en débat pour d'autres cancérogènes²⁹⁴, paraît dès lors bien ambivalente (*cf* chapitre 5).

²⁹³ Monsieur Sotto déplace ainsi la logique du préjudice : c'est la mise en danger, peu importe ses conséquences, qui constitue la faute attribuable à l'employeur, et non son impact psychologique médicalement constatable. Cette logique rejoint l'analyse de Yannick Barthe concernant la mobilisation des vétérans des essais nucléaires français. Pour certains de ses enquêtés, en effet, il apparaît que le sentiment d'être une victime n'est pas conditionnée à l'existence d'un préjudice mais bien plutôt à un contexte de mise en danger et de négligence de l'État français à leur égard (Barthe, 2010).

²⁹⁴ À quelques jours du dépôt de cette thèse toutefois, le 11 septembre 2019, la Cour de cassation a cassé le jugement défavorable de la Cour d'appel de Metz posé en défaveur des centaines de mineurs de Lorraine qui convoquaient la reconnaissance de leur préjudice d'anxiété. Cette décision a pour conséquence l'élargissement du préjudice d'anxiété à l'ensemble des toxiques présents sur le lieu de travail : le débat réglementaire est dépassé.

En ligne :

<https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2019/09/11/anxiete-des-mineurs-l-arret-de-la-cour-d-appel-de-metz-est-casse>

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/11/apres-l-amiante-la-cour-de-cassation-elargit-le-perimetre-du-prejudice-d-anxiete-a-toute-substance-toxique_5509253_3224.html

Une individualisation des procédures

Cette posture de « contrôle » médical sur l'accès à la catégorie réglementaire se joue parfois aussi d'une autre façon. En effet, dans des cas complexes, le docteur Guen affirme ne pas rédiger de CMI immédiatement : le document est d'abord mis en sursis. C'est ensuite l'expression par le malade d'une volonté de réaliser les démarches malgré tout, qui conduira le docteur Guen à le lui fournir. Cette pratique restrictive révèle toute l'ambiguïté que les acteurs de la réparation entretiennent à la revendication, entre jugement moral et manifestation d'une légitime autonomie.

Ainsi, les médecins individualisent la procédure en s'adaptant aux motivations et aux risques psychiques individuels. Pour cela, ils vont définir, au-delà même de la plausibilité du lien causal entre les conditions de travail et la survenue du cancer, les parcours les plus à même d'aboutir en regard du cadre légal. Les médecins, ainsi, vont anticiper le devenir administratif des malades dont les parcours professionnels et le type de cancer n'entrent pas, ou de façon partielle, dans les tableaux prévus par la Sécurité sociale. En consultation, le docteur Guen explique à son patient, atteint d'une leucémie lymphoïde chronique, toujours en emploi dans une entreprise dans laquelle il réalise des travaux de peinture, les deux temps de l'expertise :

« Du coup je vais faire des recherches. Les choses vont se passer comme ça : je vais d'abord interroger le lien entre ces produits et votre maladie, et voir ensuite si ce lien pourrait être reconnu par la sécu en tant que MP. Ça ne coule pas toujours de source, ce qu'on peut penser intellectuellement ou médicalement n'est pas forcément reconnu par la sécu, elle est en attente de preuves et les éléments qu'on a ne sont pas forcément suffisants. »

Ce défaut d'ajustement de l'administratif et du médical conduit, à terme, à une forme d'alignement du médical sur l'administratif. Plus tard dans la consultation, le docteur Guen explique en effet l'importance de la « déclarabilité » du cancer – et son rôle d'optimisation de celle-ci :

*« Du coup, il y a plusieurs étapes à franchir. **La consultation d'aujourd'hui a pour but de rendre plus favorable la démarche.** Mais si je vous dis qu'il y a peu d'éléments, vous pouvez le faire quand même [...] S'il y a trop peu d'éléments, on ne fait pas de certificat médical si on pense que ça ne va pas marcher. On ne veut pas envoyer les gens là-dedans comme ça. Mais vous pouvez toujours voir avec un autre médecin. Il faut juste un certificat médical et remplir un autre formulaire sur ce que vous avez fait. »*

La perspective d'un passage devant le C2RMP est particulièrement déterminante dans la décision de rédiger un certificat médical – soit d'autoriser le parcours d'accès à la catégorie. En effet, lorsque le doute est avant tout – dans des proportions jugées raisonnables – de nature

scientifique, le docteur Guen explique anticiper l'expertise du système complémentaire : elle-même y siégeant, elle questionne l'avis qu'elle formulerait dans ce cadre pour appuyer sa décision de rédiger un CMI, ou non. Les étapes de l'expertise, ici, se brouillent. Cependant, dans le cadre des cas dits « hors tableaux », alors même que le lien scientifique semble acquis, la nécessaire démonstration d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et le parcours professionnel du malade peut mener à une forme d'autocensure du médecin, bien conscient qu'un facteur « extraprofessionnel » connu contraindra toute perspective de reconnaissance, et ce quand bien même celle-ci se justifierait sur le plan scientifique. Le docteur Guen explique ainsi cette pratique d'autolimitation dans la rédaction des CMI :

« Pour tout ce qui est hors-tableaux, donc pour toutes les associations cancer/exposition qui pour l'instant ne font pas l'objet d'un tableau, il faut à la fois dire "le travail a joué un rôle" et en plus "il n'y a pas de facteurs extraprofessionnels qui ont joué un rôle". Donc s'il y a dans l'histoire du patient un facteur extraprofessionnel ou des facteurs extraprofessionnels évidents qui ont joué un rôle, je ne vais pas faire de certificat parce que je sais que c'est voué à l'échec vu comment est formulée la question posée en C2RMP dans les hors-tableaux. Ça ne vaut pas le coup du tout même si sur le plan scientifique y'a assez d'éléments pour dire que le travail a joué un rôle, si y' a un facteur type tabac ou autre qui a joué un rôle tout aussi important, ça ne passera pas. »

Les médecins, de cette façon, participent à déléguer au cadre réglementaire et à la négociation entre partenaires sociaux, à l'origine des critères qui structurent les tableaux de la Sécurité sociale (cf chapitre précédent), le rôle de déterminer qui est un malade du travail. En anticipant les difficultés que pourraient poser l'expertise administrative, en vue notamment de protéger le malade d'obstacles trop lourds, le médecin, parfois, renonce à sa propre appréciation du cancer du travail et contraint le façonnement de la catégorie. Les critères légaux de reconnaissance vont alors prendre le pas sur le doute médical, renforçant l'aspect administratif de cette catégorie hybride au détriment de son aspect médical. Ce processus apparaît comme la continuité d'une catégorie qui reste largement « négociée » – bien plus politique que scientifique – comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

La décision de rédiger un CMI relève ainsi de l'anticipation du parcours de la demande, qu'il s'agisse du circuit administratif ou du passage devant le système complémentaire, ainsi que de ses effets potentiels sur le malade. Ce processus donne à voir toute l'intégration du cadre réglementaire de la catégorie au sein des pratiques de certification, au cœur du processus de catégorisation.

Protéger par l'information et l'indemnisation

Toutefois, cette nécessité de la protection du malade est investie différemment par le docteur Montignon. Elle affirme en effet tenir à expliquer à ses patients (anciens ou actuels) fumeurs le caractère multifactoriel de leur cancer. Ainsi, si le droit autorise une reconnaissance de l'origine professionnelle de leur cancer, elle réaffirme le rôle conjoint de leur tabagisme dans la survenue de leur maladie : « *Je veux aussi que les patients soient conscients qu'il y a eu un risque supplémentaire qu'ils se sont ajoutés [...] je ne veux pas qu'ils gardent une fixation absolue sur l'exposition à l'amiante.* » Par cette pratique, elle cherche à se situer au plus près de ce qu'elle perçoit comme étant la « vérité scientifique », au-delà de ce que le droit permet. Elle se situe, ainsi, en-dehors de la catégorie réglementaire (qui lisse, au sein des tableaux, la multifactorialité) et redessine une catégorie « cancer du travail » aux contours bien flous, rendue nécessairement incertaine par le caractère multifactoriel de la pathologie cancéreuse : la légitimité du malade à être reconnu comme « malade du travail » est ainsi réévaluée tandis que la catégorie est extraite de sa dimension réparatrice.

Cependant, le docteur Montignon affirme censurer ses explications – ces « réajustements sémantiques » – pour les malades les plus fragiles, une appréhension qui se fonde sur des critères sensibles – et, de fait, subjectifs²⁹⁵ :

*« Vous savez, je fais très attention à ce que je peux dire à mes patients parce que le but ça n'est pas de leur faire, je dirais, une souffrance supplémentaire, que ce soit physique ou psychologique – pour moi la souffrance elle peut être psychologique aussi – quand les personnes ont une exposition à l'amiante documentée, même s'ils ont beaucoup fumé, **quand je vois qu'ils sont très fragiles et que de toute façon l'issue malheureusement sera défavorable, souvent je n'en parle pas.** »*

Cette posture protectrice se décline donc en plusieurs formes de pratiques, généralement orientées autour d'un processus commun de modulation des informations données aux patients.

Le Pr Prioux nuance en revanche cette posture « paternaliste » en affirmant que le cancer est une catégorie à part dans l'espace des maux du travail, caractérisée notamment par une indemnisation conséquente qui justifierait systématiquement la déclaration. L'indemnisation est dès lors perçue comme essentiellement positive, apte à compenser à elle seule des parcours

²⁹⁵ Sylvie Fainzang montre un processus similaire de conditionnement de l'information à des critères sensibles dans la relation médecin/malade (Fainzang, 2006).

difficiles (cette problématique de l'indemnisation, loin d'être neutre, sera évoquée à de nombreuses reprises dans les chapitres suivants) :

« Le prosélytisme à fond, tout le temps, pour déclarer tout, n'est pas forcément toujours bénéfique – je ne parle pas du cancer là, parce que pour le cancer c'est, à mon avis, souvent bénéfique, au moins sur le plan de l'indemnisation – mais pour toutes les autres pathologies [...] je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire [rires] de loin, mais je pense qu'il faut évaluer l'intérêt, le bénéfice pour le patient à un moment donné, ou en tous cas l'aider à l'évaluer parce que c'est quand même lui qui prend la décision, et lui donner les billes pour qu'il évalue les avantages et les inconvénients de la démarche, et qu'il le fasse avec le maximum de renseignements par rapport à ça quoi. »

Le Pr Prioux se situe aussi, ici, dans une posture de type « informative » : il s'agit de donner aux malades l'ensemble des informations dont le médecin dispose afin qu'il exerce au mieux son autonomie (Bergeron, 2007) en choisissant lui-même de procéder, ou non, à une déclaration.

En outre, la question de l'indemnisation, façonnée par une « posture protectrice », peut également être à l'origine d'une opposition entre les médecins et les associations. Les structures associatives vont avoir tendance à préconiser, dans le cadre d'une exposition à l'amiante, de déclarer d'abord la maladie professionnelle auprès de la CPAM afin de faciliter les démarches réalisées dans un second temps auprès du FIVA. *A contrario*, le docteur Harol suggère de débiter par ce dernier, voire de réaliser les deux dossiers simultanément afin que le malade reçoive une grosse somme d'argent rapidement, avant son décès (« *Le FIVA ne va pas vous rendre votre santé, mais l'indemnisation n'est pas négligeable. Si madame peut en profiter un peu...* »), et qu'il soit ensuite soulagé (« *vous n'aurez plus besoin d'y penser* »), libéré de ces démarches perçues comme pesantes, et difficilement compatibles avec les temps de la maladie et du soin. Cette « stratégie de préservation » paraît pourtant mal s'accorder aux exigences administratives (le FIVA est généralement en attente des papiers de la CPAM) et s'étend parfois jusqu'à développer une certaine méfiance vis-à-vis des associations, accusées d'être trop revendicatives, sur-sollicitant des patients fragiles. En sens inverse, les associations vont parfois catégoriser les médecins sur la base de cette pratique jugée « anti-militante » (cf point suivant).

Le rapport médecin – patient est donc socialement situé et appelle, en ce sens, des pratiques spécifiques.

B. Catégoriser, un acte politique ?

a. Une posture qui expose aux pressions : des rapports de force imbriqués

Du fait de leur pouvoir de certification, les médecins sont, dans la sphère des atteintes du travail notamment, des « gardes-barrières » de l'accès au droit (Marichalar, 2016). Cependant, cette posture de domination, forme actuelle d'un « paternalisme médical conservateur » (Barbot et Fillion, 2007, p.226), n'exclut pas des pressions exercées à leur rencontre.

Certifier dans un contexte de pressions

La catégorisation du cancer du travail, contrairement à l'appréhension développée par certains malades (cf chapitre 7), ne se réalise pas dans un espace neutre. En effet, lorsqu'on évoque les causes de la maladie, on définit des responsabilités avec ce qu'elles impliquent en terme indemnitaire. Pour un médecin, rattacher la survenue d'un cancer à des expositions professionnelles est un acte qui semble obliger à prendre position, même si le certificat que doit rédiger le médecin (le CMI) ne fait qu'évoquer une suspicion d'origine et n'engage en rien la caisse d'assurance maladie. C'est là un rôle que ne veulent pas endosser certains médecins, parfois exposés aux pratiques d'intimidation, ou aux accusations pour diffamation²⁹⁶. Certains ont en effet été assignés devant le conseil de l'Ordre : chaque année, la moitié des médecins qui passent devant les comités disciplinaires du Conseil sont des médecins du travail²⁹⁷. C'est par exemple le cas de cette médecin qui s'est vue infliger une interdiction d'exercer pendant six mois pour avoir établi un lien entre des symptômes dépressifs sévères et un harcèlement sexuel et moral subi au travail par deux salariées²⁹⁸. C'est aussi le cas de Dominique Huez, médecin du travail à la centrale nucléaire de Chinon, condamné en 2014 par l'Ordre des médecins à la suite de la plainte d'un employeur. Selon le journal Basta !²⁹⁹, ce médecin du travail aurait reçu

²⁹⁶ En ligne : http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/04/11/sanctionnees-pour-avoir-etabli-un-lien-entre-sante-et-travail-d-un-salarie-deux-medecins-font-appel_5283909_1651302.html

²⁹⁷ Rapport Dharréville, *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail*, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

²⁹⁸ Nuançons toutefois cet exemple par le fait que le terme de « harcèlement » renvoie à une qualification juridique, soumise à sanction pénale. L'argument entendu dans le cadre de conversations informelles était donc celui-ci : il revient au juge de qualifier un acte de harcèlement, non au médecin, ce dernier devant se contenter d'évoquer des conditions de travail délétères. Cette position semble rejoindre celle qui est préconisée par l'Ordre national des médecins dans un rapport de 2015 intitulé « Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale » : « [...] manque à ses devoirs déontologiques, le médecin qui ne se limite pas dans ses écrits à faire le lien entre l'état psychique du salarié et son travail mais l'impute à une personne déterminée dont il n'a pas été en mesure de constater le comportement. L'imputabilité doit renvoyer à des risques et des organisations de travail identifiés ; à défaut, le médecin s'écarter d'une démarche médicale de santé au travail. »

²⁹⁹ En ligne : <https://www.bastamag.net/Souffrance-au-travail-de-plus-en>

en urgence un ouvrier qu'il ne connaissait pas, employé par une entreprise sous-traitante d'EDF, « en état de stress avancé ». Il constate alors « une “pathologie anxio-dépressive”, “conséquence d’une suite de syndromes post-traumatiques”, “en rapport à un vécu de maltraitance professionnelle” » et rédige un CMI qui précise que « l’enchaînement de pratiques de maltraitance [au sein de l’entreprise] ne peut qu’aggraver de façon délétère » sa pathologie. Deux ans plus tard, le médecin apprend qu’il fait l’objet d’une plainte devant un conseil départemental de l’Ordre des médecins par l’entreprise : le certificat qu’il a rédigé a été mobilisé par son patient dans le cadre d’une procédure devant les prud’hommes. Il est accusé d’avoir « violé le Code de déontologie médicale » et rédigé un « certificat de complaisance », une plainte à laquelle s’ajoute celle de l’ordre pour avoir médiatisé l’affaire. Le professionnel, ici, serait sorti des limites de sa pratique d’expert en santé au travail. Il aurait formulé un avis subjectif, et stigmatisé l’entreprise – une forme, finalement, de diffamation³⁰⁰. Cette affaire, comme celles qui ont suivi, révèlent la mise en œuvre de pratiques de contournement, par les employeurs, de leurs responsabilités en matière de santé au travail (cf chapitre 5) – et, pour Dominique Huez, une « *conception paternaliste de la médecine où le praticien doit effacer l’intérêt du patient devant le père, le mari... ou le patron !* ». Derrière cette affaire, c’est une vision spécifique de l’entreprise qui se dessine en filigrane. Si le Code de la santé publique ne prévoit pas qu’elles puissent tenter une action disciplinaire contre un médecin, les chambres disciplinaires de l’Ordre des médecins ne s’y opposent pas, rejetant les conflits salariés/employeurs dans la sphère privée du règlement de compte familial³⁰¹.

« Le Code de la santé publique ne prévoit pas explicitement que des entreprises puissent tenter une “action disciplinaire”. Au contraire des patients, des médecins ou d’organismes de santé publique. Les avocats estiment également que la mission d’un médecin du travail, par son rôle de prévention, d’amélioration des conditions de travail et de protection des travailleurs, relève d’une mission de service public. Seul un organisme public – ministère, représentant de l’État, Procureur... – est donc habilité à les poursuivre pour une faute présumée [...] Aucun de ces arguments n’a été retenu par la chambre disciplinaire régionale de l’Ordre des médecins. Elle

³⁰⁰ Dominique Huez, dans un cahier de l’association Santé et Médecine du Travail, explique que la chambre disciplinaire a particulièrement considéré ces éléments : « .../... a présenté la relation des dires comme des constatations, et a porté sur les conditions de travail de ce salarié une appréciation comportant des qualifications de nature pénale - .../... qu’il ne saurait pour autant, dans un certificat médical, attester des faits qu’il n’a pas constaté ». (Les cahiers SMT n°29, p.58). À travers la contestation de la capacité d’expertise du médecin du travail, c’est la parole du patient qui se trouve, en fin de compte, discréditée au profit de l’intérêt supérieur de l’entreprise.

³⁰¹ L’importance de la valeur attribuée à l’intérêt privé des entreprises semble trouver une autre matérialisation dans la loi très actuelle concernant les lanceurs d’alerte (loi « secret des affaires », 2018).

considère qu'une entreprise est en droit de porter plainte pour violation de la déontologie médicale à partir du moment où elle est citée dans un certificat. Et que le médecin du travail relève "*du droit privé*". Décrire un lien entre santé et travail – tout ce que la médecine du travail s'attelle à faire depuis 30 ans – revient alors à "*s'immiscer dans les affaires de famille*" et "*dans la vie privée du patient*", ce qui est proscrit par le Code de déontologie. L'employeur et l'entreprise seraient-ils considérés comme relevant de la "*famille*" d'un patient ? Un médecin du travail ne pourra-t-il plus donc "*s'immiscer*" dans l'organisation du travail et ce qu'en dit un salarié en souffrance, sous prétexte que cela relève de "*la vie privée*" ? »³⁰²

Soutenus par l'Ordre, les employeurs tendent donc à borner le champ d'action des médecins du travail. Ils s'arrogent, ainsi, un droit de regard sur les pratiques d'un groupe professionnel déjà dominé, et ce au détriment du malade, exclu des controverses suscitées par un certificat qui le concerne, suscitant ainsi une « double peine ». Précisons également que, outre ces enjeux de pouvoir, porter plainte devant le conseil de l'Ordre, pour un employeur, comporte un intérêt économique, le coût d'une sanction pour « saisine abusive » étant bien inférieur aux coûts engendrés par la réparation³⁰³ : nous sommes bien loin, ici, des velléités de prévention portées, à son origine, par le système de reconnaissance des AT/MP. Au contraire, ces pratiques stratégiques contraignent l'instruction du lien santé/travail et contribuent, de fait, à l'invisibilité sociale des atteintes professionnelles.

³⁰² En ligne : <https://www.bastamag.net/Souffrance-au-travail-de-plus-en>

³⁰³ Rapport Dharréville, Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

Le certificat médical : une réglementation inadaptée au contexte de la maladie professionnelle ?

Le certificat médical est un objet complexe, qui nécessite une réflexion spécifique. Susceptible de se transformer en « preuve juridique », il possède en effet un statut particulier. L'Ordre des médecins, dans un rapport de 2006, développe une définition du certificat médical rigide, limitante, et semble-t-il peu adaptée à l'activité du médecin du travail :

« Un certificat ne doit jamais être rédigé à la hâte, à la demande du patient en fin de consultation. **Tous les termes doivent être choisis avec soin en se méfiant des interprétations auxquelles ils pourraient donner lieu.** Le certificat doit être complet, précis et **sincère**. Ce que le médecin atteste dans un certificat doit correspondre, avec une scrupuleuse exactitude, **aux faits qu'il a constatés lui-même**. Si les dires du patient ou blessé y sont rapportés, ce doit être au conditionnel ou entre guillemets pour distinguer ce qui est allégué par ce dernier, sous sa responsabilité, de ce qui est constaté par le médecin. »

En effet, comment, dans le cadre de certaines maladies et en particulier des cancers dont le temps de latence est particulièrement important, le médecin peut-il attester de la certitude d'une exposition professionnelle ? L'identification médicale d'un cancer du travail relève de la probabilité : la certification qu'il effectue via le CMI est toujours une certification présumée.

Sur mon terrain, j'ai recueilli des récits allant en ce sens. Le professeur Prioux raconte en effet avoir rencontré des pratiques d'intimidation alors qu'il exerçait en Normandie. Il décrit avoir été convoqué par la direction d'une usine après avoir rédigé des certificats concernant des cas de cancers qui auraient touché plusieurs des anciens salariés :

*« À Z il y avait une fonderie d'aluminium pour les carters, où un peu d'amiante avait été utilisée, donc moi j'ai déclaré quelques cancers bronchiques issus de l'atelier fonderie d'alu de Z et, **un jour, j'ai été convoqué par la direction de l'usine pour expliquer pourquoi je faisais des déclarations de cancers professionnels alors que chez eux, tout était nickel, qu'il n'y avait jamais rien eu, etc., [...] bon c'était gentil hein, mais y'avait quand même l'avocat qui était là et tout ça.** »*

Madame Notus, correspondante pour l'ANDEVA, raconte de manière un peu lacunaire une pratique similaire dont elle a eu vent au sein de son association :

*« Dernièrement, y'a un patron qui s'est même reporté contre un docteur, qui avait fait un certificat disant que c'était un faux et tout ça quoi. Enfin, en disant, entre guillemets que, quelque part, le docteur n'aurait jamais dû faire ce certificat, c'est grave, parce qu'il y a quand même le secret médical, il y a quand même plein de choses, **remettre en cause ce que dit un docteur, c'est dramatique quoi, et tout ça parce qu'il ne voulait pas, à mon avis, il ne se rendait compte qu'il y allait avoir un procès derrière.** »*

C'est également le cas de monsieur Sotto, syndicaliste chez les mineurs de Moselle, qui souligne le caractère dissuasif de ces pratiques d'intimidation pour les autres médecins :

*« Y'a la campagne du MEDEF qui attaque les médecins devant le conseil de l'ordre, parce qu'ils ont soi-disant rédigé des certificats médicaux de complaisance, de choses qu'ils n'ont pas vu, qu'ils n'ont pas constaté personnellement, et donc y'a tout une campagne actuellement au niveau national, y'a plusieurs médecins qui ont été condamnés en premier ressort par l'ordre, ensuite ils ont réussi à monter une défense pour essayer de faire sauter ces condamnations, mais vous savez, **le simple fait qu'on ait des médecins poursuivis, ça décourage tous les autres.** »*

Cette pression exercée sur les médecins par les employeurs va ainsi se répercuter sur les malades dans une succession de rapports de force qui contraignent l'accès à la catégorie institutionnalisée.

Certifier « contre son employeur »

De la même façon, lorsqu'il s'agit pour le médecin du travail, au sein d'une entreprise de grande taille, de déclarer une atteinte du travail, sa tâche est peu aisée : les grandes entreprises sont en effet directement ciblées par la sanction financière consécutive à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Salarié de l'entreprise, le médecin du travail est dès lors mis en posture inconfortable (cf points précédents). Certains vont donc développer des tactiques visant à contourner ces risques de représailles tout en ne négligeant pas leur mission de déclaration d'une atteinte qui leur paraît être d'origine professionnelle. C'est ce qu'explique le professeur Prioux :

« Quand le médecin du travail déclare une maladie professionnelle, ça impute [sic] directement le compte de l'entreprise, l'employeur va être moyennement content [...] donc [...] ce que font certains médecins du travail qui sont dans cette situation-là, c'est qu'ils l'envoient dans un circuit parallèle, par exemple ici, ou chez le médecin traitant, qui nous le renvoie après, et puis nous on fait la déclaration, et le médecin du travail dit "ah ben non, vous voyez, c'est pas moi qui ai fait la déclaration" [...] ce n'est pas pour noyer le poisson, mais c'est pour qu'elle se fasse sans être signée de leur main. »

Le centre de consultations de pathologies professionnelles sert donc, ainsi, d'instance de contournement de l'entreprise, pour le médecin du travail salarié, dans la déclaration de maladie professionnelle. Cette pratique « d'aide clandestine » a également été constatée par Pascal Marichalar dans sa thèse sur les médecins du travail (Marichalar, 2014, p.111).

Cependant, si dans ces situations le salarié est bien informé du caractère potentiellement professionnel de sa maladie et qu'un CMI lui est rédigé, les délais de procédure s'en trouvent allongés, alors même que les malades sont souvent pressés par le temps face à une maladie agressive qui, pour certains, les privent de voir l'aboutissement de leurs démarches (Marchand,

2018 ; cf chapitres 7 et 8). De même, ajouter une étape à ces démarches complexifie d'autant plus la procédure, au risque de décourager les malades-requérants (Marichalar, 2014).

Là encore, les rapports de force qui structurent l'accès à la catégorie de maladie professionnelle semblent nettement défavorables aux personnes malades, placées en bout de chaîne, mais aussi, parfois, aux médecins eux-mêmes.

b. Les « pour », les « contres » et les « neutres »

Le choix du dispositif : un choix politique ?

L'espace de la réparation des maux du travail est donc aussi un espace politique. Il appelle, en ce sens, une classification partisane des médecins de type « pour », « contre » et « neutre » – cette dernière catégorie étant généralement réservée à l'appréciation des médecins eux-mêmes. Des militants du « groupement sécessionniste » évoquent ces positionnements médicaux supposés :

« Madame M. : On en a un qui est notoirement connu pour nier que l'amiante ait de quelconques effets... et c'est un pneumologue ! [...]

Monsieur Lambert : D'ailleurs, ce qu'il faut savoir, c'est que certains médecins – qui sont des politiques hein – ils envoient directement au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), sans que les gens aillent faire directement valoir leurs droits par la CPAM, [...] ils leur donnent les papiers pour que ça s'arrête là quoi. Là aussi c'est une volonté. »

Certains médecins se positionneraient donc dans cet espace où les procédures se superposent, sans nécessairement nuire totalement aux démarches du malade, mais dans l'objectif de préserver des intérêts troubles. Le médecin qui préconise le recours au FIVA et passe sous silence le recours à la CPAM ou la possibilité de demander la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur peut donc être considéré comme acquis aux intérêts des employeurs (cf encadré). Monsieur Sotto, syndicaliste chez les anciens mineurs de Moselle, relate ainsi le conflit qui a opposé le Pr Prioux à une association locale sur cette question :

« [Le Pr Prioux] avait été un jour inquiété par une association qui lui cherchait des poux en disant “vous envoyez les gens au FIVA, vous les privez de la faute inexcusable, on va porter plainte contre vous”, etc. Donc il a été mis en cause et je lui ai dit “mais attendez, ils racontent n'importe quoi”, “ah bon, mais vous avez des éléments là-dessus ?” je dis “oui, je vais vous donner tout ça” et je lui ai donné les éléments, j'ai dit “la prochaine fois qu'on vous fait ce reproche, vous n'êtes pas là pour faire du contentieux, vous aidez les gens à déclarer leur maladie professionnelle, s'ils veulent faire la faute inexcusable, ils la font, et vous aidez les gens à aller au FIVA, s'ils veulent contester le FIVA et l'offre du FIVA, ils peuvent le faire mais ce n'est pas à vous de le dire, c'est suivant le cas, et puis les deux ne sont

pas antagonistes, on peut faire le FIVA et la faute inexcusable”. Il dit “ah bon ?”, je lui dis “je vais même vous donner des jugements où les gens ont fait les deux, comme ça vous clouerez le bec à ceux qui veulent vous embêter”. »

Les positionnements des médecins face aux différents dispositifs reposent ainsi sur des critères variables et plus ou moins « éclairés ». Madame Ackermann raconte, par exemple, avoir été orientée par le pneumologue de son mari décédé vers le FIVA, une procédure qu’il aurait présentée comme plus courte et plus lucrative que le recours en FIE. Les médecins, comme les associations (cf chapitre 7), orientent de cette façon les recours aux dispositifs en regard de critères spécifiques, plus ou moins « politiques ».

Organiser l’espace : classifier les médecins

Aussi, les relations entre médecins et structures associatives et syndicales sont complexes, faites à la fois de coopérations et d’oppositions (cf chapitre 6). Monsieur Sotto décrit de cette façon les différents qu’il avait connu avec le prédécesseur du professeur Prioux :

« Il était atroce envers les mineurs, la BPCO tout ça y'avait 4 fois plus de refus à N. qu'ailleurs ! Ah oui, on a des statistiques là-dessus, sur le nombre de refus, sur les BPCO, c'était quatre fois plus, tout était refusé à N. ! Et donc, l'arrivée du Professeur Prioux, ça a vraiment été le jour et la nuit [...] »

Dans cet espace, les médecins sont renvoyés à deux rôles parfaitement opposés. D’une part, celui de soutien dans la construction de la catégorie au niveau micro des trajectoires individuelles et au niveau macro des institutions, sur la base de leur bonne connaissance des mécanismes pathologiques et leurs pratiques de recherche. D’autre part, celui de « garde-barrière » autoritaire, agissant en regard d’obscurs intérêts pris dans un antagonisme fondamental. Un bénévole, à l’occasion d’un groupe de travail au sein de l’ANDEVA, résume ainsi la posture de certains médecins traitants qui s’opposent aux démarches : « *Pour eux, les maladies professionnelles, ça n’existe pas, c’est une vision des syndicats* ».

Dès lors, les pratiques sont évaluées et « décodées » afin de déterminer le positionnement des médecins en faveur de l’une ou l’autre des parties, ouvrant ainsi sur un classement dans la catégorie des « pour » ou celle des « contres ». L’association va donc parfois chercher à « élire » des référents médicaux de confiance vers lesquels seront prioritairement renvoyés les malades qui s’adressent à elle. Monsieur D., bénévole au sein du gros groupement local de l’ANDEVA, relate, parmi le corps médical, deux postures opposées, polarisées sur la base du crédit attribué au malade qui s’interroge sur le caractère professionnel de sa maladie :

« Aujourd'hui, on a des gens qui vont voir des pneumologues, les pneumologues ils les regardent, ils disent “vous, vous voulez de l'argent” donc on démarre déjà

comme ça. Et ce ne sont pas forcément les jeunes médecins. Alors qu'on en a d'autres, on en a découvert un du côté de Sa., un pneumologue, le gars il se donne à fond pour essayer de comprendre, et ce qu'il ne comprend pas, il l'envoie à S. pour avoir des avis. On a deux cultures mais qui sont totalement opposées. »

Cet extrait soulève également la question des critères sur lesquels s'établissent *a priori* la confiance faite au médecin. L'avancée en âge, ainsi, serait prioritairement pensée comme gage de compréhension, probablement pour une question de contemporanéité avec le scandale de l'amiante et d'un savoir acquis par les années de pratique, une appréhension cependant contredite par l'expérience. Cette question, uniquement effleurée ici, interroge sur l'actualité de la problématique de la santé au travail chez la nouvelle génération de médecins, dont la formation a été récemment renouvelée.

Les médecins les plus impliqués dans cet espace procèdent également à une catégorisation des postures de leurs confrères. Alors que nous évoquions la commission qui décide de la création et des modifications relatives aux tableaux de maladie professionnelle (longuement présentée dans le chapitre précédent), le professeur Prioux décrivait trois types d'experts : les pro-patronat, les pro-salariés et les neutres. Cette dernière posture, qui s'appuie sur la rhétorique de la neutralité scientifique, est celle qu'il revendique :

« Je dirais qu'il y a trois types d'experts (rires) : il y a les experts qui sont foncièrement d'un côté ou de l'autre – enfin si je dis ça, ça fait que deux types – mais y'en a qui sont vraiment très pro-patronat, d'autres très pro-salariés, et puis après y'a ceux qui essaient d'être neutres et d'avoir une vision sur les connaissances médicales qui soient adaptées à ce qu'on connaît [...] mais c'est vrai qu'il y a des experts médicaux qui sont [...] toujours en faveur du patronat, ou toujours en faveur des salariés et ce quel que soit quasiment le problème, donc c'est plus idéologique que médical quoi. »

Il décrit ainsi, avec précaution, des motivations plutôt financières d'un côté, idéologique de l'autre :

« Après, je n'ai pas de notions, enfin, de ce que sont leurs motivations, même si j'imagine qu'une partie c'est financier, en particulier ceux qui sont nommés par les patrons, plus idéologique pour ceux qui sont nommés par les salariés mais... oui, enfin voilà, y'a tout le panel quoi. »

Pour autant, le professeur Prioux apparaît être en bons termes avec l'ANDEVA, et y est parfois convié en tant qu'expert lors de congrès. Cet investissement auprès des associations reste toutefois modéré, ses relations avec les structures locales étant semble-t-il quasi inexistantes. Plutôt que d'un véritable positionnement, il s'agit ici de coopérations ponctuelles, le professeur Prioux ne saurait, en cela, être assimilé à la figure du médecin militant. Pascal Marichalar et Laure Pitti (Marichalar et Pitti, 2013) décrivent en effet une figure du médecin spécialiste du

travail militant qui, renonçant à une quête vaine de la « rationalité scientifique », assume l'impossibilité d'émettre un avis détaché des rapports de force qui s'expriment en milieu professionnel. Or, le Pr Prioux s'inscrit précisément dans cette optique de l'objectivité scientifique totale : la connaissance, rien que la connaissance, projetée ainsi en une entité surplombante et déconnectée du social. Dès lors, pour lui, la crédibilité scientifique – l'objectivité – s'évalue en regard de la distance mise avec les acteurs d'un conflit politique : la neutralité épistémique est synonyme de neutralité morale.

Pour les médecins, classifier les autres acteurs : un arrière-plan politique

Le docteur Palait, quant à lui, donne à voir une posture bien distincte. Il dissocie en effet son positionnement moral de son positionnement « épistémique ». Médecin retraité qui avait débuté sa pratique de la médecine en tant que pédiatre, il effectue depuis plusieurs décennies du conseil et de l'expertise sur des questions concernant prioritairement l'indemnisation, pour des syndicats (CFDT des mineurs), des associations (il réalise notamment des formations et tient des permanences médicales pour l'ANDEVA nationale et ses groupements locaux) ainsi que pour deux cabinets d'avocats, les cabinets parisiens T. et L., spécialisés dans les préjudices corporels et engagés dans une relation étroite d'interdépendance avec les structures associatives et syndicales (cf chapitre 5). Pour lui, cette démarche de relative proximité entretenus par certains médecins avec l'ANDEVA relèverait uniquement d'une « pratique de l'image », une forme de « *social washing* »³⁰⁴ commune aux « professeurs » (l'usage de ce terme n'est pas anodin, il porte en creux tout le poids de la hiérarchie qui règne dans la sphère médicale) présents lors des rassemblements associatifs :

« Vous savez, tous ces professeurs qui gravitent autour des associations, je les soupçonne d'être pas clairs dans leurs motivations. Ça leur donne un côté un peu social mais au niveau des convictions... »

³⁰⁴ Le « *social washing* », utilisé pour désigner l'écart entre un discours socialement responsable et la situation réelle d'une entreprise (dans la gestion des risques au travail, par exemple), pourrait correspondre ici, au niveau individuel du praticien, à l'écart existant entre des pratiques de disponibilité pour les structures associatives et les pratiques réelles d'expertise des dossiers, estimées restrictives. Il s'agit là évidemment d'une tentative d'interprétation des propos du docteur Palait et ne reflète en aucun cas mon jugement, qui serait de surcroît tout à fait inapproprié.

En ligne : <https://www2.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/la-montee-du-social-washing-et-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

Figure locale et nationale, il décrit une ancienne proximité avec le milieu maoïste, ancré dans ses convictions, selon ses mots, « très à gauche » par mai 68 plus que par une appartenance directe au milieu ouvrier :

« Oh, classes moyennes basses, mon père était employé de bureau à la SNCF. Non, je n'étais pas... bon, j'avais une sensibilité de gauche mais moi, le truc fondateur, c'est mai 68. On me surnommait "Lulu le Rouge". Bon, je n'avais pas de conscience politique à l'époque mais on a bien mené la danse avec d'autres à la fac de médecine, j'étais un des leaders. »

Il raconte toutefois un parcours chaotique, marqué par les conflits idéologiques et financiers, alors trop militant, selon lui, pour les syndicats eux-mêmes :

« Parce que je suis sorti de mon couloir, la CFDT est quand même un syndicat très conformiste, et donc moi je suis un marginal dangereux donc je l'ai senti tout le temps quoi. Parce que y'a eu une époque, les gens qui me connaissent bien le disent, y'avait une époque où la CFDT, me connaissant comme un médecin militant, aurait dû me faire un pont d'or pour créer une structure parisienne, me salarier et puis animer, mais j'étais trop sulfureux pour eux. »

Le docteur Palait s'ancre dans une posture ambivalente. Sa classification toute personnelle des acteurs de la réparation des maux du travail est évocatrice : d'un côté, des « Staliniens », un qualificatif utilisé pour désigner des intellectuels et militants jugés trop « revendicateurs » et, de l'autre, les « frileux » des centres de consultations de pathologies professionnelles (des structures non militantes) – les médecins étant, pour lui, globalement caractérisés pour leur penchant réactionnaire et acquis à la cause du patronat :

« Le système n'est pas mauvais, il ne marche pas trop mal, le blocage il est médical, le monde médical est un monde réactionnaire dans son ensemble, c'est ça [...] Non mais attendez, les experts ce sont des médecins, les C2RMP ce sont des médecins, c'est eux qui bloquent [...] y'avait une majorité de médecins allemands qui étaient nazis, les médecins sont du côté du manche, ils sont du côté du patronat. »

Trop militant, à ses yeux, pour un syndicat de gauche réformiste, il se positionne toutefois entre ceux qu'il définit comme des « Staliniens » et ses confrères médecins qui verseraient facilement, à ses yeux, dans l'opposition réactionnaire. À contre-sens, nous l'avons abordé, les médecins du CCPP, ainsi accusés de frilosité, tendent à voir d'un mauvais œil les associations qui pousseraient systématiquement les malades à engager des procédures, soit à ne pas adopter des pratiques d'autocensure en regard des possibles incidences sur les malades (cf point A, c). Le médecin engagé dans ces associations serait ainsi accusé de faire primer son engagement moral sur la déontologie médicale.

L'ambivalence du docteur Palait se poursuit avec le développement d'un discours de relativisation de la place du travail dans la survenue des cancers. Si cette posture peut s'expliquer en partie par le fait qu'il ait fait des troubles musculo-squelettiques (TMS) son cheval de bataille, il donne toutefois à voir, de cette façon, toute son intégration des argumentaires et de la logique médico-scientifique de la santé publique. Il reprend, en effet, l'idée de responsabilité individuelle sur sa santé (« *c'est trop facile d'oublier qu'on a une part de responsabilité dans notre santé et c'est trop facile de trouver un bouc-émissaire* »³⁰⁵) mais avec un parti pris de principe pour les victimes. Il s'agit alors pour lui de prioriser son engagement militant, construit au travers d'une trajectoire biographique spécifique, sur ses certitudes médicales :

« Et donc, vous comprenez, on va monter en épingle les cancers professionnels mais c'est 5 % des cancers donc tout le boulot, c'est... c'est d'essayer, dans l'ensemble des cancers, de se battre pour ceux qu'on pense que c'est d'origine professionnelle mais je vous avoue que j'ai deux, je suis un peu dual, je veux dire, je n'enfoncerai jamais les victimes, je les défendrai, mais scientifiquement, je n'ai pas forcément la même attitude. »

Ici, le savoir médical reste perçu comme un savoir objectif et paraît synonyme de vérité. Toutefois, son positionnement moral l'inviterait à passer outre ponctuellement conformément à des visées militantes.

Son approche, aussi, est technique et politique. La reconnaissance d'un dossier de maladie professionnelle, qu'elle se justifie médicalement ou non, et la recherche de la maximisation de l'indemnisation individuelle, constituent des actes militants. Les intérêts défendus, s'ils peuvent être individuels, sont transformés en actes politiques, en-dehors de tout registre relevant du « *pathos* », plus spécifique selon lui de certains acteurs associatifs (cf chapitre 6) :

*« Je me dis "si on arrive juridiquement à gagner, pourquoi pas" mais dans mon for intérieur, voilà. Mais je ne vais pas accuser les victimes, c'est normal [...] j'ai de l'empathie pour les victimes, mais pas de sympathie*³⁰⁶. *Je reste à distance, j'écoute*

³⁰⁵ Cette figure du malade en recherche d'un responsable afin d'alléger le sentiment de sa responsabilité sur sa maladie est un discours repris également par le docteur Montignon – et qui oscille entre la recherche d'un sens, pour les malades et leurs familles, à donner au mal qui les accable : « *C'est vrai qu'on a besoin d'un coupable entre guillemets quand on a quelque chose de grave, surtout quand on sait qu'on n'a pas d'espoir de guérison* » et les préceptes de santé publique orientés autour de la responsabilisation individuelle.

³⁰⁶ Finalement, le docteur Palait aborde la catégorie des victimes comme on a pu appréhender la classe ouvrière, soit une entité à défendre, au-delà des individualités qui la composent. Ainsi, Didier Eribon écrit, dans son ouvrage *Retour à Reims* : « La "classe mobilisée" ou perçue comme mobilisable est donc idéalisée, héroïsée même, diffère des individus qui la composent – ou la composent potentiellement. » (Eribon, 2010, p.27)

les gens [...] mais moi ce qui m'intéresse, c'est si leur dossier est jouable ou pas. Voilà. Comme provoc', je dis que c'est douloureux pour une veuve que son mari soit mort de l'amiante, mais toutes les veuves du monde ont de la douleur, je ne vois pas pourquoi on montrait en épingle la douleur de l'amiante. »

Investi du côté des victimes, le docteur Palait ne se pare donc pas d'un alibi scientifique mais affirme au contraire son militantisme, un engagement qui reste pour autant borné. À l'inverse, un avocat du cabinet T., Me de Barny, rejette l'étiquette de militant pour s'affirmer comme défenseur uniquement de ce qui est juste – conditionné à ce qui est « vrai » – une rhétorique bien spécifique qui se dilue parfois dans les pratiques. Tout comme pour le Pr Prioux, la neutralité est avancée par cet avocat comme garante de légitimité.

Ces « médecins militants » semblent, enfin, largement minoritaires. Je n'en ai finalement rencontré qu'un seul, et eu peu d'échos concernant des pratiques de professionnels allant en ce sens³⁰⁷. Certains spécialistes, en revanche, sont décrits comme poussant systématiquement leurs patients à une déclaration en maladie professionnelle dès lors qu'ils soupçonnent la moindre activité professionnelle au contact de l'amiante, allant même jusqu'à détecter des plaques pleurales³⁰⁸ invisibles pour les autres médecins. Cependant, il semblerait hasardeux de conclure ici à un acte de militantisme. Cela nécessiterait, finalement, une analyse plus poussée des déterminants du militantisme³⁰⁹, des pratiques et des représentations qui lui sont associées.

Les positionnements médicaux ne sont donc pas rigides, ils tendent bien plutôt à glisser d'un pôle à l'autre avec plus ou moins de souplesse, les praticiens composant différemment selon les intérêts propres à chacune des parties, les liens noués avec les structures hors champ médical, les exigences scientifiques et les contextes de l'expertise, orientant ainsi leurs pratiques de catégorisation. L'engagement des médecins sur la question de la santé au travail apparaît donc, finalement, comme un vaste continuum mêlant conceptions de l'activité scientifique, devoir déontologique et positionnement moral, dont les pôles tendent à être redéfinis par les différents acteurs.

³⁰⁷ Je pense toutefois à Marie Pascual, médecin du travail retraitée, elle aussi figure militante engagée auprès de l'ANDEVA. Elle a notamment, au cours de sa carrière, représenté la FNATH au sein du COCT dans le cadre des négociations qui ont précédé la promulgation du tableau relatif aux cancers bronchopulmonaires en lien avec l'amiante. D'autres médecins du travail « médiatiques », comme Alain Carré (vice-président délégué de l'Association Santé et Médecine du travail (a-SMT)), ont également, à leur manière, investis le champ politique.

³⁰⁸ Les plaques pleurales sont difficilement détectables, il faut pour cela une technique d'imagerie spécifique.

³⁰⁹ Je manque notamment, en ce sens, d'informations concernant les origines sociales de ces médecins.

4. Des positionnements à l'intersection des espaces : les médecins, pierres angulaires des catégorisations

A. L'imbrication des espaces médical et administratif : le médecin, gardien légitime de la catégorisation

a. Pour les malades, une confusion des rôles

Les espaces et les instances de catégorisation des maux du travail tendent à s'entrecroiser. Au centre de consultations de pathologies professionnelles, par exemple, le médecin peut conclure la consultation en validant, pour le patient, la forte probabilité d'une exposition à des cancérigènes sur son (ses) lieu(x) de travail, qui aura valeur de diagnostic. La parole du médecin va alors être assimilée à la reconnaissance de la dimension professionnelle de la maladie (« *c'est professionnel, c'est le médecin qui l'a dit* »). À l'hôpital, dans la sphère médicale, c'est le médecin qui fait autorité ; cependant, la catégorie légale « maladie professionnelle » échappe à une unique lecture médicale : elle comporte, on l'a vu, un versant administratif qui ne se superpose pas toujours aux conclusions médicales. L'accès au système complémentaire nécessite, par exemple, un taux d'incapacité supérieur à 25 %. C'est ainsi qu'en l'absence de tableaux, pour certaines maladies – généralement de moindre « gravité » que les cancers – le médecin va établir le lien entre la sphère professionnelle et la pathologie, alors que la déclaration sera d'emblée impossible, car ne remplissant pas les critères administratifs permettant un passage devant le C2RMP, instance qui se situe elle-même à l'intersection de l'espace médical et de l'espace administratif. Parmi les médecins qui y siègent, on peut en effet retrouver un praticien du centre de consultations de pathologies professionnelles. Or, ce sont eux qui établissent les diagnostics étiologiques et permettent, par la rédaction d'un CMI, l'investissement des procédures d'accès à la catégorie institutionnalisée. Dans le cadre du C2RMP, les médecins se trouvent dans une position d'expertise : habituellement situés en amont des démarches auprès de la caisse, ils se positionnent ici en aval. Afin d'éviter des « conflits d'intérêts », les dossiers de patients reçus au centre de consultations de pathologies professionnelles sont donc redirigés vers d'autres C2RMP : pour le professeur Prioux, il s'agit par cette procédure de « ne pas être juge et partie ».

b. Pour les médecins, des conflits d'expertise : la question de la légitimité des experts

Le C2RMP est également un lieu où se donnent à voir des conflits interdisciplinaires. Le corps des experts – non spécialistes du travail – y est par exemple particulièrement disqualifié, comme en témoigne l'extrait d'observation suivant.

La discussion a lieu au cours d'un C2RMP, le 24 janvier 2018. Le dossier traité est celui d'un monsieur âgé de 67 ans, atteint de troubles dépressifs. L'expertise des atteintes psychiatriques apparaît particulièrement problématique. En effet, le docteur Harol semble ne pas se sentir entièrement légitime pour expertiser ces dossiers mais, pour autant, elle se dit réticente, tout comme le docteur Bernard, à céder l'expertise aux psychiatres avec lesquels elles ont partagé une expérience de travail, jugés bien trop cléments.

Le malade est arrêté une première fois en 2014 du fait d'un cancer de la prostate. Il affirme aujourd'hui que cet arrêt est dû à de l'anxiété suscitée par de trop fortes pressions vécues sur son lieu de travail. Or, son dossier mentionne qu'il a obtenu à cette période un poste à plus fortes responsabilités, qui venait s'ajouter à sa maladie : pour le comité présent, les facteurs extraprofessionnels sont trop importants pour conclure à un lien direct et essentiel entre sa dépression et le contexte professionnel dans lequel il se trouvait. Aussi, sa dépression ayant entraîné une incapacité de travail, un taux d'incapacité lui a été attribué. Le médecin-conseil présent signale qu'il lui avait attribué un taux de 20%. Or, celui-ci a été réévalué par un médecin-expert à 60% à la suite de sa contestation par le malade devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI)³¹⁰ :

- « Dr Harol, en réaction : C'est n'importe quoi les experts.*
- Dr Bernard (MIRT) : Les tribunaux estiment trop que les experts savent tout.*
- Dr Harol : L'expertise, à ce moment-là, pour moi, c'est de l'escroquerie intellectuelle.*
- Dr Bernard (MIRT) : Et financière ! »*

Dans le cadre d'un autre dossier, cette discussion relative à l'expertise des « dossiers psy » se poursuit :

- « Dr Bernard : B., c'est un très bon psychiatre mais il ne sait pas faire d'expertise [...] ils doivent rester dans leur rôle.*

³¹⁰ Avant le 1^{er} janvier 2019, le TCI était l'instance compétente pour juger les conflits relatifs, en matière d'AT/MP, aux taux d'invalidité ou d'incapacité de travail attribués par les caisses d'assurance maladie. En-dehors de ce champ, ces tribunaux étaient également compétents pour juger des questions liées au handicap (attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de la carte d'invalidité, désignation des établissements d'accueil) ou à la vieillesse (attribution d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, appréciation de « l'état d'inaptitude »).

Cependant, une ordonnance du 16 mai 2018 a réformé cette organisation du « contentieux social » en fusionnant le TASS et le TCI au sein du Tribunal de grande instance (TGI).

En ligne : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/tribunal-du-contentieux-de-lincapacite-23301.html>

En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2499>

- Dr Harol : *Il est utile pour dire si c'est une dépression, à un instant T., mais c'est tout. »*

Le périmètre de l'expertise de chacun des médecins ici mobilisé fait débat. Le psychiatre n'apparaît ainsi pas qualifié pour juger de l'étiologie de la pathologie, domaine d'expertise à part entière et revendiqué comme tel par les médecins formés à la problématique du travail. Le médecin-expert interrogé par les tribunaux souffre, lui aussi, d'un déficit de légitimité : sollicité sur la question de l'indemnisation, dans un espace de contentieux, il ne représenterait plus « l'objectivité scientifique » attendue.

Cette disqualification des capacités (et des conditions) d'expertise s'étend des médecins aux autres corps professionnels sollicités dans le processus d'évaluation des dossiers. Ainsi, au cours de cette même séance de C2RMP, des critiques formulées à l'encontre des ingénieurs conseil de la CARSAT (trois pour les TMS, un pour les risques « chimiques ») reviennent régulièrement au fil des dossiers expertisés. Les avis qu'ils rédigent sont perçus comme partiels, subjectifs et, finalement, trop cléments. Le docteur Bernard en arrive à la conclusion qu'il serait nécessaire de « *refaire un point, redire les attendus* » à ces professionnels dont l'expertise lui paraît biaisée – et, selon ses mots, « *poussant trop à la reconnaissance* ». C'est ce qu'ont donné à voir les discussions qui ont eu lieu autour du dossier suivant.

Cet autre dossier concerne un homme décédé, à 50 ans, d'un cancer broncho-pulmonaire. Son exposition à l'amiante, incriminée dans la déclaration (tableau 30bis), paraît largement insuffisante, aux yeux des médecins présents, pour conclure à un lien avec sa maladie, et, *a fortiori*, son décès (le tableau demande une durée d'exposition minimale de dix ans). Son relevé de carrière mentionne qu'il aurait travaillé un trimestre en tant qu'électricien, ainsi au contact de l'amiante. Selon son épouse, toutefois, son exposition se serait étalée sur un an, au moins, alors qu'il travaillait au noir pour son oncle. La réalité de l'exposition et sa durée posent question de manière rédhitoire aux médecins du comité qui regrettent l'absence de preuve, notion toute relative dans ce contexte où l'incertitude étiologique prévaut. La preuve n'a plus, alors, la même nature : elle est à la fois administrative, avec les relevés de carrière, « juridique », avec les témoignages d'anciens collègues et, enfin, technique, par les savoirs accumulés sur les expositions temporellement situées en entreprise.

« Dr Bernard : *[L'ingénieure conseil] elle essaie trop de pousser les dossiers.*

- Médecin-conseil : *Mais là c'est son pneumologue aussi, qui lui a conseillé de faire une déclaration [...] ça va faire un TASS, c'est sûr.*

- Dr Bernard : *C'est pour ça qu'il faut bien détailler, parce qu'ils vont s'appuyer sur l'avis de l'ingénieure conseil. »*

Le déplacement de l'expertise des dossiers dans l'espace judiciaire est mal perçu par les médecins du C2RMP. Le docteur Bernard remet ainsi en question la légitimité du TASS à se prononcer sur ces questions, un système par ailleurs inégalitaire selon le docteur Harol, certains malades bénéficiant dès lors d'une expertise plus clémente que d'autres :

« Dr Bernard : Le TASS, des fois, se positionne sur des choses qui ne sont pas de son fait.

- Dr Harol : En plus, ça crée des inégalités entre malades. »

Ainsi, pour les médecins, le circuit de reconnaissance légale d'une maladie du travail tend à s'éloigner des critères médicaux et, par là-même, à contraindre leur pouvoir d'expertise – soit celui de dire qui est légitime à accéder à une catégorisation validée par l'institution. En effet, la posture d'expertise dans laquelle ils se situent dans le cadre du C2RMP les conduit à apprécier la « juste demande » – et la « juste reconnaissance ».

c. Apprécier la « juste demande » : le filtre de l'indemnisation

Si l'épidémiologiste Isabelle Baldi rappelle que la stricte définition d'un lien entre l'exposition et la maladie, d'une part, et la légitimité d'une indemnisation du malade pour cette maladie en regard de son, ou ses expositions, d'autre part, sont deux questions parfaitement différentes³¹¹, les choses paraissent se brouiller sur le terrain. En effet, les médecins siégeant au C2RMP peuvent définir, parmi les malades, ceux pour lesquels la démarche leur paraît authentique et légitime, soit la « juste demande ». Le docteur Harol s'exprime ainsi, à propos d'un précédent C2RMP :

« C'était déprimant, on a dû en prendre deux... On a essayé de nous faire avaler des coulevres ! [...] J'étais horrifiée ! Entre ceux qui ne veulent pas travailler et [ceux qui se font avoir] ... »

Cette suspicion de malhonnêteté se retrouve de manière transversale dans les espaces de la réparation des maux du travail, de la caisse aux associations en passant, donc, par l'espace médical. Ici, la « juste demande » s'évalue en regard de la pathologie concernée mais aussi des perspectives indemnitaires. Les TMS, par exemple, sont facilement décrédibilisées :

³¹¹ Isabelle Baldi suggérait ainsi que les médecins devaient rester objectifs sur ce qui doit être pris en charge ou non, ainsi cantonnés à une sphère scientifique pourtant bien loin d'être neutre. À cette occasion, elle formulait également la proposition d'intégrer des économistes dans les COCT afin de définir la supportabilité économique de l'élaboration de nouveaux tableaux : l'idée d'un coût dommageable pour la collectivité se rejoue ici, et ce alors même qu'il s'agit de cotisations patronales.

Colloque *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)*, Paris, 20 juin 2019.

difficilement admises comme conséquence d'une activité professionnelle³¹² (des critères très stricts sont en ce sens mobilisés : fréquence du port de charges, positionnement, *etc.*), les contestations répétées des refus médicaux-administratifs par les patients suscitent un jugement négatif relevant du « *tout ça pour ça* ». L'indemnisation de ce type de pathologie étant relativement peu conséquente – généralement non substituable, en tous les cas, à un salaire – son intérêt est décrédibilisé, et ce d'autant plus qu'elle nécessite l'engagement d'un coût temporel important. Le Pr Prioux évoque ainsi un vaste ensemble de « *circuits, contestation, tribunal, TASS, etc. etc. pour une vulgaire, enfin, une épicondylite qui va rapporter 3 francs 6 sous et finalement un sentiment d'injustice* ». L'indemnisation est donc au cœur d'une double approche dévalorisante : d'une part, une indemnisation conséquente suscite la suspicion quant à l'honnêteté du patient et de sa démarche ; de l'autre, cette même indemnisation conséquente est utilisée comme point de référence pour décrédibiliser une démarche « à moindre gain ». L'indemnisation devient donc soit trop importante pour que la démarche soit honnête, soit trop faible pour justifier des démarches de contestation. C'est ce que semble montrer cet extrait de séance de C2RMP :

« Le dossier concerne une patiente de 45 ans qui demande depuis plusieurs années une reconnaissance en maladie professionnelle pour une tendinopathie. Son dossier se trouve actuellement devant le TASS. Il s'agit aujourd'hui du troisième C2RMP mobilisé pour expertiser ce dossier, l'avis du deuxième ayant été cassé par le TASS pour vice de procédure (un médecin était absent du comité).

Médecin-conseil (Dr Stein) : Beaucoup de procédures... ça fait beaucoup de temps perdu.

- Pr Prioux : C'est tout le paradoxe du C2RMP, on perd beaucoup de temps sur des dossiers pour lesquels la question ne pose même pas finalement alors qu'on essaie d'en récupérer pour d'autres qui ont traînés.

- Médecin-conseil (Dr Stein) : Même en termes de santé publique, on connaît l'amiante et ses conséquences pécuniaires pour la famille, là c'est beaucoup d'acharnement pour une rente très faible. »³¹³

Dépassant le seul cadre du niveau d'atteinte du corps et du type de trouble, la légitimité de la demande s'évalue donc en regard des perspectives indemnitaires ouvertes au malade.

Ce jugement porté sur l'indemnisation trouve sa continuité dans l'appréciation de la sanction induite pour les entreprises du fait de la catégorisation judiciaire.

³¹² Concernant l'histoire du traitement administratif et scientifique des TMS, voir : Hatzfeld, 2009.

³¹³ Extrait d'une séance de C2RMP, 17 février 2016.

B. Les médecins dans l'espace judiciaire : derrière l'expertise, questionner la « juste sanction »

Dans le cadre du C2RMP, les médecins sont chargés implicitement de répartir au mieux les responsabilités, et donc les coûts, entre les différentes entreprises qui ont employé le malade dont le dossier est expertisé. Le docteur Harol, au cours d'une expertise, exprime par exemple la réserve suivante : « *si on l'accepte, on ne peut pas tout mettre sur le dos de D. [une grosse entreprise du secteur automobile]* ». Certains dossiers peuvent provoquer des « cas de conscience », notamment lorsque le C2RMP est sollicité par l'instance judiciaire pour émettre un avis qui décidera de lourdes sanctions financières :

« C2RMP 17.02.16 – Dossier de Monsieur X., atteint d'un cancer bronchique. Il est décédé le 04/09/09 à 66 ans, la déclaration est ainsi réalisée par ses ayant-droits près de deux ans plus tard, en juin 2011. Monsieur X. était électricien et a travaillé plusieurs années en aciérie.

Dr Bernard : On est dans une entreprise qui conteste quasiment chaque déclaration. La caisse du Nord a rejeté la demande au motif d'une durée d'exposition insuffisante (inférieure aux 10 ans réglementaires : 9 ans et 8 mois).

- Dr Bernard : Ah ça, ils savent compter à la caisse !

- Pr Prioux : C'est mesquin...

Le 05/10/11, un premier C2RMP se déclare favorable à la reconnaissance du lien direct. Les ayant-droit rebondissent sur une faute inexcusable de l'employeur. Condamnée par le TASS, l'entreprise fait appel. Le 27/11/15, la Cour d'appel réclame un nouvel avis d'un autre comité d'experts, à qui elle fait également la demande de se prononcer sur la faute inexcusable.

- Dr Stein : Ce qui n'est pas notre rôle [...] effectivement, elle peut contester, ce sont des sommes qui deviennent vite astronomiques.

Au total, c'est une somme de 313.000€ qui est demandée à l'entreprise, comprenant le préjudice d'agrément et « les périphériques ».

- Dr Bernard : Donc on s'achète une petite maison.

- Dr Stein : Plus la rente de la sécu [...] ceci dit, pour la vie d'un Homme....

- Dr Bernard : On comprend que l'entreprise puisse contester.

Bilan : [...] L'enquête administrative et en particulier de nombreux témoignages attestent d'une exposition à l'amiante forte (essais intensifs de freinage sur les ponts roulants, interventions de flochage pour protection anti feu et des activités de calorifugeage sur câbles électriques, etc.). Dans ces conditions, l'exposition à l'amiante apparaît comme certaine [...] qui rend non opposable le fait que la durée d'exposition de 10 ans n'est pas totalement respectée puisque celle-ci est de 9 ans et 8 mois. »

Il s'agit ici, en quelques sortes, d'une forme de médicalisation de la responsabilité : c'est la causalité présumée, cédée à l'expertise médicale, qui conduit à la sanction judiciaire³¹⁴. De plus, ces extraits témoignent une nouvelle fois de l'important enchâssement des instances d'expertise des atteintes du travail, situées au cœur de l'antagonisme qui oppose les intérêts des malades ou de leurs ayants-droit et les intérêts patronaux, parfois perçus comme des intérêts collectifs, contraignant l'accès à la catégorie.

C. Espace médical et espace associatif : des points de contact ponctuels

Enfin, si l'espace médical croise l'espace judiciaire, il déborde aussi parfois dans l'espace associatif et inversement. Comme on l'a vu (point 4, A), certains professionnels médicaux décident de s'investir, à des degrés différents, auprès des structures associatives et syndicales. Certains, peu nombreux, comme le docteur Palait, y font directement du conseil dans l'objectif de défendre les dossiers de maladie professionnelle des adhérents, tandis que d'autres choisissent un investissement plus ponctuel et strictement borné. C'est le cas des universitaires qui participent à des colloques associatifs en tant que chercheurs invités afin de présenter les nouvelles perspectives thérapeutiques liées aux maladies du travail, ou l'avancée des connaissances concernant le lien causal entre le développement de certaines pathologies et l'exposition professionnelle, soit directement en termes de catégorisation des atteintes aptes à prétendre au statut de « maladie professionnelle ». Le Pr Prioux est, par exemple, intervenu dans un congrès organisé par l'ANDEVA pour présenter les résultats d'une étude qui mettait en avant le surrisque de développer un cancer broncho-pulmonaire associé au développement de plaques pleurales.

La catégorisation médicale en maladie du travail peut, à l'inverse, être influencée par les structures associatives et syndicales. Le Pr Prioux raconte en ce sens solliciter ponctuellement le syndicat des anciens mineurs de Moselle afin d'alimenter, par des données issues directement du terrain, son expertise. De même, dans le cadre du C2RMP, associations et syndicats peuvent également parfois peser sur la catégorisation. Le médecin-conseil régional chef décrit ainsi une posture d'écoute, qui reste toutefois sélective :

³¹⁴ Une médicalisation institutionnalisée dès les origines de la loi puisqu' « en délivrant le “certificat de blessure” (art. 11 de la loi), qui prévoit une incapacité temporaire, permanente partielle ou absolue, lorsqu'une affaire vient en conciliation (justice de paix et tribunal civil), en déterminant le degré de l'infirmité (définitive, totale ou partielle), mais aussi en délivrant les rapports d'expertise, le médecin devient, grâce à la loi de 1898, “le pivot sur lequel s'appuie toute l'action judiciaire” (Brouardel, 1906) » (Dartevelle, 2016).

« Du coup, vous n'avez pas forcément contact avec des associations, des syndicats ?

*- Alors, ça nous est arrivé parce que, au comité, on peut recevoir les patients quand ils le demandent, les patients et les employeurs d'ailleurs, en général, si y'en a un qui demande à être entendu, on entend les deux, donc ça nous arrive, quelques fois ces gens-là sont accompagnés par des associations ou nous fournissent des dossiers hein, en particulier pour l'amiante chez les mineurs, **les associations ont fait des travaux et des recherches assez intéressantes, dont bien évidemment on tient compte lorsque c'est fondé, étayé, etc., mais en règle général, non, on travaille en toute indépendance.** »*

Considérées comme détentrices d'un « savoir pratique », les structures associatives et syndicales peuvent devenir un outil dans le processus de catégorisation. Toutefois, l'attention qui leur est portée est sporadique afin de ne pas compromettre leur posture d'experts-neutres – leur « indépendance » : la crédibilité du médecin s'apprécie en regard des réseaux au sein desquels il s'inscrit. Ces critères, évidemment, vont varier selon la position de celui qui classe : la crédibilité scientifique et la crédibilité morale entretiennent des liens complexes. Aussi, la compétence d'expertise qui leur est reconnue est toute relative, évaluée en regard d'une rigueur répondant aux canons scientifiques : le savoir ouvrier reste cantonné à un savoir d'expérience. Il se trouve – parfois – mobilisé afin de soutenir la mise en catégorie individuelle, lorsqu'il s'agira, pour le médecin, de prendre la décision de rédiger un CMI ou d'expertiser un dossier dans le cadre du C2RMP. En revanche, il pèse bien peu dans le façonnement légal de la catégorie elle-même. L'espace médical, en débordant dans l'espace associatif, ne va donc pas y lisser les statuts des différents acteurs : les relations qui s'y jouent dépassent difficilement le rapport sachant/non-sachant. Les associations et les syndicats sont ainsi reconnus comme dépositaires d'un savoir « de terrain », d'une connaissance pratique « brute » d'un milieu professionnel aujourd'hui transformé, mais la capacité systématique d'expertise, de catégorisation et de façonnement de la catégorie, reste pensée comme relevant de la stricte compétence de l'expert médical et/ou scientifique. Il en dépendrait ainsi de la légitimité de la catégorie institutionnalisée : c'est la neutralité et le désintéressement revendiqués de ceux qui sont autorisés à catégoriser qui la lui garantirait. On perçoit ici toutes les tensions qui entourent la catégorie entre une prétention au titre de catégorie d'expertise et sa construction légale née notamment d'une conflictualité sociale (cf chapitre précédent).

Conclusion de chapitre

Telle qu'elle est construite, la catégorie légale du cancer professionnel consacre le rôle central – mais non exclusif – du médecin dans la gestion de ceux qui peuvent prétendre y accéder, et ce d'autant plus dans un contexte de forte invisibilité sociale du risque cancérigène en milieu

de travail. Cette place déterminante s'appuie sur un pouvoir de certification et d'évaluation des corps qui leur confère un rôle primordial dans le « gouvernement des corps » (Fassin et Memmi, 2004). Pour autant, la tenue de leur rôle dans la catégorisation institutionnelle est ici contrainte à la fois par la structuration même de la formation médicale et par la tendance, héritée de l'hygiénisme et entretenue par la santé publique, à l'incrimination prioritaire des comportements individuels dans la survenue des maladies. La catégorisation médicale est donc biaisée par une lecture individualisée ou située (en regard d'un milieu social spécifique et potentiellement délétère) du malade et de ce qui affecte son corps, ainsi potentiellement imprégnée de considérations morales. De cette façon, le malade devient, pour certains, un coupable plutôt qu'une victime. Pour d'autres en revanche, il se lit comme un individu vulnérable à protéger en vue d'une guérison pleine, au détriment de l'accès à la catégorie institutionnalisée. En effet, les renoncements des professionnels à diriger les malades vers des parcours administratifs en prévision d'obstacles trop lourds contraignent le champ de la catégorisation médicale au profit de la catégorisation administrative : les médecins, dès lors, excluent d'eux-mêmes la possibilité d'un façonnement médical, par le bas, de la catégorie.

Dans cet univers, qui est aussi politique, les médecins s'ancrent dans un positionnement plus ou moins volontaire et explicite qui renvoie notamment à une conception de l'activité médicale dépendante à la fois de la spécialité du médecin, des répertoires à partir desquels il aborde l'objectivité médicale, de son parcours et de ses engagements moraux. Sollicité par les structures associatives et syndicales, ce positionnement peut conduire à une classification des collègues médecins autour des enjeux de crédibilité scientifique et morale. Les relations qui se jouent entre les médecins, les malades et leurs représentants sont ainsi ambivalentes, mais souvent imprégnées de moralisme et de paternalisme, et se révèlent toujours asymétriques. Dans ce contexte, la catégorisation reste une affaire d'experts : la distribution des compétences peine à sortir des champs scientifique et médical et intègre, parfois, une seconde dimension morale relative à l'appréciation de la juste réparation ou de la juste sanction qui déborde le cadre de leur mission. En miroir pourtant, les médecins se heurtent parfois à des pratiques de pression mises en place par les employeurs : loin d'être neutre, le processus « local » de mise en catégorie, à l'image du façonnement de la catégorie elle-même, est impacté par les nombreux rapports de force qui structurent et façonnent l'espace de la réparation des maux du travail.

Chapitre 5. La catégorisation administrative et ses prolongements judiciaires : une logique de « qualification des faits »

« La maladie est reconnue d'origine professionnelle à condition de respecter la procédure de reconnaissance spécifique. »³¹⁵

Dans ce chapitre, nous évoquerons les modalités de catégorisation administrative³¹⁶. Nous analyserons la formalisation de la catégorie « cancer professionnel », marquée par une forte rationalisation, avant d'évoquer le déroulement fractionné de l'expertise au sein de cet espace (cf figure 8). Nous présenterons également les pratiques des agents de la caisse, les rôles – mouvants – de chacun ainsi que les conflits statutaires qui s'y déploient parfois. À l'image de l'espace médical, nous montrerons que l'espace administratif n'échappe pas à des stratégies d'évitement mises en place par les employeurs, des pratiques qui se mêlent à une logique gestionnaire et de suspicion, portée par l'institution, au détriment du malade-requérant. Nous

³¹⁵ En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31880>

³¹⁶ Si Jorge Muñoz parle de « qualification » pour caractériser le travail des techniciens en charge d'évaluer les dossiers de déclaration d'accidents du travail (Muñoz, 2003 (1)), j'ai choisi de continuer à évoquer ici la catégorisation dans la continuité des autres chapitres. La qualification renvoie à une opération de caractérisation de l'atteinte déclarée au sein de l'organisme décisionnaire, soit finalement une catégorisation d'ordre juridico-administrative : le cadre sémantique de la catégorisation semble en ce sens plus ouvert, englobant la qualification.

nous intéresserons ensuite à son prolongement en questionnant les contentieux réalisés auprès des TASS et des TCI, des juridictions « sans grand passé historique »³¹⁷ (Marchand, 2018, p. 27), récemment autonomisés des organismes de Sécurité sociale et fusionnées au sein du TGI. Nous évoquerons ainsi les jeux sur la catégorie mis en place dans ce nouvel espace et les positionnements qui les accompagnent. Cette approche nous permettra de questionner, en filigrane, l'enjeu de la mesure des corps, de leurs pertes et de leurs incapacités, au travers de dispositifs médico-légaux qui tentent de le circonscrire de manière rationnelle et monétarisée.

³¹⁷ 1985 pour le premier, 1994 pour le second (Marchand, 2018).

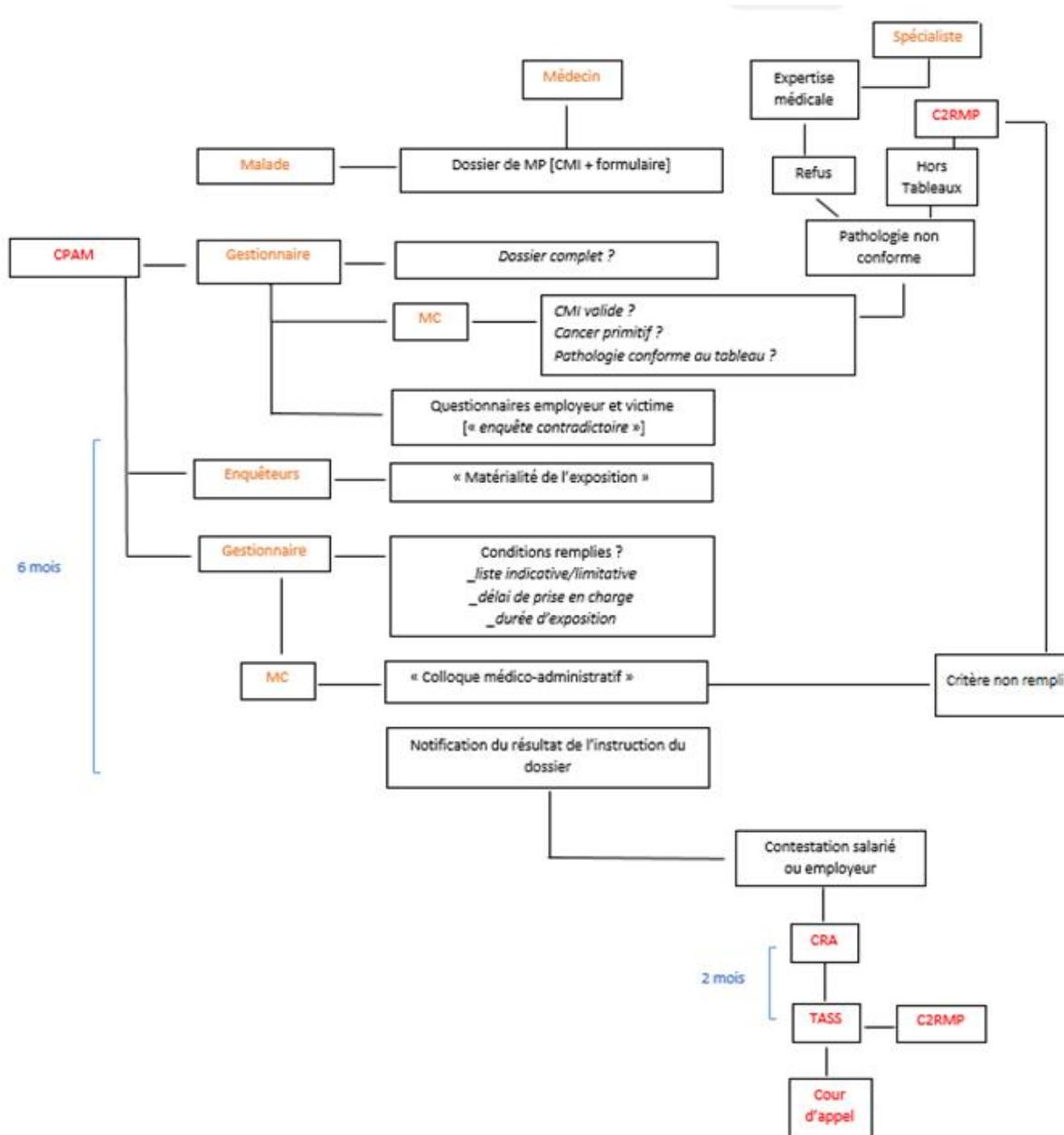


Figure 8. Étapes médicoadministratives et judiciaires d'une procédure de reconnaissance de MP

1. Un espace de catégorisation rationalisé : la gestion de la réparation

A. Une rationalisation qui lisse la complexité de la catégorie

a. Des tableaux qui ne rendent pas compte de la multi-dimensionnalité des expositions

Les tableaux de la Sécurité sociale lissent et simplifient considérablement la réalité des vulnérabilités sur le lieu de travail. En effet, celles-ci se caractérisent généralement par une polyexposition qui n'est pas prise en compte dans les tableaux³¹⁸. Déposer un dossier de maladie professionnelle nécessite donc de sélectionner un agent parmi tous ceux qui ont été rencontrés au cours de la carrière professionnelle. Ce processus de « tri » mène à écraser les expositions « mineures », celle qui sont moins bien renseignées, ou moins avantageuses en terme indemnitaire. De cette façon, les effets d'interaction (dits « effets cocktail ») qu'elles engendrent sont niées : la modélisation des tableaux, basée sur un agent unique, fait l'impasse sur tout un pan de la dangerosité des situations d'exposition en milieu professionnel et participe ainsi à alimenter la sous-estimation des maux du travail (Thébaud-Mony, 2006). Cette formalisation administrative, qui reflète des représentations prégnantes dans le corps social, est en effet déconnectée des savoirs scientifiques :

« Le cancer, comme la silicose, est une maladie industrielle dont la représentation sociale, modelée par le modèle biologique univoque d'interaction entre une maladie et un agent toxique, ignore la complexité. Pourtant, sur le plan scientifique, le phénomène de cancérisation n'est plus considéré depuis longtemps comme un événement unique mais comme la résultante de plusieurs événements s'échelonnant sur une longue période de la vie de l'individu, les premières étapes pouvant se situer des années, voire des décennies, avant l'apparition de symptômes. » (Thébaud-Mony, 2006)

Cette lecture – réductrice – par causalité unique suscite le développement de pratiques stratégiques. En cas de multiexpositions, les médecins comme les associations vont tendre à privilégier l'amiante, une tendance déjà relevée par les chercheurs associés au GIS COP, Sylvie Platel et Anne Marchand notamment (Platel, 2009 ; Marchand, 2018). Cet agent cancérigène est en effet plus « rémunérateur » du fait du dispositif spécifique mis en place à la suite du scandale qui a précédé son interdiction tardive (Henry, 2000), le FIVA. En effet, pour le professionnel ou le bénévole associatif, la déclaration en maladie professionnelle peut donner lieu, sur la base de leur expertise concernant le suivi des démarches et leur bonne connaissance du système de réparation, à des calculs stratégiques relatifs à l'atteinte à déclarer, et au tableau à cibler selon l'agent cancérigène retenu. La perspective d'indemnisation et la quantité de documentation disponible sur l'exposition à un cancérigène dans le parcours du malade sont

³¹⁸ La question de la polyexposition figure toutefois dans les orientations du dernier PST.

En ligne : <https://www.anses.fr/fr/content/sant%C3%A9-au-travail-vers-une-meilleure-prise-en-compte-de-la-poly-exposition-0>

les critères principalement retenus pour trancher dans le cadre fréquent d'une polyexposition³¹⁹. Cette tendance, de l'aveu des médecins du CCPP, s'avère contre-productive, notamment pour la prévention : privilégier les déclarations dans les tableaux amiante, tandis qu'une déclaration pour exposition à la silice, par exemple, se serait révélée tout aussi légitime, participe de l'invisibilisation d'autres substances cancérigènes (Thébaud-Mony, 2004). Monsieur Sotto, syndicaliste, le résume ainsi : « *un coquetier qui est exposé aux HAP³²⁰ [...] il va aller sur l'amiante, ça va plus vite, c'est mieux indemnisé et donc, comme l'amiante est un risque du passé, eh ben les nouveaux risques, HAP et tout ça, ils n'apparaissent pas et donc tout est faussé, le système est faussé.* » Ces pratiques stratégiques, développées dans l'intérêt économique immédiat du malade, voire temporel des structures d'aide pas toujours bien dotées en « moyens humains », participent à masquer la nature et la prévalence des « nouveaux risques », déjà largement masqués par la prédominance de l'amiante : selon les données de l'INRS, plus de 85 % des cancers reconnus le serait en lien avec ce cancérigène³²¹.

b. Des critères temporels médicalement discutés

Dans l'espace médical, comme nous l'avons vu, le « cancer du travail » est déjà une construction problématique. Pathologie multifactorielle, il s'agit de déterminer si le facteur professionnel a été déterminant dans le déclenchement de la maladie. Cette entreprise nécessite de répertorier les agents cancérigènes auxquels la personne malade a toutes les chances d'avoir été exposées au vu de son parcours professionnel (*via* une description fine des activités réalisées) et de trier, parmi eux, ceux qui sont (re)connus, dans la littérature médicale, pour agir sur un ou plusieurs organes spécifiques.

Le processus de catégorisation se poursuit avec la question des temporalités – latence entre l'exposition et le déclenchement de la maladie – et de l'intensité de l'exposition au(x) risque(s). Renvoyant à des mécanismes de cancérogenèse, le « délai minimal » d'exposition, croisé avec la « dose » reçue, s'imposent comme des critères de validation médicale de la plausibilité

³¹⁹ Selon les données recueillies par le GISCOP93 entre 2002 et 2012, 56,2% des patients auraient été exposés à trois cancérigènes ou plus au cours de leur carrière (Durand et Ferre, 2016).

³²⁰ L'abréviation « HAP » renvoie aux Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques. Ils constituent un vaste groupe de composés qui sont produits généralement par la combustion incomplète de matières organiques telles que les carburants, le bois ou encore le tabac.

Base de données INRS,

En ligne : <http://www.cancer-environnement.fr/235-Hydrocarbures-aromatiques-polycycliques-HAP.ce.aspx>

³²¹ En ligne : <http://www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels/reconnaissance-reparation.html>

d'un « cancer du travail ». Cependant, la rigidification de ces critères par leur intégration dans les tableaux de la Sécurité sociale ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Le professeur Prioux, par exemple, relativise grandement la pertinence de ces critères *a priori* scientifiques mus en critères administratifs. Le délai de prise en charge, soit la latence maximale entre l'exposition et la survenue de la maladie, en premier lieu :

« Un truc qui est toujours mis mais qui ne correspond pas à grand-chose, c'est le délai de prise en charge. Pour un cancer solide, en général on dit que la latence c'est dans les 20 ans à peu près mais [...] 30, 40, 50 ans après, c'est difficile à dire que ça n'est plus l'exposition [...] donc quand tu dis "pour être pris en charge, il faut un délai de prise en charge de 35 ans" le cancer est diagnostiqué 40 ans après, c'est difficile de dire que ça n'a aucun lien avec le travail, donc souvent ils sont repris par le C2RMP mais c'est vrai que c'est une notion [...] scientifiquement, qui n'est pas très validée. »

Pertinente dans la définition d'une « latence minimale », cette notion perdrait de sa cohérence scientifique lorsqu'il s'agit de définir une latence maximale. Les expositions les plus récentes des malades qui viennent consulter au CCPP vont en effet interroger les médecins, ce qui semble peu être le cas pour les expositions anciennes, quand bien même celles-ci dépasseraient le délai indiqué.

Le Pr Prioux poursuit sa lecture critique des critères médico-légaux avec la notion de « durée d'exposition », pour lui incomplète si elle n'intègre pas des critères relatifs à l'intensité de l'exposition au risque :

« De même qu'une durée d'exposition [...] c'est une donnée qui est très réductrice de l'exposition puisque, ce qui compte, c'est le produit durée x intensité donc tu peux avoir été exposé très peu pendant 10 ou 20 ans, et beaucoup pendant 5 ans et du coup ta dose cumulée sera plus importante dans le cas où t'as été exposé fortement pendant 5 ans que dans le cas où t'as été exposé qu'un tout p'tit peu pendant 20 ans. Et si tu considères que c'est la dose totale qui compte, ben le deuxième cas, donc avec 5 ans d'expo, il est plus exposé, donc le lien paraît plus fort mais le tableau, si la durée d'exposition est de 10 ans, il ne va pas passer automatiquement, il va passer devant un C2RMP. »

Ces critères, arbitrairement définis au cours des négociations qui se déroulent dans le cadre de la commission des maladies professionnelles, paraissent tout aussi arbitrairement appliqués par les caisses, comme en témoigne cet extrait de C2RMP, cité de façon plus complète dans le chapitre précédent :

« C2RMP 17.02.16 – Dossier de Monsieur X., atteint d'un cancer bronchique. Il est décédé le 04/09/09 à 66 ans, la déclaration est ainsi réalisée par ses ayant-droits près de deux ans plus tard, en juin 2011. Monsieur X. était électricien et a travaillé plusieurs années en aciérie. La caisse du Nord a rejeté la demande au motif d'une

durée d'exposition insuffisante (inférieure aux 10 ans réglementaires : 9 ans et 8 mois).

Dr Bernard : Ah ça, ils savent compter à la caisse !

Pr Prioux : C'est mesquin... »

Cette stricte application des critères administratifs participe à lisser la complexité médicale, notamment celle qui constitue les mécanismes de cancérogenèse, très flous aujourd'hui encore. De plus, si elle ne contraint pas automatiquement l'accès à la catégorie de maladie professionnelle – ce qui peut être le cas si le taux d'IPP de 25% n'est pas atteint pour le malade, le privant ainsi d'un passage devant le C2RMP – elle allonge considérablement la durée des démarches de reconnaissance.

L'application, l'appropriation et l'adaptation de ces règles par les agents administratifs, individuellement mais aussi collectivement, par la production de nouvelles normes propres au groupe, posent question puisque, la sociologie des organisations nous l'a appris, « le travail dans les administrations ne se réduit pas à une stricte application de la règle juridique » (Muñoz, 2003 (1), p. 82). Cependant, seule une observation fine de leurs pratiques, qui n'a pas pu être menée ici, pourrait prétendre porter un regard sur les tensions inhérentes au « double corps » de ces agents³²² (Dubois, 1999) à travers, notamment, les techniques de gestion des « cas de conscience » – soit une potentielle casuistique. Cette démarche permettrait ainsi d'aborder les relations administratives, ces « formes centrales des rapports entre les institutions publiques et les personnes » (Siblot, 2002) souvent marquées par une forte ambiguïté, pouvant ouvrir tout à la fois sur des rapports de domination, de contrôle et de normalisation, mais aussi d'intégration (Dubois, 1999). Dans ce contexte, toutefois, les relations agents/allocataires sont réduites au strict minimum, l'essentiel de la communication avec l'institution étant réalisé par courrier.

Les critères retenus dans les tableaux apparaissent donc comme des outils de rationalisation légale, obtenus par négociation, qui lisent la complexité médicale des processus de cancérogenèse. Mais l'espace de la caisse est également marquée par une autre forme de rationalisation qui lui est propre : l'intégration d'une « culture gestionnaire ».

B. L'intégration d'une « culture gestionnaire »

a. Pression des indicateurs et « nouveau management public »

³²² Les agents administratifs étant à confronter aux médecins-conseil afin de questionner d'éventuelles logiques propres en regard de leur statut et de leur formation.

Pour Philippe Davezies, la logique de gestion de « l'organisme assureur [...] vise à limiter les coûts », la CPAM ayant pris le relais des assurances privées depuis 1946 (Davezies, 2003). Cette finalité d'optimisation budgétaire se déploie notamment dans l'usage d'outils empruntés au management privé. En effet, l'organisation du travail au sein du service des risques professionnels de la caisse d'Assurance maladie est soumise à la fois à un contrat pluriannuel de gestion (CPG)³²³, à un plan de maîtrise socle³²⁴ ainsi qu'à un plan d'action défini localement, soit à un ensemble de processus comportant des activités et des objectifs liés, évalués selon un code couleur. Ce vaste travail de management est ainsi décrit par madame Michel :

« Là ce sont les indicateurs qui doivent être suivis donc soit dans le cadre du plan de maîtrise-socle, ou dans le cadre du CPG, donc le CPG c'est ce qui nous est demandé par le national, donc là on voit qu'on en a plusieurs, et ça c'est pareil, on a des indicateurs, on a des chiffres à mettre et ça, ça remonte à la direction [...] donc là voilà, quand c'est rouge c'est que ce n'est pas atteint, quand c'est vert c'est que c'est atteint, quand c'est orange c'est qu'on est entre l'objectif et le socle. »

La bonne réalisation des indicateurs relatifs au contrat pluriannuel de gestion est contrôlée à la fois en interne et par le service comptable. L'évaluation finale permet le classement de la caisse au niveau national, support à l'attribution de primes, notamment pour les directeurs.

*« Le classement de la caisse dépend, pour une grosse partie, de tous les indicateurs CPG qui nous sont demandés par le national, tous services confondus, donc plus on atteint tous les indicateurs CPG, mieux la caisse est classée.
-Et quelle est la conséquence d'un meilleur classement ?
-Meilleur classement c'est déjà au niveau de la direction, une satisfaction, et c'est au niveau des dotations de la CNAM, des primes par exemple, les primes des directeurs [...] voilà c'est financier on va dire. »*

L'ambition sous-jacente à cet arsenal technique est une meilleure maîtrise des dépenses, en adéquation avec les principes du « nouveau management public ». Le « technicien de Sécurité sociale [devient ainsi] le “gestionnaire” d'un “portefeuille” de dossiers (Broussard, 1998) [révélant] une construction industrielle du travail administratif » (Weller, 2004, p.11).

Dans ce contexte, madame Michel affirme, sans surprise, qu'elle est « moins technique », soit peu au fait des subtilités sous-jacentes au traitement d'un dossier, mais « beaucoup plus

³²³ Les contrats pluriannuels de gestion, ou CPG, sont issus des conventions d'objectifs et de gestion (COG) définies nationalement. Elles en sont la traduction opérationnelle.

³²⁴ Les plans de maîtrise socle visent la maîtrise des « risques, notamment financiers directs ou indirects, inhérents aux missions confiées aux organismes de Sécurité sociale. » Ils ne sont pas définis nationalement.

En ligne : <http://2014.rapportannuel-assurancemaladie.paris/une-obligation-de-maitriser-les-risques/>

manageuse ». Ici, les compétences attendues d'une responsable ne sont donc pas celles d'une expertise de terrain mais bien plutôt de qualités d'encadrement et de mise en application des indicateurs.

Le « Nouveau management public » : éléments de définition

La notion de « NPM », introduite dans les années 1980, renvoie aux réformes contemporaines de l'administration publique. Elle correspond à ce qui constitue « l'idéologie de la bonne gestion du secteur public » (Peters, 2014, p.389). Tout comme avant lui le taylorisme, le nouveau management public se traduit par la recherche d'une optimisation de la productivité et repose ainsi sur la définition d'objectifs quantifiés. Efficacité et rentabilité sont donc au cœur de ce nouveau management qui tend à infiltrer les organisations publiques (Belorgey, 2010).

L'élaboration de cet ensemble d'indicateurs n'est pas sans conséquences. Il impacte jusqu'à l'expertise pratiquée par l'ingénieur CARSAT régional. D'un point de vue réglementaire, ce dernier doit automatiquement être convoqué, dans le cadre d'une expertise par le C2RMP concernant des cas de cancer, pour sa bonne connaissance des procédés chimiques et des processus de production. Il peut l'être également, de façon plus ponctuelle, au moment de l'évaluation administrative par la caisse lorsque l'entreprise concernée par la déclaration n'existe plus. L'avis qu'il formule concerne la probabilité et la nature des expositions du malade à des substances ou des procédés délétères potentiellement rencontrés tout au long de sa carrière professionnelle. En pratique cependant, l'existence d'indicateurs et la pression qu'ils font peser sur l'activité des agents de la caisse, contraignent la prise en compte de cette expertise – par ailleurs perçue comme trop clémente par les médecins du C2RMP (*cf* chapitre précédent) – et oriente leurs conclusions. C'est ce que décrit l'ingénieure CARSAT rencontrée :

« Avant de rentrer à la sécu je ne me rendais pas compte, on est suivis sur tout, toutes les heures je saisis mon activité. On est suivis – peut-être pas moi, mais dans les CPAM – sur le nombre de contentieux, combien on a de contentieux, combien on en perd, combien ça nous coûte, combien de temps on a passé sur un contentieux, donc quelques fois je leur mets un avis machin, et je leur mets “probablement exposé”, ils me disent “on va aller au contentieux avec ça” parce que l'employeur va contester, il va dire “probablement, sur quoi vous vous basez ?” etc., [...] les gens sont vraiment figés sur les indicateurs. »

Cette « fixation » sur les indicateurs est nuancée par la responsable des risques professionnels qui justifie cette pratique par un objectif de qualité (caractéristique du nouveau management

public) contraint par la pression que font peser les employeurs sur le « bon déroulement » de la procédure :

« On fait des contrôles réguliers sur la qualité de service rendu à nos assurés, on a des indicateurs donc qui nous sont fixés et on essaie de les tenir au maximum [...] pour chaque accident du travail qui est accordé ou maladie professionnelle, les employeurs voient leur taux de tarification qui augmente, donc c'est financier, donc on a beaucoup, beaucoup de contestations des employeurs [...] donc là nous on travaille beaucoup sur cette partie-là pour être vraiment au plus près de la réglementation pour qu'il n'y ait pas de contestations d'employeurs derrière. »

La centralité de l'indicateur contentieux s'explique notamment par le fait que l'employeur, s'il use bien de la contestation, peut réussir à contourner la prise en charge financière de la maladie de son ancien salarié. C'est le cas, par exemple, de l'attention portée au « principe du contradictoire »³²⁵ qui, s'il n'est pas respecté, peut avoir pour conséquence l'inopposabilité de la décision à l'employeur³²⁶. Ainsi, les sommes versées à un malade par la CPAM au titre de la maladie professionnelle ne pourront être récupérées sur le compte employeur (cf point suivant), ce qui représente un enjeu budgétaire non négligeable pour la caisse³²⁷.

En outre, l'ingénieur-conseil CARSAT, ainsi contrainte dans la réalisation de sa mission d'expertise par la mise en application d'indicateurs, souffre également d'un manque de ressources temporelles dans la constitution même de son avis. Cette mission d'appui à l'expertise n'est en effet qu'une (très) faible part de la mission de l'ingénieur-conseil. Son rôle est avant tout lié à la prévention, démarche valorisée en premier lieu par l'institution. Marginale, la mission de réparation ne semble faire l'objet d'aucun soutien matériel et organisationnel de la CARSAT. C'est, en tous les cas, ce que déplore longuement l'ingénieure rencontrée, son cas n'étant pas, selon elle, isolé :

« Donc nos missions sont bien des missions de prévention [...] on doit être entendus notamment au titre du C2RMP, mais au titre reconnaissance du temps qu'on y passe, c'est totalement occulté au niveau des missions du département de prévention, et ça c'est, pour moi, pour toutes les personnes qui font la même chose que moi dans les caisses, c'est un vrai problème parce qu'on est tout le temps en porte-à-faux, c'est-

³²⁵ Article R. 441-10 du Code de la Sécurité sociale.

³²⁶ C'est-à-dire que, si la caisse ne respecte pas son obligation d'information des parties tout au long de la procédure, l'employeur peut s'opposer à la décision de la caisse afin que les sommes versées au malade au titre de la MP ne lui soient pas imputées.

³²⁷ De cette façon, « la relation supposée entre employeur responsable des risques et financement des coûts d'une maladie professionnelle se trouve remise en cause » (Durand et Ferre, 2016, p.3), menant, de fait, à une déresponsabilisation de l'employeur – des mécanismes de contournement de la responsabilité que nous réévoquerons plus loin dans ce chapitre.

à-dire que tout le temps qu'on passe sur ce sujet-là à chaque entretien d'évaluation, entretien d'activité etc., on nous dit "oui mais bon, vous devez pas y passer trop de temps parce que c'est pas là-dessus qu'on vous attend" [...] maximum 10 minutes par dossier. »

Face à cette hiérarchisation des missions de l'ingénieur-conseil, le travail relatif à la réparation se réalise finalement en « temps masqué » :

« Moi j'ai des dossiers où je passe facilement trois heures, et vous pouvez passer une journée, deux jours à chercher, donc tout ça ça doit être en temps masqué par rapport à d'autres choses sur lesquelles vous vous engagez, faut vous vous arrangez, ou vous le faites chez vous ou vous le faites autrement, mais voilà ».

Cette expertise périphérique, freinée par des obstacles institutionnels, confirme le fractionnement des étapes d'évaluation du dossier et, *a fortiori*, de caractérisation de la maladie. Dans ce cadre, le « cancer professionnel » apparaît d'autant moins comme le reflet de pures connaissances scientifiques mais comme une succession d'avis et d'expertises techniques, administratifs et médicaux, favorisés ou contraints par différentes logiques.

La logique gestionnaire managériale de la caisse, qui tend plutôt ici à entraver le processus de catégorisation, trouve ses prolongements dans la crainte manifeste d'une fraude pratiquée par les allocataires.

b. La crainte de la fraude

Face à la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la pratique des agents administratifs comme du médecin-conseil semble toujours orientée par la crainte d'une tentative de fraude dans la lignée de ce qui se joue déjà de longue date pour l'aide sociale³²⁸. Vincent Dubois, en effet, situe dès 1995 « l'officialisation de la fraude sociale comme "problème public" » (Dubois, 2012, p.2).

Cette « logique de la suspicion » présuppose que l'honnêteté du demandeur est toujours potentiellement douteuse. Les agents administratifs comme le médecin-conseil ont donc pour mission d'évaluer la légitimité de la demande au regard des documents dont ils disposent – et

³²⁸ Et dont l'actualité paraît également exprimée à travers la publication largement relayée par les médias en ligne d'un appel d'offre intitulé « Conception et animation de formations dans le domaine des Techniques d'audition et/ou de détection du mensonge » par l'institut de formation de la Sécurité sociale, l'Institut 4.10.

En ligne : <http://www.mpfrance.fr/fr/BOAMP/17272075/institut-4-10-conception-et-animation-de-formations-dans-le-domaine-des-techniques-d-audition-et-ou-de-detection-du-mensonge>

donc, très souvent, sans contact direct avec le malade. Le médecin-conseil chef présente ainsi l'objectif de contrôle du service médical :

« Le rôle du service médical, c'est de dire "ben ok, c'est justifié" ou "ce n'est pas justifié", "le 100%, l'accident du travail, la maladie professionnelle, tel type de traitement, c'est en adéquation et vous pouvez le payer" [...] ça fait partie [...] du travail conjoint des caisses et des médecins pour essayer de voir si, effectivement, un accident n'est pas imputé à tort aux risques professionnels alors que c'est la fameuse entorse du lundi matin, allez savoir si le gars n'a pas joué au foot le dimanche après-midi et puis comme par hasard, il se tort le pied en arrivant au boulot, ça bon, on le sait mais ça peut prendre d'autres ampleurs, ça c'est le cas le plus évident et le plus simple [...]. »

Le rôle du médecin-conseil est orienté vers l'autorisation de l'indemnisation ; il est, dans l'espace de la caisse, le dernier « garde-barrière » (Marichalar, 2016) dans l'accès à la réparation. Comme le soulignait déjà Annie Thébaud-Mony dans ses premiers travaux relatifs à la reconnaissance des cancers du travail, le médecin-conseil se place ainsi dans un rôle d'assureur et de gestionnaire (Thébaud-Mony, 1991). Responsable de l'argent public, il se sent investi d'une mission toute spécifique, qui le pousse à investir une « morale bureaucratique » (Lenoir, 2012). Le médecin-conseil chef développe ainsi une rhétorique centrée sur le respect des principes qui ont prévalu à la mise en place de la Sécurité sociale, une « rhétorique de l'universel » (Laurens et Serre, 2016, p.159) sur laquelle, selon Sylvain Laurens et Delphine Serre, dans la lignée des travaux de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1993), s'est construite la légitimité de l'action étatique :

« Historiquement, quand on aborde des sujets de sécurité sociale, il ne faut pas oublier les grands fondements de sa création : les fondamentaux de la Sécurité sociale en 45, c'était "on va créer une assurance à laquelle tout le monde va cotiser selon ses moyens" [...] c'est ça le principe de la solidarité, mais il n'empêche que, à la base, c'est de l'argent public, donc on n'a pas le droit de la dilapider n'importe comment. »

Ce cadre idéologique de référence, expression d'un « discours de l'intérêt général » (Laurens et Serre, 2016, p.159), permet de justifier des pratiques de restriction. Ainsi, le médecin-conseil se doit de dépenser l'argent public avec clairvoyance, une « justesse » qui s'exprime par la restriction des dépenses individuelles :

« C'est vrai que le rôle au départ du médecin-conseil, c'est de dire "non" pour protéger les intérêts de la collectivité, on est là pour que l'argent ne soit pas dépensé à tort, donc quelqu'un qui abuserait un peu de son arrêt de travail ou qui demanderait une prestation à laquelle il n'a pas droit, on est là pour dire à la caisse "non, ben ça, il ne faut pas payer" [...]. »

Dans ce contexte, c'est l'excès de reconnaissance qui préoccupe prioritairement, reléguant la sous-déclaration à un questionnement au mieux secondaire (Thébaud-Mony, 1991). La tension entre intérêts individuels et intérêts collectifs se recompose donc ici autour de la question de la gestion de l'argent public. Cette opposition, toutefois, est biaisée, la modalité de financement des risques professionnels reposant sur les seules cotisations patronales ; aussi les malades ne s'opposent plus aux autres « assurés », mais aux employeurs, il n'est plus question d'argent public. Les intérêts de ces derniers peuvent toutefois être perçus comme des intérêts collectifs (cf chapitres 6 et 7) – s'opposant, ainsi, aux intérêts individuels des malades – bien que ce ne soit pas le discours tenu ici. C'est pourtant ce que décrivait Annie Thébaud-Mony lorsqu'elle évoquait les pratiques des médecins-conseil :

« Ils ressentent leur mission d'expert – dans la logique d'assurance qui régit le système – comme une responsabilité économique à l'égard des entreprises davantage que comme une mission de santé publique, celle-ci concernant, au niveau individuel, la réparation due au malade et, au niveau collectif la connaissance et la prévention des pathologies professionnelles ».

S'il n'est pas question des employeurs dans le discours du médecin-conseil chef, sa mission de santé publique y est bien occultée au nom d'un intérêt collectif strictement économique. Dans les deux cas, les enjeux collectifs du repérage et de la prévention des maux du travail sont bien masqués. Les pratiques de catégorisation répondent ici à une logique restrictive et économique avant même d'être médicale et scientifique. Cette logique semble commune à celle qui est adoptée par les médecins-conseil d'assurance. Philippe Ponet, dans un article consacré à la professionnalisation de l'évaluation du dommage corporel, évoque un article de 1971 paru dans le Bulletin des médecins conseils des sociétés d'assurances, dans lequel l'un d'eux les invite à voir au-delà de leur mission d'expertise afin de considérer les enjeux économiques auxquels seraient confrontées les assurances et « la société toute entière ». Les indemnisations en droit commun relevant bien des assurances, et donc des cotisants, appelleraient, avec la multiplication des accidents de la circulation et l'exigence d'indemnisation liée, une posture rationnelle de « modération ». Le respect du collectif primerait, dès lors, sur les considérations individuelles d'évaluation du prix de la vie (Ponet, 2007). Ce souci prioritaire pour le collectif détonne dans une société libérale³²⁹. Pourtant, il s'agit à la fois d'une injonction récurrente faite

³²⁹ Moins si l'on considère sa dimension avant tout économique.

aux requérants et d'une référence morale mobilisée par les médecins-conseil afin de guider – ou justifier – leur pratique d'expertise au profit d'un accès restrictif à la catégorie.

Définir un cancer professionnel dans l'espace de la caisse revient donc à appliquer des critères rationalisés et à s'inscrire dans une logique gestionnaire, par le biais d'outils propres au management et à la mise en balance des intérêts individuels et collectifs. Mais l'espace de la caisse, par sa mission d'évaluation de l'indemnisation, met en œuvre une autre forme de rationalisation, qui a directement trait aux corps.

C. L'indemnisation : objectiver les séquelles et évaluer les corps

a. Genèse des barèmes

Dans l'espace de la caisse, l'indemnisation des maux du travail est encadrée par un barème, un outil d'objectivation qui sert de « guide » pour les médecins-conseil chargés d'évaluer les séquelles des victimes du travail. Celui-ci s'émancipe des barèmes de référence en droit commun, prévus pour calculer une réparation dite intégrale. Le Code de la Sécurité sociale l'annonce ainsi :

« Le présent barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement, des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun. »³³⁰

Dans l'espace des AT/MP, contrairement au droit commun, barème médical³³¹ et barème d'indemnisation se fondent.

L'histoire des barèmes qui organisent la réparation des dommages corporels débute en 1887 avec la création d'une « échelle de gravité » des séquelles subies par les invalides de guerre, dont la prise en charge publique a été décidée cinquante-six ans plus tôt, en avril 1831 (Baudot, 2016). L'optique dans laquelle s'inscrit cette mesure repose alors sur une logique fonctionnelle plus que lésionnelle : plutôt que de caractériser la lésion, il s'agit d'en évaluer les conséquences

³³⁰ Annexe I à l'art. R434-32,
En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006126942&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

³³¹ Soit « une mesure objective basée sur un étalonnage physiologico-fonctionnel du corps humain. »
Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel, juin 2003. En ligne :
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000490.pdf>

sur la vie de l'individu. Ainsi, comme l'explique Philippe Ponet, « un amputé d'une main ne dispose pas de la même capacité fonctionnelle que s'il avait conservé ses deux membres » (Ponet, 2007, p.495), conduisant à des bouleversements que la logique fonctionnelle propose de considérer. La question de « l'apparition du prix de la vie » – et des corps, qui est ici sous-jacente – est, nous dit Philippe Ponet, « historiquement située, et intimement liée, à la naissance du calcul des probabilités, théorie mathématique que Pascal qualifia de “géométrie des hasards” » (p.482), socles au développement des assurances tout au long du XIX^e siècle.

Une décennie plus tard, en 1898, la loi relative aux accidents du travail est promulguée. Le médecin est désigné pour apprécier l'incapacité qui fait suite à l'accident, mais la loi ne définit aucune modalité d'évaluation de sa gravité. Entre 1900 et 1914, les médecins-experts vont ainsi majoritairement se fonder sur les travaux du clinicien Georges Brouardel, soit « un ensemble de pathologies traumatiques décrites [...] sous la forme de tableaux et qui fixent une échelle d'invalidités, déclinées selon quatre grandes catégories professionnelles (journaliers, professions utilisant surtout les membres inférieurs ou supérieurs et ouvriers d'art) » (Dartevelle, 2016³³²) afin d'évaluer les corps des travailleurs malades ou accidentés : les expertises médico-légale et assurantielle se mêlent. Une « science de la valeur des corps au travail » (Marchand, 2018, p.291) qui relève des compétences exclusives du médecin³³³, va ainsi se développer progressivement.

En 1915 et en 1919, les nouveaux barèmes militaires vont introduire une logique lésionnelle, c'est-à-dire une focalisation sur la perte purement physiologique et non sur ses conséquences : le corps est désormais monétarisé par fragments, permettant une standardisation de l'évaluation. Clément Collard en rend compte ainsi :

« Peu importe, ainsi, que l'homme qui perde une jambe exerce une profession nécessitant deux jambes valides ou non ; le taux d'incapacité fixé ne sera pas influencé par une telle donnée. Cela permet aux experts de disposer de barèmes précis, qui définissent de manière normative les taux à appliquer en fonction de chaque blessure. Une telle systématisation de l'évaluation des blessures est d'ailleurs

³³² En ligne : <https://books.openedition.org/pur/47403?lang=fr>

³³³ Le chirurgien Charles Rémy va encore plus loin en préconisant la définition des « fonctions ouvrières des différentes parties du corps » (Marchand, 2018, p.292) et leur plus ou moins grande capacité à être compensées dans l'activité productive. En effet, les ouvriers pouvant faire œuvre d'accommodation, la perte d'un moignon, par exemple, était pensée comme pouvant aisément être palliée, dans l'activité professionnelle, par le bras intact. Acuité scientifique et acuité spécifique aux professions renvoient, dès lors, à deux modalités de lecture distinctes.

le but recherché par ces experts, qui entendent rationaliser jusqu'à l'estimation des infirmités multiples [...]. » (Collard, 2018, p.10)

À la suite de cette reconfiguration, les barèmes militaires deviennent des « outils de travail médicaux » annexés aux textes législatifs et réglementaires.

En 1938, le barème indicatif d'invalidité établi pour les pensions militaires est étendu aux accidentés du travail³³⁴. Cette mise en équivalence avec les invalides civils produit de vives controverses et conduit au développement d'une logique fonctionnelle (Ponet, 2007) : avec l'annexion de la loi de 1898 au Code de la Sécurité sociale en 1946, c'est désormais l'évaluation de la perte de capacité de gain qui prime (dans la continuité, toutefois, de la perspective de certains médecins visant à définir la valeur industrielle des différentes parties du corps ouvrier : le corps est ici abordé comme un outil). La rente, dès lors, répare « le préjudice physiologique subi par le salarié et le traduit en terme pécuniaire. Le niveau des séquelles est censé donner une correspondance du niveau de perte de capacité de gain. » (Meyer, 2016, p.613). Ainsi, le Dr Pierre Aballéa et Etienne Marie, dans un rapport sur l'évaluation de l'état d'invalidité en France, paru en 2012, affirment qu'« évaluer l'invalidité n'est pas évaluer l'altération grave et stabilisée de la personne ; c'est évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail, donc de gain, en vue de sa compensation financière. Cette définition est universelle et depuis l'origine au cœur des principes de la Sécurité sociale »³³⁵.

Pour Pierre-Yves Baudot, qui s'intéresse plus spécifiquement à la catégorie « handicap », ces guides-barèmes, en uniformisant des situations hétérogènes, deviennent des outils de gouvernance. En effet, « les guides-barèmes ont [...] servi à mesurer des dommages d'origines diverses et, finalement, à labelliser et gouverner d'un même mouvement des populations

³³⁴ L'assimilation des corps abîmés par le travail – généralement des corps ouvriers – aux corps des militaires dessine une étrange correspondance entre ces espaces. Anne Rasmussen évoquait en ce sens, dans le cadre d'un colloque consacré aux « cent ans de la sous-reconnaissance » (Paris, 2019), la proximité de la mine et du champ de guerre (qui s'exprime, peut-être, à travers une similitude lexicale dans les expressions « monter au front », « descendre au fond » : il s'agit toujours d'affronter un milieu hostile). Pour autant, le soldat dont le corps est atteint dans le cadre de son travail reste un blessé, une scission sémantique qui s'exprime notamment par la mise en œuvre d'une Journée nationale consacrée aux « blessés de l'armée de terre ». Cette journée s'assimile à une campagne de sensibilisation qui vise à inviter la population à soutenir financièrement – et corporellement (en 2017, le Chef d'état-major de l'armée de Terre exprimait ainsi l'un des objectifs de cette journée : « attirer les donateurs, de sang plus que d'argent, encore une fois il ne s'agit pas d'un téléthon ! ») – l'armée nationale. Ailleurs, les accidentés du travail souffrent d'une popularité bien plus modeste.

En ligne : <https://www.onac-vg.fr/actualites/journee-nationale-des-blesses-de-armee-de-terre-2019>>
https://www.defense.gouv.fr/english/node_64/thematiques-terre/archives2/les-blesses-de-l-armee-deterre/mot-du-cemat

³³⁵ En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000682.pdf>

initialement définies, organisées et représentées de façons diverses » (Baudot, 2016, p.72). Par cette logique d'évaluation commune, les contours de la catégorie des « abîmés du travail » se brouillent, dilués en quelques sortes dans la métacatégorie des invalides. Les outils d'indemnisation participent ainsi à orienter la façon dont est institutionnalisée la catégorie des abîmés du travail et l'univers représentationnel qui lui est associée : celui qui est souffrant de son travail a subi la concrétisation d'un risque plutôt qu'un véritable préjudice et sera « réparé » en conséquence (cf chapitre 3).

Cependant, ces barèmes médicaux font l'objet, depuis plusieurs décennies, de nombreuses discussions. L'évolution du barème AT-MP vers les principes du droit commun est notamment évoquée³³⁶, ce qui conduirait bien plutôt à un rapprochement avec la catégorie de victime, en adéquation avec le lexique utilisé au sein des documents institutionnels. En effet, de façon paradoxale, le certificat de déclaration comme les textes réglementaires désignent le requérant par le terme « victime ».

Ces outils d'évaluation des corps s'émancipent donc doublement des vécus et des subjectivités : d'une part, par un rapprochement de populations différentes au sein d'une même structuration légale et d'autre part, par la relégation des formes de corporéité non utilitaires, évaluées seulement dans le cadre d'une procédure de droit commun, accessible pour le malade *via* une procédure complémentaire de faute inexcusable de l'employeur ou auprès du FIVA.

Dans l'espace de la caisse, il revient alors aux médecins-conseil de s'approprier ces barèmes et de les appliquer, avec une marge de manœuvre inhérente à leur caractère indicatif.

b. L'évaluation des dommages : enjeux temporels et réintégration des corps

Le calcul de l'indemnisation nécessite que l'état du malade soit « consolidé ». En l'absence de cette certification, l'indemnisation du malade restera en suspens, un enjeu temporel qui n'est pas anodin.

³³⁶ Plus encore, les experts à l'origine du Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel présenté en 2003, suggèrent l'élaboration d'un barème médical européen au motif que « le corps humain et ses capacités fonctionnelles [sont] identiques de part et d'autre des frontières » (*op.cit.*, p.11). Un guide européen a en effet été proposé en 2006 par la Confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel (Ceredoc) et mis à jour en 2010.

Comme nous l'avons rapidement évoqué dans le chapitre précédent, le calcul du taux d'IPP – soit « la mesure chiffrée des atteintes [...] médicalement constatables »³³⁷ – est conditionnée à la rédaction d'un certificat de consolidation qui atteste de la « fixation » de la maladie et des lésions qu'elle engendre. Cette notion, de nature médicolégale, paraît bien peu adaptée à l'évolution des pathologies cancéreuses³³⁸. Il s'agit en effet d'une manière spécifique de caractériser les corps sur la base de la prédiction, l'objectif étant de définir un temps T auquel la maladie ne devrait plus évoluer. Cette évaluation, peu pertinente sur le plan scientifique, va peser, par ricochet, sur l'indemnisation. Le médecin est alors lui-même mis face à un dilemme : s'il consolide trop tôt son patient, l'indemnisation ne sera pas représentative de ses séquelles mais, s'il patiente, celui-ci sera, en attendant, privé d'indemnisation. Pour monsieur Sotto, syndicaliste, cette modalité contraindrait l'indemnisation du vivant des malades, une pratique qu'il assimile à du vol. En effet, si le malade décède avant le versement de son indemnisation, en l'absence d'ayants-droit et/ou de la reconnaissance du décès en lien avec le cancer professionnel, le préjudice restera non indemnisé.

L'étape du calcul du taux d'IPP, ouverte par la certification de la consolidation de son état, est également le moment de « réintégration » des corps dans la procédure. Jusqu'à cette « séquence », celle-ci reste en effet généralement réalisée intégralement sur pièces, au profit d'un « formalisme juridique » qui écrase les vécus (Durand et Ferre, 2016). Monsieur R., 74 ans, ancien ouvrier au secteur production d'une plate-forme chimique, victime de plusieurs soucis de santé parmi lesquels un cancer bronchopulmonaire, raconte son entrevue avec le médecin-conseil :

« Quand ils m'ont convoqué à M., la toubib, une toute jeune [...] quand elle a vu mes cicatrices partout... elle était sciée. Elle m'a dit "j'ai vu ce que je voulais maintenant, vous pouvez disposer". »

Le corps ainsi scruté devient le témoin de l'honnêteté du demandeur et de sa légitimité à prétendre à une indemnisation. Dès lors, la procédure d'évaluation du dommage corporel joue sur les registres sémiologiques du corps. Elle peut conduire le salarié à porter un regard nouveau sur ses marques corporelles, ainsi converties en données monétaires, et à en faire un usage

³³⁷ En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000490.pdf>

³³⁸ Elle reste, par ailleurs, peu aisée pour d'autres pathologies, voire même pour les accidents du travail. Raymond Darteville évoque ainsi un « fossé entre le "juridique" et le "médical" » renouvelé à travers cette question de la consolidation, et ce dès les origines de la loi (Darteville, 2016).

spécifique. Jean-Michel Berthelot évoque en ce sens un « tissage permanent des registres de signification dont savent user les acteurs ». Pour lui, le corps et les traces qu'il porte sont réinvestis différemment selon les situations :

« Si un stigmate est une marque involontaire, la trace d'une maladie, d'un accident ou d'une agression, il peut être dissimulé par honte ou par calcul, exhibé par bravade ou intérêt, porté ostensiblement en témoignage d'excellence. Le même trait physique – le signifiant – est susceptible, selon la situation, non seulement historique et culturelle, mais d'interaction concrète, de s'insérer dans des régimes de signification différents : la cicatrice, reste d'une blessure guerrière, devient symbole de bravoure ; la mutilation, trace d'un accident ou d'une maladie passés, est un handicap à dissimuler ou une rente à entretenir. » (Berthelot, 1998, p.9-10)

La cicatrice, ici, peut donc être tout à la fois la preuve de la légitimité d'une indemnisation, la marque d'une identité professionnelle – parfois de classe, ou le signe d'une vulnérabilité selon qu'elle soit lue dans l'espace de la caisse, dans l'espace professionnel, médical ou domestique.

Monsieur Berger, un agriculteur atteint d'un lymphome reconnu en lien avec ses expositions à des produits phytosanitaires, fait part quant à lui d'une interaction d'expertise vécue avec violence. Il raconte en effet qu'un médecin de la MSA a analysé l'état de ses mains afin de vérifier l'absence d'un travail récent, comme l'exigeait son arrêt de travail :

« C'est vrai que les médecins ils ont cherché un peu les p'tites bêtes, je suis arrivé là-haut, et quand il a vu que j'étais en arrêt de travail, il a pris mes mains pour voir si je travaillais, pour voir si mes mains étaient propres ou abîmées... ils sont arrivés jusque-là, ça fait quand même drôle hein, on se dit "zut, on a quand même besoin d'autre chose", on ne demande pas la charité mais... »

La relation médecin-patient est donc ici une relation expert-requérant, extraite de toute visée thérapeutique. Contrairement aux procédures judiciaires de droit commun, lorsque le patient arrive auprès de l'expert (ici du médecin-conseil) chargé d'évaluer son dommage corporel, l'origine professionnelle de la maladie est déjà reconnue et donc, implicitement, d'une certaine façon, la responsabilité de l'employeur et son statut de victime. Sa maladie a déjà été expertisée par un double processus d'évaluation administrative et médicoadministrative : c'est en son absence que s'est joué le devenir de son statut de malade du travail. Pour autant, ce moment d'expertise reste similaire à celui qui se joue dans le cadre judiciaire au sens où il repose sur une parcellisation du corps et une logique qui sort du strict cadre médical :

« L'évaluation médicale du dommage corporel dans le cadre d'une expertise judiciaire suppose que la victime, non seulement parle la "langue culturelle et fonctionnelle de l'institution médicale" (Sayad, 1999) mais encore, qu'elle accepte de voir son dommage évalué non pas de manière globale, tel qu'elle-même peut le ressentir, mais de manière parcellisée, et en fonction des différentes logiques

(médicale, juridique, économique, associative) qui sont en jeu dans le processus d'indemnisation. » (Ponet, 2009, p.77)

Souvent, ainsi, les corporéités considérées par la victime et le médecin évaluateur ne s'ajustent pas. Mais cet extrait souligne également la distance sociale à l'institution, qui peut complexifier les démarches pour les malades les moins dotés en capitaux (*cf* point 2, A), ainsi que le fractionnement des étapes d'évaluation du corps dans cet espace de « réparation » déjà évoqué.

En outre, une fois le cancer professionnel reconnu et indemnisé, le malade dont la pathologie se sera étendue pourra demander la reconnaissance de l'aggravation de sa maladie. C'est le médecin-conseil qui, de nouveau, sera chargé d'objectiver ce nouvel état. Un document édité par l'organisation syndicale à laquelle appartient monsieur Sotto dénonce, au sein de cette procédure d'évaluation, l'invisibilisation du corps en tant que donnée subjective :

« Pour le médecin-conseil, une intensification de la douleur, même à un niveau ne permettant pas la poursuite du travail, n'est pas un fait médical nouveau si elle n'est pas objectivable par une constatation mesurable, visible à un examen complémentaire. »

Les vécus corporels, ainsi, s'accordent difficilement aux catégories médico-légales qui reposent sur des critères et des mesures désincarnées. Or, cette recherche d'objectivation se donne également à voir dans les usages faits par les médecins-conseil des barèmes d'indemnisation.

c. Interpréter et appliquer les barèmes

L'indemnisation forfaitaire sur lequel ouvre le droit de maladie professionnelle se présente donc sous la forme d'un barème qui tarifie les pertes de capacité, modulé ensuite par le salaire de la victime³³⁹. Appliqué de manière hétérogène selon les caisses de Sécurité sociale, le barème d'invalidité peut être à l'origine de disparités géographiques dans l'indemnisation.

Les critères utilisés par la CPAM pour déterminer le taux d'incapacité sont les suivants : la « nature de l'infirmité » ; « l'état général » ; « l'âge » ; les « facultés physiques et mentales »

³³⁹ Ce qui fait dire à Carine Ursini que l'indemnisation prévue par le régime AT-MP ouvre sur une rente qui dépend du salaire plus que du préjudice subi (Ursini, 2013) : la reconnaissance d'une atteinte du travail relève bien plutôt d'un droit du travailleur que de la reconnaissance d'un préjudice, et ce alors même que, dans l'espace médical, souvent initiateur des parcours de reconnaissance, le corps du travailleur est d'abord un corps malade. « Ainsi, avec le diagnostic du cancer, l'ouvrier devient un malade et le corps productif un corps à soigner : plutôt que se combiner pour penser un ouvrier malade de son travail, ces étiquettes vont avoir tendance à s'exclure » (Primerano et Marchand, 2019), freinant la construction du « cancer du travail ».

ainsi que les « aptitudes et qualifications professionnelles »³⁴⁰. Le Code de la Sécurité sociale précise ainsi que « les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent l'état du sujet considéré, du strict point de vue médical », le dernier relevant quant à lui d'une appréciation « médico-sociale ». L'attention pour les répercussions professionnelles est, de la sorte, minoritaire et standardisée : le recours généralisé au barème indicatif d'invalidité nuit, pour Marion Del Sol, à l'appréciation personnalisée des obstacles professionnels spécifiques que le préjudice suscite pour la victime (Del Sol, 2017). Le problème est présenté en ces termes au sein du rapport sur l'indemnisation corporel dirigé par Yvonne Lambert-Faivre, paru en juin 2003 :

« La confusion totale du système repose sur un postulat totalement faux selon lequel une même lésion traumatique aurait des conséquences semblables pour toutes les victimes, et le préjudice économique professionnel serait, comme le préjudice physiologique personnel, proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle. Or, à l'évidence, les incidences professionnelles d'une même lésion traumatique sont totalement différentes selon les activités : la perte d'un œil met fin à la carrière du pilote de ligne, pas à celle du facteur ; l'amputation d'une jambe est incompatible avec le métier de maçon-couvreur, pas avec celui de l'administratif sédentaire. »³⁴¹

L'atteinte physique étant prise comme « donnée de base » de l'évaluation, trop rarement modulée par un coefficient professionnel³⁴² notamment (Del Sol, 2015), le barème traduirait bien plutôt l'incapacité physique que l'incapacité de travail. Il réintégrerait ainsi une logique lésionnelle standardisée, qui révèle, en creux, une vision réductrice et anatomique de la santé : les débats relatifs à la juste évaluation des corps qui accompagnaient la promulgation de la loi de 1898 ne paraissent pas avoir cessés. Pour autant, le médecin-conseil chef – qui, à son niveau

³⁴⁰ Ces critères sont construits en regard d'un étalon (« le sujet normal ») dont il s'agirait de questionner la construction. Le Code de la Sécurité sociale précise ainsi, dans le cadre de l'évaluation des facultés physiques et mentales de l'individu, qu'« il devra être tenu compte [de ses] possibilités et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un *sujet normal*, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un *individu normal*. »

Annexe I à l'art. R434-32,

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006126942&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

³⁴¹ Rapport Faivre-Lambert remis à Dominique Perben, Garde des Sceaux, ministre de la Justice, juin 2003.

³⁴² « Le taux médical d'incapacité doit en principe être modulé en considération des conséquences fonctionnelles emportées par l'accident (ou la maladie) sur l'employabilité de la victime, ce qui peut se traduire par l'attribution d'un coefficient professionnel », inaccessible de fait aux retraités et bien peu aisé à calculer pour des médecins non formés aux exigences techniques des activités professionnelles (Del Sol, 2017).

toutefois, ne réalise pas ce type d'expertise – soutient la nécessité d'une individualisation du barème :

« Y'a une part de subjectif [...] puisque c'est un médecin qui dit "bon ben voilà, y'a tel taux", on a beau avoir un barème, ce n'est pas un barème qui est d'une précision, ce n'est pas au pourcent après, ce sont des fourchettes parce que... tous les experts savent que chez un individu lambda, la perte d'une fonction ou la perte d'un organe ou tel ou tel type de séquelle n'aura pas forcément les mêmes répercussions, donc y'a une part de subjectivité qui fait que tel type de séquelle, ça pourra être 5 % chez un individu lambda, et ce sera 7 ou 8 chez un autre. »

La marge d'adaptation évoquée paraît ici minime, et questionne la dimension théorique de ce discours. Surtout, qu'elle soit lésionnelle ou fonctionnelle, la logique adoptée par les barèmes d'indemnisation fait peu de cas des souffrances psychiques et physiques de la personne malade, et des impacts sociaux et économiques (qui dépassent bien souvent la seule perte de salaire – Marchand, 2018) de la pathologie cancéreuse. L'individualisation de l'indemnisation, quand elle se joue, repose dans l'espace de la caisse sur une logique fonctionnelle – défailante – du retour au travail, ou sur l'appréciation de la gravité du cancer dont souffre le malade. En effet, dans le cadre des « cancers du travail », le calcul des séquelles suscite parfois une sous-catégorisation relative à la localisation du cancer et au degré de gravité identifié en fonction de l'étendue de la maladie et des probabilités de guérison ou, *a minima*, de rémission. Cette pratique d'ajustement donne lieu, pour le médecin-conseil, à des catégorisations spécifiques (non formalisées), distinctes, probablement, des catégorisations « profanes ». Le docteur Robert-Petit évoque ainsi des « petits cancers », une catégorie qui, si elle fait sens pour le médecin conseil, sera probablement moins pertinente aux yeux du malade qui éprouve la pathologie et sa gravité en regard d'autres considérations :

*« En général, un cancer qui a été traité c'est 70 %, et si c'est un stade terminal, on sait que la personne ne s'en sortira pas, c'est 100 %. Quand il y a des métastases partout, c'est 100 %, donc ça va de 70 à 100. Sauf certains, entre guillemets, petits cancers, par exemple au niveau de la vessie, parce qu'en général, bon, ça peut récidiver mais à chaque fois, après chaque traitement, **tout redevient normal** donc là c'est plutôt dans les 30 %. »³⁴³*

Le médecin-conseil est ainsi invité à considérer l'individualité qui lui fait face, afin qu'il se situe au plus près des conséquences « réelles » et spécifiques de la perte de certaines capacités

³⁴³ Pour un cancer bronchopulmonaire, le barème indicatif mentionne en effet un taux d'IPP qui doit être compris entre 67 et 100%.

dans un contexte professionnel particulier. Pour autant, l'absence même de saisie de certains outils d'évaluation des conséquences professionnelles questionne l'individualisation du dommage, déjà bien limitée dans le cadre de cette procédure dont la logique reste avant tout d'ordre assurantielle et qui occulte les corps sensoriel (les douleurs) et esthétique (les cicatrices).

2. Agents administratifs, malades et employeurs dans la procédure : catégoriser, être catégorisé, peser sur le processus de catégorisation

A. Les pratiques des agents administratifs : appliquer les critères d'une catégorie d'expertise

a. Mener l'enquête : la vérification de la « matérialité de l'exposition »

Avant l'étape du calcul de l'indemnisation assurée par le médecin-conseil, un dossier de « maladie professionnelle » s'inscrit dans un circuit d'évaluation³⁴⁴ dont les premières séquences sont d'abord administratives. Les agents administratifs, dans ce cadre, ont en charge l'évaluation de l'adéquation des différents éléments constitutifs du parcours professionnel du malade (postes occupés, où et quand) et des critères temporels mentionnés dans les tableaux. La vérification de la plausibilité des expositions déclarées dans le dossier, appelée « matérialité »³⁴⁵, forme l'autre pan de leur mission. Ce travail d'enquête dans les souvenirs – les traces – matériels et immatériels des situations de travail, était originellement mené par les enquêteurs CPAM, mais les rôles respectifs des agents tendent aujourd'hui à se brouiller³⁴⁶.

Pour Yannick Barthe, les « controverses » en santé environnementale ou en santé au travail impliquent « l'établissement de chaînes de causalité qui permettent des mises en accusation et qui ouvre sur la possibilité d'une réparation » (Barthe, 2010, p.91). Ce travail de la preuve décrit par Yannick Barthe pour les vétérans des essais nucléaires se déroule dans un contexte de revendication collective (mêlée à une cause politique), qui permet à terme l'ouverture de droits pour les individus reconnus victimes. Mais le travail d'enquête se poursuit, *a posteriori*, dans les histoires individuelles, mené par des tiers-évaluateurs, afin de définir qui mérite d'être

³⁴⁴ Soit, comme l'évoque Jean-Marc Weller à la suite de ses enquêtes menées au sein de CAF et de CRAM, un processus de traduction, débat, interprétation, contestation et retraduction des « affaires » (2004, p.9).

³⁴⁵ Ce terme, emprunté à l'espace du droit, renvoie à une mise en doute systématique de la parole des malades : la pathologie n'est pas considérée comme professionnelle tant que le contraire n'a pas été prouvé.

³⁴⁶ En tous les cas, l'analogie de l'agent administratif et du magistrat, sur la base d'une « constante construction des faits » (Weller, 2004, p.8), est ici particulièrement valide.

considéré comme une victime – ou tout au moins d’accéder à une réparation. Le médecin-conseil régional chef décrit ainsi la procédure d’enquête institutionnalisée dans le cadre d’une atteinte du travail :

« L'enquête vise à établir ce qu'on appelle "la matérialité des faits" c'est-à-dire que les gens ont bien été exposés à un risque, qu'ils ont bien travaillé dans telle ou telle condition etc., donc ça c'est la partie vraiment administrative, elle peut se réduire dans des cas simples à l'exploitation de deux questionnaires : un questionnaire qu'on envoie à l'assuré, à la victime, et un questionnaire qu'on envoie à l'employeur. »

Il s'agit là d'une mise en opposition entre deux parties aux intérêts distincts, ici des employeurs et des salariés. Le travail réalisé relève alors d'une véritable mission d'enquête quasi-judiciaire, chacune des parties étant invitée à exposer sa vision du travail et des risques qu'il comporte afin que d'éventuelles responsabilités puissent être définies :

*« L'assuré va dire ce qu'il fait, comment il le fait, à quels risques il est exposé, etc., et l'employeur va décrire également le poste de travail, les conditions de travail, etc. Alors, dans les cas simples et quand les questionnaires sont convergents, ça ne pose pas de problèmes, tout le monde est d'accord et on reconnaît qu'il y a ou qu'il n'y a pas exposition au risque, et puis dans des cas un p'tit peu compliqués ou éventuellement contradictoires – par exemple l'assuré va dire qu'il porte des charges toute la journée et que ça lui abîme le dos, l'employeur va dire "ben non, il ne porte pas de charges parce qu'on a des engins de levage [...]”, **qui dit la vérité dans ces cas-là ? On envoie un agent enquêteur qui est assermenté et qui va constater sur le terrain la réalité des choses, et ça, on a besoin de ces éléments pour savoir effectivement s'il y a ou s'il n'y a pas une exposition à un risque donné. »***

Cependant, cette notion de « matérialité de l’exposition », ou « matérialité des faits », revêt un caractère vague, et ce d’autant plus pour les cas de cancers qui nécessitent un travail de reconstitution des expositions sur plusieurs décennies. Cette entreprise nécessite de retracer des parcours longs, parfois fragmentés, dans des contextes techniques variés et en constante évolution. De plus, à l’ampleur « technique » de cette tâche s’ajoute le contexte de maladie grave qui peut complexifier le travail de recherche des expositions. Du côté du malade ou de ses ayants-droit en effet, la situation de vulnérabilité – entendue, sans entrer dans les débats sociologiques qui entourent cette notion, comme un état global de diminution des capacités physiques et/ou cognitives – engendrée par la maladie ou le deuil, peut contraindre l’apport de données utiles à ce travail d’enquête. Des éléments plus anecdotiques, comme la pratique des surnoms en milieu professionnel qui, en occultant les noms civils, empêche de retrouver les anciens compagnons de travail alors même qu’ils sont de potentiels témoins des expositions du malade, de la même façon. Il paraît ainsi bien peu aisé de réunir les traces des expositions en l’absence des mémoires qui les portent. Face à la maladie, aux thérapeutiques agressives et à la

lassitude qu'elles peuvent engendrer, cette difficulté « pratique » s'accompagne d'une difficulté « morale » pour les enquêteurs de la CPAM qui sollicitent une rencontre avec le malade :

*« Et ça vous paraît un peu différent le cas des cancers par rapport aux autres MP ?
Votre travail reste le même ?*

- Monsieur H : Ben ça reste le même, mais c'est des cas plus lourds quoi, donc c'est vrai que quelques fois...

- Madame F. : Oui, quand on va voir les assurés c'est quand même...

- Monsieur H. : On voit des assurés qui sont gravement malades donc ce n'est pas toujours... [...] quelques fois ils n'ont même plus envie, ils sont... quand ils ont des traitements lourds, pfff, ils ne se rappellent plus de rien, ils sont...

- Madame F. : Je suis allée en voir un à l'hôpital, je ne le ferai plus jamais [...] ils ne savent plus, leur traitement...

- Monsieur H. : Ils ne savent plus rien, ils n'ont plus envie c'est ça. »

Le travail d'enquête relatif à l'évaluation de la plausibilité des expositions déclarées est donc largement contraint par la nature de la maladie – latence, gravité – ce qui entrave une part déterminante du processus de catégorisation institutionnelle. Ici, le travail du CCPP, lorsqu'il a pu être réalisé, devient une ressource précieuse pour les agents : pour le malade passé par le service, la carrière professionnelle sera reconstituée de manière fine sur le certificat médical qui accompagne la déclaration.

Le travail d'enquête sur lequel repose la catégorisation administrative en « maladie professionnelle » paraît donc ici complexifiée du fait des spécificités de la pathologie cancéreuse. Cette complexité est également appréciée par les agents eux-mêmes, qui peinent parfois à se positionner dans l'espace de la caisse.

b. Se positionner dans l'espace de la caisse

Madame Marie décrit un travail de qualification complexe, relevant plus facilement des compétences des agents périphériques, soit des enquêteurs, pour leurs connaissances techniques acquises par la pratique, et des médecins, pour leurs connaissances des mécanismes biophysiques. L'agent administratif non-enquêteur serait ainsi insuffisamment qualifié.e pour évaluer l'effectivité des expositions professionnelles du malade, élément central de la catégorisation par la caisse. L'institution elle-même semble véhiculer l'idée d'une compétence insuffisante des agents, appuyant l'appréciation du « cancer professionnel » comme catégorie d'expertise, une appréhension reprise par certains agents. Madame Marie décrit ainsi la procédure qui fait suite à son classement administratif initial :

« Du coup c'est une décision collective ?

- Ben, toujours [...] c'est signé et c'est contrôlé, donc [...] par exemple si moi je le fais, c'est un enquêteur qui va le contrôler, voir s'il est d'accord avec moi parce que des fois ce n'est pas rigide quoi, ce n'est pas évident [...] c'est assez subjectif. »

Les avis rendus par les gestionnaires semblent ainsi systématiquement contrôlés par les enquêteurs, puis par les médecins-conseil. Dès lors, derrière cette idée d'une compétence limitée des agents, c'est l'action administrative elle-même qui participe à construire le « cancer professionnel » comme une catégorie médicale. Les agents administratifs apparaissent donc comme des leviers à la médicalisation de la catégorie alors même que, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la catégorie paraît plus « administrative-médicale » que « médico-administrative ».

De plus, madame Marie décrit des relations tendues entre les agents administratifs et « le service médical » :

« Les relations avec le service médical [...] sont assez compliquées parfois, pas avec les secrétaires médicales parce qu'on s'entend bien, on a une bonne cohésion mais c'est surtout le service médical, les médecins-conseil qui ne veulent pas toujours tout faire, qui sont pas toujours d'accord par rapport à l'administratif etc., c'est ça qui est plus compliqué. »

Les relations conflictuelles en cours dans cet espace se déploieraient donc entre l'administratif et le médical, ce qui n'inclut pas les secrétaires des médecins-conseil : l'opposition est statuaire, elle réside dans la culture professionnelle et les capacités d'agir, soit le « pouvoir » que détient chaque catégorie d'acteur au sein de la caisse. La responsable des risques professionnels décrit en ce sens de « *très bonnes relations* » et des contacts réguliers avec le service médical, probablement autorisées par un statut hiérarchique élevé – en sus de représenter un discours consensuel. Cette opposition décrite par la gestionnaire semble également reposer sur des savoirs non partagés, réduisant dès lors le champ d'expertise des agents administratifs et favorisant leur dépendance au service médical. Monsieur H. et madame F., les enquêteurs CPAM, regrettent ainsi un manque de formation médicale et toxicologique :

*« Parce que vous n'avez pas de formations médicales, enfin, de petites formations ?
-Monsieur H. : Si, on a eu des formations, mais assez succincts.
- Madame F : Médicales, non [...] ben non, on lit le titre [des tableaux] mais c'est... après ils nous parlent des HAP souvent, HAP... on ne sait pas [...] on aimerait bien qu'ils nous disent : "bon, tel produit ça peut effectivement générer la maladie" ou des petites choses, enfin ça va venir, c'est prévu au mois d'octobre. »*

Les divisions professionnelles et de classes affectent donc également celles et ceux qui sont en charge de la labellisation administrative : les rapports de pouvoir s'étendent au-delà de la seule relation « labellisateur-labellisé ».

En outre, complexité médicale et complexité réglementaire se croisent ici. Madame Marie décrit une législation mouvante, appelant à la vigilance et à une adaptation fréquente de sa pratique. Ce discours est repris par la responsable des risques professionnels de la CPAM qui évoque en effet une « *législation compliquée* », une dimension qu'elle préciserait au sein même des appels de poste qu'elle rédige. Elle met ainsi en avant la nécessité, pour « *les petites jeunes qui sont arrivées* » au sein du service, d'« *un minimum de six mois de formation de terrain* », soutenue par un « *réfèrent technique* ». Elle précise, de même, que cette complexité spécifique au cadre des AT/MP a suscité la mise en place d'un « *guide mutualisé* » d'aide à l'instruction. Cette mise en avant de la complexité apparaît ici comme un vecteur probable de la valorisation de la pratique des agents impliqués dans la catégorisation administrative des atteintes du travail. La catégorisation pratiquée au sein de la caisse s'effectue donc sur la base d'outils de rationalisation. Cette mission de classification est perçue comme complexe par les agents administratifs et peu remise en cause au vu d'une forme d'illégitimité ressentie dans le travail d'expertise technique, marquée notamment par une formation globalement réalisée « sur le tard ». Toutefois, la catégorisation dans cet espace paraît également affectée par le positionnement au sein de l'institution qui implique des relations spécifiques, mais aussi une certaine gestion des émotions face à la maladie – des éléments qui restent à creuser.

B. Les malades dans la procédure d'instruction

a. La double évaluation de l'honnêteté

On l'a vu, la procédure de catégorisation d'une maladie professionnelle au sein de la caisse se concentre autour d'un travail d'expertise initial de type administratif. Précisons toutefois que pour débiter, il nécessite que le service médical se prononce, à la suite des agents administratifs, sur la validité du certificat médical fourni par le malade : si la terminologie utilisée par le médecin ne correspond pas à celle des tableaux, le certificat sera rejeté. Cette organisation de la procédure révèle tout l'enjeu qui entoure le diagnostic médical et la capacité du médecin à le traduire en langage administratif (*cf* chapitre 4).

Après le contrôle de la « réalité de l'exposition » dans les cadres temporels imposés par les tableaux par les agents administratifs, le service médical de la caisse procède ainsi à la

vérification de la « réalité de la maladie »³⁴⁷. Dans l'espace de la CPAM, l'expertise d'un dossier est donc réalisée en deux temps importants liés l'un et l'autre à une dimension différente de la maladie potentiellement héritée « du travail » : son aspect professionnel, d'une part, qui renvoie à des considérations techniques concernant la plausibilité des expositions à certains cancérogènes dans des conditions documentées par le malade ; son aspect médical, d'autre part, soit sa « matérialité biologique », établie sur la base des compte-rendu médicaux. Ce second avis prime sur le premier, la décision finale relevant du médecin-conseil.

L'expertise médicale, réalisée en deux temps qui bornent les conclusions administratives, se matérialisent sous la forme de réunions de concertation, formalisées sous l'intitulé « colloque » :

« Mais c'est un colloque voilà, c'est-à-dire que nous on a un certificat, on demande [au médecin-conseil] si c'est ça et il regarde s'il a quelque chose dans son dossier, voir si on peut prendre ça, si le certificat est bon, parce que des fois [...] ce n'est pas forcément clair et après ben nous c'est un deuxième colloque, quand on redemande une fois que notre décision administrative est prise, ça s'appelle un colloque médico-administratif [...] c'est-à-dire qu'il y a notre deuxième décision et après la décision du service médical. » (Madame Marie, gestionnaire)

Les étapes d'expertise ainsi séquencées au sein de la caisse multiplient les nœuds possibles dans l'évaluation des dossiers : le certificat médical initial doit être correctement rédigé, les expositions documentées et les compte-rendu médicaux aisément accessibles (l'observation d'une permanence associative a montré que ce n'était pas toujours le cas). Cette récurrence des attestations médicales soutient un phénomène de dépendance du requérant à son – voire ses – médecin(s) (cf chapitre 4) : en l'absence de ces documents, l'accès à la catégorie est impossible.

Si le médecin généraliste comme les spécialistes autorisent l'accès à l'espace de la caisse, au sein de ce nouvel espace d'expertise, le médecin est un « médecin de contrôle », selon l'expression employée par le médecin-conseil régional chef. Il est en charge de vérifier la « matérialité » de la maladie et ses séquelles, soit d'évaluer la réalité de l'atteinte faite aux

³⁴⁷ Si les discours relatifs à l'indépendance du service sont nombreux, celui-ci se situe dans les mêmes locaux, au premier étage. Le médecin-conseil régional chef décrit ainsi l'organisation des services médicaux : « Nous on est complètement indépendants, on est organisés en service national, c'est-à-dire qu'il y a la direction des services médicaux, enfin, un certain nombre de médecins-conseil qui sont euh... sous l'égide du directeur du réseau médical, qui est une sous-direction de la caisse nationale, et puis, au niveau régional y' a un médecin-conseil régional, et au niveau des caisses primaires y'a des échelons locaux des services médicaux donc c'est un peu pyramidal si vous voulez, mais c'est indépendant. », un discours d'indépendance qui semble pourtant révéler une forte imbrication des services.

corps, avant d'en calculer la valeur. Le docteur Robert-Petit, médecin-conseil, décrit ainsi sa mission d'expertise médicale, soit son rôle dans la catégorisation institutionnelle :

« Y'a une partie médicale, c'est la colonne de gauche, donc savoir si la personne présente bien un cancer broncho-pulmonaire primitif, parce que vous savez, il faut se méfier... y'a des gens qui vont voir des lésions au scanner, des masses sur le scanner, et que ce ne soit pas un cancer. Si c'est marqué "suspicion de" nous ça ne nous suffit pas pour que ce soit reconnu en maladie professionnelle, il faut en avoir la certitude [...] moi, ma mission, c'est ça, c'est de voir le côté médical, savoir si les gens présentent bien la bonne pathologie qui est inscrite au tableau. »

Ce travail d'évaluation est réalisé uniquement sur pièces : le patient est présent, au mieux, par téléphone. C'est donc sur la base des imageries réalisées par le malade que le médecin-conseil va bâtir son expertise : les corps sont ici des corps sans chair, des « corps à plat » et de l'intériorité. Il revient ainsi au médecin-conseil de déterminer si les examens que le malade a réalisés témoignent bien de la maladie qu'il déclare. Les agents administratifs comme les médecins-conseils ont donc en charge de baliser l'accès à la catégorie. Les premiers se prononcent sur l'adéquation d'un dossier avec les critères administratifs en vigueur tandis que les seconds se prononcent sur l'effectivité de la maladie déclarée : le « prétendant à la catégorie » est d'abord un prétendant au statut de malade, puis à une indemnisation. En revanche, pour les agents administratifs, il (re)devient un malade lorsqu'il s'agit d'introduire un face à face, donnant à voir les corps abîmés : c'est toute la difficulté exprimée par les enquêteurs.

En cas de refus strictement médical, le malade pourra solliciter une expertise supplémentaire, pratiquée par un spécialiste et prise en charge par la CPAM : entre ici dans le « jeu » complexe de la catégorisation un rôle nouveau, celui du médecin désigné comme expert, face auquel le malade retrouvera un corps-matière. Celui-ci est choisi par le médecin traitant, avec un « suppléant », parmi une liste de trois noms de médecins exempts de tout « conflit d'intérêt » (médecin d'entreprise, médecin-conseil, *etc.*) proposée par la caisse. Les médecins peuvent ainsi glisser d'un espace à l'autre de la catégorisation avec des impacts multiples sur la catégorie : de l'expertise menée dans le cadre de la commission de maladie professionnelle (COCT) afin d'en élargir – ou contraindre – les frontières (*cf* chapitre 3), à l'information du patient et à la rédaction d'un certificat indispensable à sa déclaration (*cf* chapitre 4) en passant, donc, par « l'expertise bureaucratique » pratiquée au sein de la caisse avec, dans son prolongement, l'expertise menée dans le cadre du C2RMP (*cf* chapitres 3 et 4) et dans l'espace judiciaire (*cf* suite de ce chapitre).

Cette scission entre versants médical et administratif, pratiqué au sein du même espace de la caisse, tend à susciter la confusion chez des malades par ailleurs déjà fragiles, disposant de ressources sociales, culturelles et de santé relativement faibles pour mener à bien leurs démarches. C'est dans ce contexte éprouvant que vient se superposer le sentiment de ne pas faire l'objet d'une véritable considération : les multiples justificatifs demandés sonnent comme une remise en question de leur statut de malade – et, par conséquent, de leur bonne foi. C'est ce qu'explique madame Marie, confirmée dans ses propos par monsieur Sotto, syndicaliste :

« Nous on demande des documents, mais le service médical, une fois qu'il a connaissance qu'on a fait une demande de maladie professionnelle, ils vont redemander aussi d'autres documents, des compte-rendu plus médicaux tout ça donc parfois les assurés confondent, ils nous envoient à nous, ou ils n'envoient pas parce qu'ils disent "oh ben on a déjà répondu" [...] donc c'est vrai que pour les assurés c'est pas évident, en plus c'est des personnes qui sont quand même malades gravement donc qui ne sont pas forcément dans une condition physique qui leur permet aussi de s'attarder sur les questionnaires et sur tous les papiers [...] et puis en plus l'amiante, les 3/4 comme je vous disais, ce sont des personnes plus âgées donc elles ne comprennent pas forcément tout ce qu'on leur demande [...] ils ne comprennent pas, "on est malade, pourquoi vous nous demandez ?" "ben oui, ce n'est pas parce que vous n'êtes pas malade, on sait bien que vous êtes malade mais faut voir si c'est vraiment reconnu par rapport à l'activité professionnelle". »
(Madame Marie)

Cette remise en question du statut de malade, éprouvée au cours des démarches, peut également l'être après-coup, à la suite des résultats de l'expertise :

« Pour la plupart des gens que je connais, le fait que, pour des raisons administratives on va dire, la maladie professionnelle ne soit pas reconnue, pour eux c'est une négation du fait qu'ils sont malades, ils le prennent très mal, ils vivent ça très mal, parce que, pour eux, refuser la maladie professionnelle, ça veut dire "je n'ai rien". » (Monsieur Sotto)

La « mise à l'épreuve » de l'honnêteté du déclarant pendant la procédure d'expertise par la caisse d'assurance maladie peut parfois déboucher sur des situations ubuesques³⁴⁸. C'est ce que

³⁴⁸ Le compte-rendu de l'audition des partenaires sociaux, dans le cadre du rapport de la Commission relative à la sous-déclaration de juin 2014, va en ce sens. Il fait figurer ce constat de la CGT : « trop de problèmes de pratiques indignes persistent et font que par l'attitude de certains services dans les caisses primaires, le parcours du combattant se trouve encore complexifié. C'est inacceptable car le système de sécurité sociale a le devoir d'être au service des victimes et non pas de rajouter, par des suspensions et des méthodes inquisitoires, du complexe et du malheur. Il s'agit là d'un devoir d'alerte. Or, les comportements ont du mal à bouger, ce qui n'est pas recevable car ce débat ne se situe pas tant sur les moyens que sur les comportements. »

raconte madame Notus, correspondante pour l'ANDEVA, toujours scandalisée par l'événement qu'elle relate :

« Le monsieur, il a peut-être 80 ans, et je dis “un contrôle sur un brancard quoi !” non mais c'est n'importe quoi, on rêve ! J'étais en colère ce jour-là... [...] et je l'ai dit à la conciliatrice, elle m'a dit “oh, il fallait qu'il dise qu'il ne pouvait pas se déplacer ! » je dis “vous pensez, il n'a pas osé !” les gens on leur demande quelque chose, c'est presque comme on si on prouvait la vérité quoi, c'est ça, ils n'ont pas supporté, ils y sont allés, bêtement ils y sont allés ! On me demande de prouver que je suis malade, ben j'y vais en brancard mais j'y vais ! [...] remarquez que le dossier a été reconnu rapidement d'ailleurs. »

La rapidité de la reconnaissance ici évoquée questionne la place des corps dans la procédure de catégorisation administrative. On l'a vu, les corps sont généralement absents jusqu'à l'évaluation des incapacités. Dans le cas relaté, la procédure réintègre le malade et son corps, un corps ostensiblement abîmé qui va (potentiellement) agir en moteur de la prise de décision par la caisse. De fait, on pourra questionner le rôle du corps dans les pratiques de qualification, support actif de la compassion, elle-même ressort de l'investissement d'une logique sociale (Muñoz, 2003 (1)). La logique sociale, en effet, renvoie à une considération pour les difficultés propres au malade, au-delà de l'application stricte des critères réglementaires. Il s'agirait dès lors d'appréhender comment les désordres visibles du corps, tout comme « le face à face avec la misère » (Weller, 2004, à propos de Dubois, 1999), peuvent orienter les pratiques et, en premier lieu, le travail de qualification/catégorisation des agents administratifs et des médecins-conseil.

En outre, cette crainte de la fraude, qui implique de traquer toute tentative de profiter indûment des « avantages » associés à la catégorie, renvoie à des considérations morales relatives à ceux qui méritent l'aide apportée, souvent appuyées par un impératif de protection du système français, une orientation commune à bien d'autres secteurs (notamment la régularisation des migrants : Spire, 2008 ou les employés municipaux : Dardy, 1997). De cette façon, le rôle des agents comme des médecins-conseils s'étend au-delà de la simple traduction administrative pour apprécier la légitimité de la demande. Aussi, les agents administratifs comme les médecins-conseil désignent le « prétendant à la catégorie » prioritairement comme un « assuré ». La caisse faisant office d'assurance, la catégorisation en MP est renvoyée à une indemnité ouverte par cotisation : il ne s'agit donc pas d'attester d'un préjudice et de responsabilités spécifiques, une lecture souvent partagée par les malades eux-mêmes (cf chapitre 7). L'usage de ce terme dans le cadre des AT/MP questionne sa standardisation au sein des différents services, et interroge, tout comme la notion d'usager, la manière dont elle

« problématise le public de l'administration », et, *a fortiori*, les conceptions de l'Etat qu'elle porte (Weller, 2018, p.49).

L'espace de la caisse se donne donc à voir comme l'espace de remise en question des catégorisations profanes et médicales au profit d'une nouvelle considération à la fois rationnelle et morale sur le requérant méritant. Pour les associations, il s'agit de l'espace le plus rigide, sur lequel, peut-être, leur capacité d'agir est la plus limitée. Cette catégorisation multi-niveaux où chacun d'entre eux comporte des enjeux spécifiques, sème donc le trouble chez des patients souvent déjà vulnérables.

b. Une procédure contraignante

Les ressources sociales et culturelles dont le malade et/ou ses proches disposent, revêtent ainsi une certaine importance dans l'accès à la catégorie cancer professionnel. La compréhension des courriers réputés opaques de la Sécurité sociale sera en effet favorisée par la détention d'un capital culturel important. De nombreux malades peinent, en ce sens, à déterminer si leur maladie a été reconnue, ou non, en maladie professionnelle. Certaines procédures sont ainsi avortées prématurément à la suite d'une mauvaise compréhension du système de reconnaissance lui-même, de ses temporalités, et des courriers-types transmis par la Sécurité sociale – la complexité de la « terminologie administrative » a été citée à maintes reprises par mes interlocuteurs, y compris dans l'espace médical. Monsieur Périssé, par exemple, explique les difficultés qu'il a connu dans le remplissage des documents transmis par la caisse afin de restituer son parcours professionnel et les expositions subies :

« Il m'avait demandé des tableaux pour ma carrière, de telle année à telle année c'est ce que j'avais fait mais on n'est pas assez renseignés de la façon qu'il faut [remplir], parce que nous on met les grosses lignes, mais il aurait fallu que je rentre plus dans le détail : de telle année à telle année j'avais marqué "amiante" au début, après j'ai marqué "poussière", après j'ai marqué "fumée de zinc, d'alu", après j'ai marqué "mercure", mais la deuxième période de travail, il aurait fallu que je marque "poussière plus amiante" parce que y'a eu de l'amiante quand même, mais je ne l'ai pas marqué. Mais ça, ça fait foi quand même ; après, pour revenir sur ce que vous avez marqué, vous ne pouvez plus [...] »

Aussi, selon madame Marie, l'existence de critères rigides liés à la modélisation sous forme de tableaux – cette rationalisation précédemment évoquée – n'est pas toujours bien saisie par le malade :

« C'est pour ça que pour les assurés ce n'est pas forcément évident, surtout quand ça va en C2RMP, je crois que c'est le pire pour eux, donc on leur explique comme quoi le délai d'instruction et l'avis motivé sont obligatoires, etc. etc. alors des fois ils

nous disent “ben si, j'ai été exposé” alors on leur dit “oui mais peut-être pas suffisamment par rapport à ce que demandent les tableaux”. »

Souvent, les malades apprécient l'exposition sur un mode binaire : celle-ci a existé dans ses effets délétères, ou n'a pas existé. La nuance apportée par l'existence de critères n'est donc pas intuitive, les codifications réglementaires et gestionnaires sont difficilement saisies. Cette modalité de lecture renvoie à la question du préjudice d'exposition : au-delà de l'accès à la catégorie « maladie professionnelle » en tant que catégorie institutionnelle, il s'agit d'interroger l'existence d'une responsabilité liée à la mise en danger du salarié. C'est, en réalité, toute la problématique portée par la construction de son cadre légal, soit l'abandon d'une responsabilité judiciaire au profit d'une présomption d'imputabilité, au prix d'une réparation forfaitaire (cf chapitre 3).

Madame Marie décrit également une procédure lourde et chronophage, contrainte de surcroît par l'âge et l'isolement³⁴⁹. En effet, la maladie, et à plus forte raison, le cancer, qui souffre dans le corps social d'une image particulièrement négative, est un temps de vie qui isole (Ménoret, 1999 ; Marchand, 2018). Cet isolement peut faire suite à la fois au trouble suscité par la maladie dans les relations sociales – quand la maladie est sue et vue – et aux conséquences de la maladie elle-même – quand la maladie diminue les capacités physiques et cognitives. Monsieur Durand, placé sous oxygène du fait de ses multiples problèmes pulmonaires (cf chapitre 8), exprime ainsi les limitations qu'il subit dans sa vie sociale :

« Hier soir je veux aller chez le D. mais 'faut monter un étage, alors je lui dis “non, ce n'est pas que je ne veux pas, ce n'est pas possible”, j'arriverais au-dessus [mime l'essoufflement] essoufflé pendant au moins 15, 20 minutes... »

Or, la complexité des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle combinée à l'état de fatigue générale des malades, nécessitent souvent une aide dans leur réalisation, d'autant plus lorsqu'elles tardent à aboutir. Les conséquences sociales du cancer et les exigences collectives de l'accès à un tel droit sont en inadéquation. Monsieur D., bénévole au sein du « gros groupement local de l'ANDEVA », souligne ainsi le rôle salutaire des associations, souvent avancé par les malades eux-mêmes (cf chapitres 6 et 7) :

³⁴⁹ Sur ce point, le rapport de Santé publique France concernant les cas de mésothéliomes fait état d'une moindre tendance à la déclaration en maladie professionnelle des individus ne vivant pas en couple dans une proportion nettement significative (l'Odd Ratio pour les personnes vivant en couple étant égal à 1,6).
Op.cit.

« On a une administration qui est tellement compliquée, envoyer le bulletin pour déclarer la maladie, c'est facile, mais alors après, ça devient compliqué parce qu'on nous renvoie un questionnaire, et le questionnaire, après, faut choisir les mots, mettre les bons mots au bon endroit, le remplir correctement et appuyer les dires, nous on le fait par des témoignages de collègues de travail, et ça, les gens disent "vous ne l'auriez pas fait, j'arrêtais là." »

La grande incompréhension dans laquelle se situent les malades face à une procédure aux séquences multiples et au langage codifié, paraît faire consensus auprès des acteurs de cet espace. Monsieur H. et madame F., enquêteurs CPAM, soulignent jusqu'à l'absence de sens associé à une démarche pesante (cf chapitre 7) :

« Monsieur H. : Oui, ben quelques fois, c'est souvent initié par le médecin traitant donc "mon médecin m'a dit de faire ça" mais ils ne savent pas trop effectivement quels sont les enjeux, c'est vrai. Surtout les personnes âgées des fois "à quoi ça sert ?" »

- Madame F. : "Encore des papiers" – rires.

- Monsieur H. : Parce qu'en plus c'est assez lourd c'est vrai. Quelques fois ils sont un peu largués on peut dire [rires]. »

Si cette démarche est définie comme lourde, c'est également parce qu'elle est longue. Les délais d'instruction sont ainsi presque systématiquement maximisés pour être étendus à six mois, le délai maximal réglementaire (« *Les maladies professionnelles de toute façon... c'est déjà arrivé qu'on ait fait des accords dans les trois mois mais bon, pour les cancers non, rarement et puis, déjà c'est rare les autres, mais alors là...* », gestionnaire CPAM). Aussi, ce temps est un temps à rallonge pour des diagnostics vitaux qui ne sont parfois que de quelques mois. Monsieur Masson, dont l'épouse est décédée à 57 ans et en l'espace de quelques mois d'un mésothéliome³⁵⁰, en rend compte ainsi : « *Quand on sait le peu de temps qui reste, des délais comme ça, ce n'est pas compatible.* » Cumulés aux temporalités d'un passage en contentieux, pour ceux qui décideraient malgré tout de poursuivre les démarches, les parcours peuvent au bout du compte s'étendre sur plusieurs années.

C. Les employeurs : des pratiques défensives

a. Une enquête pour définir des responsabilités

³⁵⁰ Madame Masson travaillait, depuis 1977, au sein d'une entreprise de fabrication d'articles de confection et de systèmes de ventilation destinés au secteur industriels ainsi que d'équipements militaires et paramilitaires en tant que mécanicienne de confection.

L'évaluation de la matérialité de l'exposition comme de la maladie a pour finalité l'établissement de responsabilités entre deux parties antagonistes, une démarche spécifique dans tout le panel des catégories d'action publique. Versant médical, donc, le médecin-conseil régional chef décrit un rôle d'arbitrage :

« Ceux qui ont surtout des contacts avec les employeurs, c'est la CARSAT... Les caisses aussi un peu, puisqu'il y a une partie dans l'instruction d'une maladie professionnelle ou d'un AT : l'employeur, et c'est normal, peut demander à prendre connaissance des pièces du dossier... c'est la notion d'instruction contradictoire, [...] bien que je ne sois pas juriste, je dis souvent aussi "notre rôle à nous, en tant que médecin, c'est un peu comme un juge d'instruction, c'est d'instruire à charge et à décharge", donc c'est d'être neutre en fait. »

À ce souci de neutralité, la responsable des risques professionnels répond en écho par un souci de « justesse ». Pour être légitime, l'expertise se doit donc d'être impartiale, un objectif qui repose sur la réglementation, garante d'une décision équilibrée. Elle décrit ainsi le positionnement de son service :

« On ne favorise pas plus un employeur qu'un [salarié], ni plus ni moins, [...] nous on respecte la réglementation donc on essaie d'être au plus juste pour tout le monde, si un accident doit être refusé parce qu'on voit que l'assuré ne s'est pas fait mal au boulot, ben on va refuser, on ne va pas dire "on refuse parce que l'employeur il ne l'aura pas", c'est parce qu'on n'a pas ce qu'il faut pour accorder l'accident. »

Cette description vient compléter – et réajuster – la réponse formulée à une précédente question, concernant la critique entretenue dans les espaces associatifs et syndicaux, notamment, d'un parti-pris de la caisse en faveur des employeurs :

« Ça c'est, je vais dire, archi faux, nous on va essayer de privilégier toujours l'assuré, ce sont nos assurés, il ne faut pas qu'ils soient en rupture de droit, c'est important, on est là nous pour aider les assurés sociaux, l'Assurance maladie ce n'est pas pour les employeurs entre parenthèse, c'est pour les assurés sociaux, donc notre but nous, c'est de satisfaire nos assurés sociaux, de satisfaire nos employeurs également parce que, bon, on a aussi des enquêtes de satisfaction auprès des employeurs [...] »

Cette description initiale d'une posture de clémence envers les « assuré.e.s » vient trancher avec le discours du médecin-conseil chef qui décrit l'intérêt collectif d'une restriction des indemnités versées, une logique gestionnaire que nous avons abordée. Cette logique de gestion trouve toutefois un écho dans la terminologie utilisée par la responsable des risques professionnels dans l'extrait ci-dessus : elle y évoque la satisfaction des parties, employeurs et malades, ainsi que son évaluation. La définition des responsabilités repose alors bien moins sur des notions de justice sociale que sur des principes gestionnaires, pris dans la logique et les outils du management. De plus, évoquer les malades en termes d'assurés extrait la mission de

la caisse et de ses agents d'une conflictualité sociale : il s'agit d'arbitrer l'accès à une aide sociale, et non de préjuger d'un préjudice, ou de « prendre parti » sur la base d'une éventuelle proximité sociale.

Le « travail d'enquête » vise donc, dans un premier temps, à arbitrer entre employeur et malade. Si la demande du malade est jugée légitime, on pourrait s'attendre, dans un second temps, à un nouvel arbitrage entre employeurs afin de définir et de distribuer les responsabilités en situant les expositions subies. Or, la législation prévoit l'imputation de la maladie professionnelle au dernier employeur ayant exposé au risque, un cadre qui mène bien souvent à mettre en cause le dernier employeur, ainsi défini comme interlocuteur principal :

« La procédure contradictoire décrite en amont ne concerne pas nécessairement l'entreprise ayant exposé mais uniquement le dernier employeur, les précédents demeurant en dehors de la procédure. En effet, dans la pratique, les gestionnaires AT-MP adressent un courrier au dernier employeur pour l'informer du départ de l'instruction d'un dossier, répondant ainsi à leur obligation d'information avant même que ne démarre l'enquête de la CPAM visant à déterminer où, quand et à quoi la personne a été exposée ; il ne peut dès lors s'agir que du dernier employeur. » (Durand et Ferre, 2016, p.8)

De cette façon, de nombreuses entreprises peuvent se trouver préservées d'une sanction financière, invisibilisées par des carrières fragmentées.

b. Des pratiques d'évitement

Nier ou circonscrire le risque

Aux dires des employés de la caisse (appuyés par des militants – cf chapitre 6), face à ce processus d'arbitrage, les employeurs développent des pratiques de contournement de leurs responsabilités. Souvent, les questionnaires, outils de support à l'enquête administrative, ne sont pas renvoyés. Cette pratique d'occultation reste toutefois compensée par les enquêteurs CPAM qui vont solliciter systématiquement, pour les cas de cancer, une rencontre avec l'employeur – dans les cas, évidemment, où l'entreprise existe toujours, le délai de latence dans la survenue du cancer contraignant cette probabilité. Dans ce cadre, les discours sont fréquemment défensifs : « *oh non, chez nous y'avait rien !* » et postulent l'absence de preuves : « *on n'a plus de témoignages, on n'a plus de traces, on n'a plus d'archives, on n'a plus...* » (enquêteurs CPAM). Pendant l'enquête, les employeurs semblent donc développer une forme de stratégie d'effacement des responsabilités par la négation et l'oubli, favorisée par un contexte temporel distendu, et ce malgré des antécédents d'imputation de maladies

professionnelles. C'est ce qu'explique madame Mongeot, secrétaire du gros groupement local de l'ANDEVA :

« Alors, non, bizarrement [les précédents] ça ne facilite pas. Ça ne facilite ni sur la reconnaissance de maladie professionnelle, ni sur la faute inexcusable de l'employeur puisque l'employeur dit toujours, soit "je les ai protégés", soit "au poste que monsieur occupait, il n'y avait pas d'amiante". »

L'objectif est donc aussi de circonscrire le risque : si l'employeur consent à admettre sa présence, il s'agit pour lui d'en limiter autant que possible le périmètre. Cette stratégie passe soit pas une limitation de l'intensité du risque par la mise en avant d'une protection suffisante, soit par l'affirmation d'une responsabilité partagée avec les autres employeurs du salarié-demandeur (cf point suivant).

Contourner la responsabilité par l'oubli

Les employeurs peuvent également mettre en œuvre une « stratégie de l'oubli ». Souvent, on l'a vu, les employeurs se délestent des travaux les plus dangereux sur les sous-traitants (Thébaud-Mony, 2007). De fait, les travailleurs intérimaires, parfois des migrants amenés à partir du pays dans lequel ils ont travaillé plusieurs années et qui cumulent les missions, se trouvent en fin de carrière bien incapables de restituer – et plus encore de prouver – chaque situation d'exposition, un frein par l'oubli à l'accès à la catégorie. Ainsi, « ce modèle de protection sociale qui se fonde, d'une part, sur le statut de salarié et, d'autre part, sur l'assurance, n'épouse bien que les évolutions de carrières stables et constantes » (Muñoz, 2003, p.82). Monsieur Mangin, bénévole à l'ANDEVA44, déplore cet effet de la fragmentation des carrières, en reprenant bien la tension qui se joue entre les arguments médicaux et la quête de traces :

« Mais seulement, il faut pouvoir le prouver, parce que il n'y a pas de témoignages, les entreprises c'était des petites boîtes, puisque c'est des rangs deux, trois, enfin, tu vois, c'est des sous-traitants très loin derrière, bon, on n'arrive pas à obtenir des témoignages et c'est vrai que quand on a des cancers, honnêtement, moi ça me dérange un peu de ne pas pouvoir faire reconnaître, parce qu'on a des éléments médicaux, mais à côté de ça, on n'a pas d'éléments pour prouver l'exposition. »

Cette « stratégie de l'oubli » se joue parfois également en-dehors du champ de la caisse, avec la mise en place de pressions, voire de chantages, à la non-déclaration. Monsieur Gazeau, ouvrier lui-même atteint d'un cancer bronchopulmonaire reconnu en lien avec l'amiante, raconte ainsi, à propos d'un ancien collègue atteint par un cancer de la gorge et un cancer du poumon, que l'entreprise aurait continué à lui verser son salaire en échange de son silence sur le rôle de l'amiante dans son état de santé.

Recourir au contentieux

Le développement de ce type de stratégie de contournement par les employeurs se poursuit en aval de la décision de la caisse. S'il est décidé que le cancer expertisé répond aux critères d'un « cancer professionnel », l'employeur peut contester cette décision. Les enquêteurs CPAM décrivent des pratiques de recours au contentieux systématiques :

« Monsieur H. : Ah ben oui, y'a des contentieux après. Bon, ça, nous on ne suit pas de trop mais...

- Madame F. : Ils contestent la prise en charge.

- Monsieur H. : Ah ben oui, dès l'instant où il faut payer... ils n'aiment pas de trop.

- Madame F. : Les défauts de procédure, ils en cherchent aussi.

- Monsieur H. : Ah ben ça, ils cherchent la p'tite bête partout, 'faut dire qu'on leur a bien donné le bâton pour se faire battre parce que c'est tellement lourd comme procédure que c'est souvent qu'il y a des failles. »

Cette tendance est favorisée par une procédure décrite comme complexe, porte ouverte à des failles facilement décelables par des experts juridiques auxquels les grosses entreprises peuvent aisément avoir recours – et ce d'autant plus lorsqu'elles font l'objet de déclarations récurrentes. C'est ce que confirme le président du « petit groupement local de l'ANDEVA », monsieur Teyer :

« Oh oui, oui, aujourd'hui on a des patrons qui, systématiquement, refusent tout. [...] À chaque fois [...] ça fait huit ans qu'on a monté l'association, aujourd'hui, quand il y a une plaidoirie de l'avocat par exemple de [nom de l'entreprise], il raconte les mêmes choses qu'il y a six ou qu'il y a huit ans. Voilà. »

L'objectif évident est d'échapper à la sanction financière, parfois lourde, avec pour possibilité d'appui l'argumentation morale d'avantages préservés pour le malade. En effet, la contestation, par un employeur, de sa responsabilité dans la survenue de la maladie dont souffre l'un de ses anciens salariés, ne contraint pas la catégorisation et ses « avantages indemnitaires » pour le malade. Ici, mise en catégorie et indemnisation s'émanent l'une de l'autre : « une décision de prise en charge est définitive vis-à-vis de la victime. Les réserves de l'employeur ne la remettent pas en cause³⁵¹, pas plus qu'un recours exercé par l'employeur, même s'il aboutit³⁵² ». Cette configuration repose sur le principe d'indépendance des rapports caisse/victime, caisse/employeur et victime/employeur (Durand et Ferre, 2016). Ainsi, madame Kanziki, la

³⁵¹ Cass. 2^{ème} civ., 5 avr. 2007, n° 06-10.017

³⁵² Cass. 2^{ème} civ., 19 févr. 2009, n° 08- 10.544

juriste salariée à mi-temps par la FNATH et par un cabinet qui défend des employeurs, situe bien les intérêts de ces derniers dans la contestation :

« Bah ils ont tout intérêt parce que ça leur coûte cher. Après, ce qu'il faut savoir, c'est que depuis 2011, les relations caisse-employeur-salarié sont indépendantes, donc ce qui est acquis pour l'employeur dès le départ, admettons un refus, il sera acquis jusqu'au bout, même si le salarié conteste. Après c'est juste une histoire de gros sous, quand vous voyez qu'un décès pour un employeur qui a à peu près un effectif de 200 personnes, ça lui augmente son compte AT/MP de 450 000€ pendant trois ans, on comprend pourquoi il a tout intérêt à venir contester. »

Les pratiques des employeurs sont donc parfois offensives. Les « fenêtres » d'entrée à la contestation sont ainsi nombreuses pour l'employeur : la remise en cause de la désignation de la pathologie, le dépassement du délai de prise en charge, la contestation de l'exposition au risque, la démonstration d'une absence de lien entre la maladie et l'activité professionnelle du salarié, ou encore la sollicitation de l'avis d'un deuxième C2RMP³⁵³. Ces nombreux recours sont autant d'occasions de contourner la sanction financière, ici au centre des enjeux de catégorisation institutionnelle.

Pour autant, l'appréciation individuelle portée sur la légitimité de la catégorisation serait relativement autonome de ces considérations économiques : ce n'est pas tant le caractère professionnel de la maladie qui fait l'objet d'une contestation que la sanction financière. Madame Kanziki sépare ainsi les employeurs de « bonne volonté », soucieux des conditions de travail de leurs salariés et aptes à valider le caractère professionnel de la maladie mais pas les pénalités que le cadre légal leur impose, des « autres » :

« Il y a deux types d'employeurs : vous avez l'employeur qui va protéger ses salariés, qui ne va pas remettre en cause que la maladie a été contractée chez lui, qui a reconnu avoir utilisé tel ou tel produit, mais qui va en fait limiter l'aspect financier le concernant, bien souvent c'est ça, c'est-à-dire que lui, il conteste, non pas parce qu'il n'est pas d'accord, il conteste parce qu'il veut limiter les dégâts financiers. »

Dès lors, l'employeur devient, en quelques sortes, la victime d'un système trop dur. La mention de ce coût élevé de la réparation pour les entreprises paraît spécifique à certains acteurs : médecins-conseil et cette juriste – qui se consacre, à mi-temps, à la défense des employeurs, révélant un positionnement nuancé.

³⁵³ En ligne : http://www.wk-rh.fr/preview/BeDhHIEjDgEiHkCfKoDi/presse/cdrh/les_cahiers_du_drh_2014/accident_du_travail_et_maladie_professionnelle_maitriser_les_procedures_pour_contester_avec_efficacite

Toutefois, le recours au contentieux pour les entreprises est décrit comme en expansion par le docteur Robert-Petit, médecin-conseil à l'échelon local : « *Le risque AT/MP, c'est uniquement financé par les employeurs. C'est pour ça d'ailleurs qu'ils contestent de plus en plus.* » Ce constat, non chiffré, n'est pas sans lien avec l'indicateur « contentieux » développé par la caisse, qui vise justement à en réduire le nombre. Cependant, le sens de cette relation pose question : ce constat est-il suscité par le développement de l'indicateur ou inversement ? En outre, selon elle, l'organisation du financement des atteintes professionnelles générerait également un chantage à l'emploi (plus ou moins) implicite. Les salariés pourraient ainsi censurer leurs démarches par « *la peur des représailles de l'employeur* » étant donné que « *quand les gens sont en activité, c'est sûr que ce n'est pas bien vu, comme c'est financé uniquement par les cotisations employeurs* », ce que les entretiens avec les malades ont confirmés (cf chapitre 7).

Contourner les sanctions financières

Enfin, ces stratégies d'évitement se poursuivent au-delà de l'espace de la caisse, comme en témoignent les nombreux défauts de remboursement que connaît le FIVA. En effet, lorsqu'une entreprise est reconnue responsable de la maladie de l'un de ses anciens salariés, celui-ci peut solliciter le remboursement de l'indemnisation complémentaire versée en s'inscrivant dans une procédure de FIE. Dans ce cadre, il s'agit pour le FIVA de démontrer que la maladie relève d'un manquement de l'employeur à ses obligations de sécurité. Les démarches étant lourdes et coûteuses, les procès sont peu nombreux³⁵⁴. De plus, lorsque les démarches sont menées et instruites favorablement pour le FIVA, les entreprises n'hésitent pas à faire appel et vont, parfois, jusqu'à s'abstenir de verser les sommes dues, comme l'explique monsieur Teyer :

« Alors, quand un cancer est reconnu en maladie professionnelle, donc vous êtes indemnisé par le FIVA, le FIVA il doit se retourner contre l'entreprise pour récupérer son argent, des fois il ne le fait pas, mais des fois l'entreprise elle trouve des parades pour ne pas payer, pour ne pas payer le remboursement, souvent même. »

Certaines entreprises se retournent également contre l'État. Le motif invoqué est celui de la légalité du risque³⁵⁵. Ainsi, en 2015, le Conseil d'État admettait qu'en employeur condamné

³⁵⁴En ligne : <http://www.journaldelenvironnement.net/article/amiante-il-manque-une-volonte-politique-pour-regler-le-probleme,29153>

³⁵⁵ Pourtant, la nocivité de l'amiante est largement documentée depuis le milieu du XX^e siècle. Le premier tableau de maladie professionnelle lié à l'amiante date ainsi de 1945. Il est alors intitulé : « Maladies consécutives à l'inhalation de poussières siliceuses et amiantifères ».

En ligne : <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2030>

pour « faute inexcusable » puisse « se retourner contre l'État pour réclamer un remboursement partiel, en cas de faute de l'administration »³⁵⁶. Les entreprises se dégagent ainsi de leur responsabilité au nom d'une réglementation insuffisante et circonscrivent d'elles-mêmes leur autonomie. Le cas que relate le journal l'Humanité est celui de la CMN, une entreprise de construction navale. Condamnée pour des expositions à l'amiante de ses salariés, elle a saisi la justice pour demander la prise en charge, par l'État, des indemnités versées. Après un long périple judiciaire, le conseil d'État a finalement estimé que l'État avait sa part de responsabilité pour une période antérieure à 1977, date à laquelle la manipulation de l'amiante dans le cadre professionnel commençait à être réglementée. Cette décision permet donc aux employeurs de poursuivre, sur le terrain judiciaire, leur stratégie de contestation et de déresponsabilisation dans la survenue des maux du travail. Cette tendance, cependant, sonne comme une régression, l'argument des associations de défense des victimes de l'amiante, dans les années 1990, à l'aube du scandale sanitaire, ayant été celui d'une connaissance du risque volontairement occultée par les entreprises.

Les logiques de catégorisation et de définition des responsabilités en cours dans l'espace du contentieux nécessitent donc d'être questionnées.

3. L'ouverture de l'espace judiciaire : ajuster les frontières de la catégorie

A. La CRA : prélude au contentieux ou prolongement de la caisse ?

Le refus de prise en charge d'une pathologie au titre de la maladie professionnelle par la caisse peut ouvrir sur un contentieux. La première instance potentiellement mobilisable est la Commission du recours amiable, une commission interne. Ce contentieux est dit « technique », et précède le « contentieux juridique » qui correspond à l'investissement de l'espace judiciaire *via* une saisine du TASS. Je n'ai malheureusement réuni que très peu d'informations de terrain la concernant tant elle paraissait floue aux agents rencontrés – ce qui ne manquera pas de venir confirmer, en revanche, à quel point le processus de catégorisation institutionnelle est fractionné et soumis à de multiples évaluations d'acteurs pas toujours bien au fait du fonctionnement des instances dans lesquels ils ne se situent pas. La responsable des risques professionnels de la caisse en fait ainsi une description vague :

« *Qui est à la Commission de recours amiable ?* »

³⁵⁶ En ligne : <https://www.humanite.fr/amiante-les-employeurs-fautifs-peuvent-faire-payer-letat-589853>

- Ce sont des administrateurs [...] déjà, les dossiers sont préparés par le service relation juridique, c'est eux qui réceptionnent les contestations, qui préparent les dossiers en vue de la commission du recours amiable, et ce sont tous des administrateurs de la caisse mais qui peuvent être administrateurs de plusieurs organismes [...].

- Ils ne sont ni médecins ni administratifs ?

- Ils ne font pas partie du personnel de la caisse ni du service médical, voilà, donc en commission du recours amiable il y a toujours représenté le service médical, [...] il y a un agent du service relation juridique qui est là pour présenter des dossiers auprès de la commission du recours amiable, par contre les décisions sont prises par les administrateurs qui sont externes – ils sont administrateurs de la caisse mais ils sont externes à la caisse primaire, ce ne sont pas des personnels de la caisse. Et là je ne sais pas combien ils sont [...] en général, je pense qu'ils doivent être cinq ou six à être présents, mais là je pourrais pas affirmer parce que [...] nous on ne s'en occupe pas du tout. »

De leur côté, les associations ont peu foi en cette instance qui, selon elles, se bornerait à valider la décision de la caisse. Les bénévoles du « groupement sécessionniste » lorrain questionnent ainsi vivement son utilité :

« Monsieur Lambert : Alors, y'a la possibilité d'un recours hein, les gens sont informés que, dans les deux mois, ils peuvent interpellier la Commission de recours amiable...

- Madame M. : La très mal nommée Commission de recours amiable.

- Monsieur Lambert : Systématiquement elle suit les décisions de la caisse, systématiquement ! Je n'ai jamais vu de dossiers en 15 ans qui allaient contre la caisse, c'est une commission qui ne sert strictement à rien. »

Ce morcellement participe en tous les cas à complexifier l'appréhension de l'entièreté d'un parcours de déclaration au sein duquel un malade a, dès lors, toutes les chances de se perdre.

B. Un espace autonome

a. « Preuve scientifique » versus « preuve juridique » ?

La décision de la Commission de recours amiable pourra être contestée à son tour devant le Tribunal des affaires de la sécurité sociale, première étape d'un parcours judiciaire. La logique de catégorisation en cours dans cet espace est spécifique, mais pas indépendante : le TASS mobilise régulièrement un second avis de C2RMP afin de statuer. De plus, les recours au TASS sont souvent motivés et/ou soutenus par les associations, à tel point que l'un des avocats rencontrés décrit une relation de dépendance forte entre les juristes spécialisés sur la question des dommages corporels et les associations qui jouent alors un rôle de « recruteur » et de soutien de proximité. Gravitant entre ces deux espaces associatifs et judiciaires, on retrouve la figure précédemment présentée du docteur Palait, « l'expert indépendant », qui vient injecter une logique médicale dans ces univers, et la refaçonne à leur contact. Dans l'espace judiciaire des

maladies professionnelles, l'expertise médicale est un outil, support au plaidoyer, plus qu'une condition nécessaire pour défendre une cause.

La preuve scientifique, qui relèverait de « l'ordre de la vérité », serait donc à distinguer de la preuve judiciaire, qui relèverait quant à elle de la persuasion (Levy-Bruhl, 1964). Pourtant, cette binarité lisse la complexité du « faire preuve » (et du concept de vérité). La preuve juridique est ici entendue – comme souvent – comme « preuve dans le procès » (« preuve dans une activité juridictionnelle », soumise à des règles et à un contexte spécifiques), par opposition à la preuve dans la science (« preuve dans une activité de connaissance ») omettant ainsi les « multiples dimensions de l'activité probatoire », parmi lesquelles « la rhétorique probatoire » ou « l'argumentation statistique » (Leclerc, 2013), des pratiques qui ne sont pas étrangères à la sphère scientifique. Aussi, s'émancipant nettement des ordalies, différents progrès scientifiques ont soutenu, dans l'histoire, des velléités de rapprochement de la preuve judiciaire de la preuve scientifique (Halpérin, 2009) venant brouiller d'autant plus les frontières entre ces deux types de preuve – à la faveur du juge ou du scientifique³⁵⁷.

De manière plus fondamentale, produire un énoncé scientifique n'implique pas systématiquement l'administration de la preuve selon la méthode expérimentale. Dans nos disciplines (par opposition aux sciences dites « dures »), les méthodes retenues pour produire de la connaissance sont autres : la corrélation statistique, la comparaison, la « critique et l'agir sur le monde » par empirisme, ou encore la description fine et détaillée d'une situation sociale, à la manière des interactionnistes et des ethnométhodologues (Milard, 2008). Ces méthodes s'émancipent plus ou moins de la démarche expérimentale et peuvent évidemment se combiner. Aussi, la production d'une preuve scientifique ne se limite pas à « l'activité de connaissance » selon une vision fantasmée d'une pure restitution du réel mais implique également des techniques, des savoir-faire et des modes de socialisation qui impliquent une capacité à convaincre et garantissent l'autorité scientifique (Leclerc, 2013). La preuve est donc une activité

³⁵⁷ L'émergence de la médecine légale – ou judiciaire – au XVI^e siècle, en ce sens, illustre bien ce brouillage des frontières. Dans le cadre d'une affaire pénale en effet, les rapports des médecins légistes « mettent en preuve le cadavre ou le corps blessé » (Porret, 2010, p.4). L'expert mobilise ses connaissances scientifiques pour déduire des corps la causalité probable de la mort et le mode opératoire du crime, au point qu'après 1850, « ils en font la science positive du crime dont l'application au nom du progrès médical se généralisera aux divers aspects de la question sociale » (*ibid.*, p.8) sous l'influence notamment du médecin Emmanuel Fodéré.

sociale, soumise en ce sens aux enjeux de pouvoir et de domination (Milard, 2008) qu'elle soit donc scientifique ou juridique.

Si, au fond, leur nature diffère moins que ce que laisserait à penser une lecture classique, dans l'espace du procès, ces deux types de preuve ne se fondent pas systématiquement : la rhétorique légale peut se substituer à l'argumentaire médical, proposant une relation inverse à celle qui est portée par la médecine légale³⁵⁸. Le docteur Palait décrit ainsi une logique judiciaire qui s'affranchit parfois de la logique médicale, un mécanisme permis par la dimension double de la catégorie institutionnalisée – tout en continuant, toutefois, à situer « la vérité » du côté du médical, comme semble en témoigner l'usage du terme « admettre » :

« J'aime beaucoup travailler avec ce cabinet parce qu'ils sont gonflés, mais ils acceptent l'expertise médicale que je fais. Et même quand je donne un avis défavorable, des fois ils disent “bon, on y va quand même parce qu'on est des avocats” mais ils admettent, vous voyez ce que je veux dire ? »

Cette distinction entre preuves médicales et preuves légales est également évoquée par la juriste de la FNATH. Elle explique, ainsi, le caractère insuffisant de l'attestation médicale pour faire reconnaître une maladie professionnelle au nom d'une approche qui resterait uniquement déclarative :

« Quand [le centre de consultation de pathologies professionnelles] reçoit [les malades], il ne va pas aller faire d'investigation, c'est-à-dire qu'il va se fonder uniquement sur ce que le salarié allègue. Et c'est ce qui nous avait été reproché nous au tout début à la caisse en nous disant “ça ne vaut pas lien de causalité entre les deux puisque ça ne reste que de la déclaration du salarié” donc il faut apporter d'autres éléments. »

Dès lors, l'expertise pratiquée par le champ médical, matérialisée pourtant sous la forme d'un certificat³⁵⁹, ne pourrait, à elle seule, faire preuve. Faire preuve nécessite des traces, des éléments tangibles qui attesteront de la matérialité de l'exposition. Cette mission pourra relever du travail associatif et syndical afin de contrer l'argumentaire défensif des employeurs généralement orienté autour de cette question de la preuve. Différents niveaux de preuve se combinent donc ici. Déjà, la preuve en situation professionnelle, c'est-à-dire attester de la présence à un poste et du travail « réellement » réalisé, soit « cette expérience faite de

³⁵⁸ Soit celle de « l'application de la Médecine à la loi ou aux lois » (Mahon, 1801, cité par Porret, 2010, p.10) dans une optique positiviste.

³⁵⁹ Le certificat oscillant lui-même entre valeur scientifique et réglementaire.

répétitions et d'imprévus, de routines et d'aléas, dans lesquels l'exposition aux cancérogènes se décline selon mille variations » (Thébaud-Mony, 2004, p.117). Pour la saisir, elle nécessite d'évacuer le travail prescrit et de se situer en-dehors de l'abstraction du « travailleur moyen » (Lanna, 2013). Ensuite, la preuve « scientifique », soit la preuve de la causalité entre l'agent incriminé et la pathologie concernée³⁶⁰. Enfin, la preuve de la légitimité de l'incrimination d'une entreprise dans l'exposition du salarié qui, combinée au premier niveau de preuve, permet de définir une responsabilité juridique³⁶¹.

Cette autonomisation des logiques médicales et légales conduit parfois, selon le docteur Palait, à une catégorisation non légitime d'un point de vue médical, synonyme d'une indemnisation « à tort » pour le malade mais acceptable du fait de son statut de victime : « *Et je n'en voudrai jamais aux victimes d'avoir été indemnisées à tort, je n'en voudrai jamais, tant mieux pour elles.* » Ici, la victime s'émancipe donc de la définition du malade, ce qui vient questionner la perméabilité des catégories « victime », « malade », « travailleur », « assuré », « ouvrier » voire « dominé », qui sont autant de manières d'aborder l'individu qui sollicite l'accès à la catégorie.

Le docteur Palait décrit toutefois un intérêt sélectif des associations et des juristes pour certaines maladies du travail, dicté par des perspectives économiques et une « culture du *pathos* » :

« Ah oui, mais ce n'est pas compliqué, les gens ne meurent pas là, ils sont abîmés, pis ils sont surtout mis à la porte. Et puis alors personne ne s'intéresse aux TMS, les associations, ça ne paye pas. Pourquoi l'amiante ça a marché ? Parce que les avocats se sont payés grassement sur les indemnisations. Qui est-ce qui s'occupe des TMS ? Que les syndicats, et ils s'occupent à perte. »

Selon lui, la logique de catégorisation en cours dans l'espace judiciaire, si elle s'est partiellement affranchie de la logique médicale, ne s'est pas départie d'une logique

³⁶⁰ La réfutation de ce lien est par exemple un pan de la défense choisie par l'entreprise Monsanto (en sus de la contestation du critère d'intentionnalité) dans le cadre du procès qui l'oppose à un jardinier américain ayant largement utilisé, dans l'exercice de sa profession, des désherbants commercialisés par la firme.

En ligne : <https://www.sudouest.fr/2018/10/23/proces-roundup-indemnites-revues-a-la-baisse-pour-le-jardinier-condamne-par-un-cancer-5504493-4697.php>

³⁶¹ Pour Emmanuel Henry toutefois, à un niveau plus macro, l'espace des atteintes du travail est marqué par « la difficulté de construire une mise en cause de la responsabilité des acteurs à l'origine des dangers et des risques en question, que ce soit sur le plan de la causalité, de la mise en cause judiciaire ou de la responsabilité politique. » (Henry, 2019) Pour lui, en effet, la responsabilité se décline en trois pans : causale (qui implique des considérations scientifiques, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 4), politique (liée à l'action publique) et judiciaire (sanction), une responsabilité multiforme à laquelle échappent bien souvent certains acteurs grâce aux ressources dont ils disposent, au détriment des victimes.

économique. Les perspectives financières de la spécialisation sur une problématique donnée participeraient ainsi à déterminer l'investissement dans une lutte pour la catégorisation institutionnelle en maladie professionnelle dans le cadre de certaines pathologies. Les logiques qui se croisent dans l'espace judiciaire reflètent les logiques en cours dans d'autres espaces, mais les réagencent de façon différente.

b. Des stratégies pour élargir le champ de la catégorie « cancer professionnel » : trouver le « bon » cas

Les avocats, ainsi directement en lien avec les associations, développent des stratégies afin d'obtenir des décisions qui feront jurisprudence. Celles-ci sont axées autour du recrutement du « bon candidat ». Le malade qui peut prétendre à ce titre est celui qui souffre d'une maladie non prise en compte dans les tableaux mais pour laquelle un relatif consensus médical semble s'établir sur son caractère potentiellement professionnel³⁶². L'objectif est donc d'atteindre les tableaux de la Sécurité sociale, afin de les rendre moins contraignants, ou d'en élaborer de nouveaux. Une avocate du cabinet T. s'exprime ainsi : « *il ne faut pas avoir peur du hors tableau, c'est long, mais il faut mener la bataille, c'est nous qui créons les tableaux avec les avis de C2RMP* ». Les associations se présentent comme un « réservoir de cas » parmi lesquels les juristes vont choisir d'en surinvestir quelques-uns, dotés d'une valeur politique spécifique. La relation qui se crée alors entre associations et avocats relève, selon Me de Barny, de l'interdépendance. Pour d'autres, cette stratégie se produit directement en interne. C'est le cas de la FNATH locale, qui salarie à mi-temps une juriste. Elle s'exprime ainsi à propos de l'utilité de l'investissement de l'espace judiciaire :

« Bien souvent moi c'est les veuves qui viennent me voir donc la personne est déjà décédée. Sur d'autres types, bah comme la leucémie de chez M.I., ça c'est un dossier auquel on tient et sur lequel on se battra jusqu'au bout parce que déjà moi j'y crois, la personne y croit aussi [rires] et on sert de précédent ou d'exemple et c'est surtout pour ça, en fait, là, c'est la dimension association, force revendicative quoi. »

Le législateur étant « *moins rapide que la science* » (l'expression est empruntée à l'avocate précédemment citée), c'est dans l'espace judiciaire que l'on va tenter de réaccorder les savoirs médicaux à la potentialité d'une reconnaissance institutionnelle. Les contours de la catégorie se

³⁶² Soit, plus précisément, un consensus autour du lien de causalité existant entre un type de cancer et un cancérigène présent en milieu professionnel (cf chapitre 7).

trouvent ainsi façonnés par un jeu complexe entre légalité et savoirs médicaux, d'autant plus vif qu'il repose sur un antagonisme aux bornes mouvantes.

C. Derrière l'antagonisme juridique, des antagonismes sociaux

a. L'employeur : se défendre face à la sanction

L'espace judiciaire, lorsqu'il s'agit d'indemniser les dommages causés par le travail, semble reproduire des antagonismes en cours dans d'autres espaces. Certaines entreprises, on l'a vu, n'hésitent pas à contester systématiquement l'avis de la CPAM ou du TASS en développant un argumentaire-type de déresponsabilisation, ou en investissant des stratégies offensives qui peuvent aller jusqu'à attaquer certains avocats pour diffamation³⁶³. Certaines entreprises, aussi, peuvent développer une stratégie d'accusation d'une autre entreprise. Ici, l'« atteinte du travail » n'est pas remise en cause mais l'attribution – unique – de la responsabilité. Par exemple, la société de fabrication de chaudières B. a été condamnée en première instance pour faute inexcusable de l'employeur à la suite de la découverte de plaques pleurales chez l'un de ses anciens salariés. Au cours de son plaidoyer à la Cour d'appel, l'avocate de l'entreprise incriminée s'étend longuement sur l'injustice d'une responsabilité exclusive alors même que la carrière professionnelle du salarié se partageait entre deux entreprises :

Le 6 novembre 2016.

Monsieur Lejeune, salarié de 1976 à 2009, a travaillé en tant que charpentier au sein de l'entreprise B. pendant une dizaine d'années, puis 33 ans chez S., entreprise de tuyauterie. Pour l'avocate de B., rien ne prouve que la maladie soit liée aux conditions de travail dans la société B., S. présentant un environnement de travail également délétère. Ainsi, le plaignant profiterait du fait que B. ait été plusieurs fois condamnée, ses démarches se réduisant à l'expression d'une vénalité. Pourtant, B. serait irréprochable sur la question de la gestion du risque amiante, puisque son usage était **légal** au moment de l'exposition de monsieur Lejeune. Enfin, la CPAM est elle aussi accusée de manque de sérieux dans le déroulement de son enquête : la prise en charge qui lui incombe exclusivement est légalement illégitime.

Dès lors, il ne s'agit pas de nier le risque, mais de chercher à le répartir afin de diluer l'attribution de responsabilités. Ainsi l'entreprise ne s'oppose-t-elle pas uniquement à son salarié mais également à d'autres entreprises : un « front des employeurs » ne se dessine pas ici. Cependant, des considérations morales agonistiques restent sous-jacentes : accusation de

³⁶³ C'est ainsi le cas de Me Teissonnière, attaqué par Eternit, célèbre usine de fabrication de fibrociment, à la suite de propos relatifs à « l'empoisonnement des salariés » par cette entreprise parus dans la presse.
En ligne : <https://www.lejisl.com/faits-divers/2012/10/16/un-non-lieu-pour-maitre-jean-paul-teissonniere>

moindre moralité pour le plaignant, légalité de l'exposition au risque pour l'employeur – et réaffirmation de son intégrité. L'opposition, dans cet espace conflictuel, peut revêtir différentes formes, mais reste de mise.

b. Le malade : une réparation socialement déterminée ?

La procédure évoquée ci-dessus relève d'une demande de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Nous l'avons vu, le malade dont l'origine professionnelle de la maladie a été reconnue peut poursuivre ses démarches avec ce dispositif légal spécifique qui, en cas d'issue favorable, lui permettra de voir son indemnisation majorée. Cependant, les postes d'indemnisation pris en compte dans ce cadre relèvent de la Nomenclature Dintilhac, outil d'uniformisation de la réparation, et sont pensés de sorte à « replacer la victime, si possible, dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu »³⁶⁴. Cette nomenclature, outil de référence dans le calcul de l'indemnisation, paraît établie sur le modèle du corps cadre, alors même que la vision du corps qui domine dans la législation AT/MP est celle du corps laborieux. En ce sens, un avocat du cabinet parisien T., rencontré à l'occasion de l'AG 2016 du petit groupement local de l'ANDEVA, décrit des pratiques de jugement orientées par un statut social spécifique. Le texte qui suit est extrait de mes notes de terrain :

« À l'occasion de l'AG (2016) d'un groupement local de l'ANDEVA, je discute avec l'avocat présent (Me Girard), missionné par la structure nationale pour participer à cette réunion (un avocat est systématiquement présent aux AG de l'association afin de donner de la chair à des contacts qui se font habituellement de manière dématérialisée, et par l'intermédiaire des bénévoles). Alors que nous évoquons le préjudice d'agrément, soit l'incapacité d'exercer une activité de loisirs, l'un des postes d'indemnisation prévus dans le cadre de la nomenclature Dintilhac, celui-ci décrit une modalité d'évaluation de la baisse de la qualité de vie entièrement sociocentrée, le tennis ou l'inscription dans une salle de sport (ce sont ses exemples) étant « un truc de bobo assis 40 heures par semaine dans un bureau » (ce qui, paradoxalement, pourrait bien être son cas). Cette appréhension ne correspond pas, selon lui, à la vie d'un ouvrier, pour lequel passer plus de 40 heures par semaine à effectuer un travail extrêmement physique n'était pas chose rare, excluant dès lors, le besoin de pratiquer une activité sportive régulière³⁶⁵. »

³⁶⁴ Selon l'article 1258 du Code civil.

³⁶⁵ Dans le cadre d'une étude portant sur les loisirs sportifs dans les quartiers populaires, Gilles Vieille Marchiset et William Gasparini (2010) évoquent, parmi d'autres registres corporels, le « corps épuisé » des salariés précaires. Les contraintes temporelles auxquelles ils sont soumis orienteraient l'investissement sémantique et pratique du corps, échouant ainsi à être pensé en moyen de détente (ou bien, on le supposera, de maintien en santé). Ici, toutefois, la contrainte temporelle vécue par les ouvriers ne serait pas celle d'une double journée, mais d'un temps de travail étendu, marqué par une activité physique intense.

Cette « anecdote » révèle le fossé social et la possible violence qu'il induit entre le juge et l'ouvrier, d'autant plus que seule l'inscription passée dans une association sportive conventionnée est prise en compte dans l'évaluation du préjudice d'agrément³⁶⁶, excluant dès lors la pratique du vélo ou la marche à pieds, des pratiques socialement distribuées (Muller, 2006). Ainsi, « le droit des dommages corporels ignore les disparités sociales dans le rapport aux loisirs et favorise l'indemnisation des pratiques les plus normées, à l'étalon d'une catégorie sociale » (Marchand et Primerano, 2019). Toutefois, l'enjeu n'est pas ici de se cantonner à l'appréciation de « corps laborieux » mais de considérer que le corps ouvrier, lui aussi, n'est pas qu'un corps-outil.

La nomenclature Dintilhac

À la suite d'un rapport rendu en 2005 par un groupe de travail dirigé par Jean-Pierre Dintilhac, président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, la nomenclature qui porte son nom est progressivement devenue le barème d'indemnisation de référence des dommages corporels. Elle comporte, outre les préjudices patrimoniaux, différents postes d'indemnisation : le déficit fonctionnel – temporaire et permanent, le préjudice esthétique – temporaire et permanent (les atteintes physiques, notamment celles qui « altèrent l'apparence physique »), les souffrances endurées (les souffrances physiques et psychiques endurées jusqu'à la consolidation), le préjudice d'agrément (« l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs »), le préjudice sexuel (morphologique, lié à l'acte ou à la difficulté/impossibilité de procréer), le préjudice d'établissement (« la perte d'espoir et de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale ») ainsi que les préjudices permanents exceptionnels (les « préjudices atypiques », non considérés par les autres postes d'indemnisation).

367

³⁶⁶ Monsieur Tardy en rend compte ainsi : « *J'ai touché qu'à une place [un poste de préjudice], parce que les autres je ne les méritais pas... Non parce que, voilà, dans mon activité personnelle, de dehors, je ne faisais pas parti d'un club de sport, je ne m'occupais pas de machins, enfin bref, je n'avais pas, la prime d'anxiété, je n'en ai pas besoin non plus, voilà, pourquoi ? Parce qu'on n'est pas anxieux comme les autres malades, on n'a pas d'anxiété à avoir.* » (cf annexe 8).

³⁶⁷ Le barème du FIVA repose sur un découpage similaire : d'une part, les préjudices patrimoniaux (préjudice professionnel, frais de soin restant à charge de la victime et autres frais supplémentaires tels que la tierce personne) et, d'autre part, extrapatrimoniaux, soit l'incapacité fonctionnelle, le préjudice moral, le préjudice physique, le préjudice d'agrément ainsi que le préjudice esthétique. Ici aussi, corps et « moral » sont réparés de façon distincte. Le barème est téléchargeable sur : <http://www.fiva.fr/index.php>

Par ailleurs, les problématiques relatives au calcul de l'indemnisation sont toujours sous-jacentes : alors même que la réparation est (dite) intégrale, l'évaluation fractionnée des dommages faits au corps ou à la personne interroge pour sa pertinence. Francis Meyer l'exprime ainsi :

« La césure entre le corps et l'esprit affecte, bien évidemment, principalement le droit de la réparation du dommage corporel. Les préjudices sont aujourd'hui encore ventilés entre une supposée intégrité physique et une intégrité morale. Ce qui fait que nous continuons à raisonner d'une manière binaire : le préjudice est soit physique, soit moral. Ainsi, dans le barème du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), mais aussi dans ceux d'autres organismes régleurs, on isole le préjudice physique, en mentionnant entre parenthèses qu'il s'agit de la douleur. Ce qui montre bien qu'on est pris dans une contradiction insoluble : indemniser la perte d'une jambe, est-ce un préjudice physique ou un préjudice moral ? » (Meyer, 2016, p.604)

Le corps, dans la sphère judiciaire, tient une place ambiguë. Objet potentiel de revendication pour des collectifs de victimes qui y trouvent un moyen d'exposer la matérialité de leur souffrance, son émancipation de la personne en tant qu'objet réglementaire tend à circonscrire le préjudice.

c. Les juristes : un positionnement difficile

Le juge, à travers les textes réglementaires sur lesquels il s'appuie, est donc parfois dénoncé pour son incapacité à saisir la condition de « l'ouvrier ». L'appréhension des magistrats comme membres de la bourgeoisie et, en conséquence, de leur incapacité présumée à saisir des problématiques auxquels ils ne sauraient être confrontés du fait de leur statut « privilégié », est également relevée par Vincent-Arnaud Chappe dans son enquête auprès d'une association de lutte contre les discriminations :

« Les magistrats, indifféremment du siège ou du parquet, sont perçus comme des membres de la bourgeoisie non concernée par un délit de discrimination qui ne les concerne ni de près ni de loin ». (Chappe, 2010, p.558)

L'espace judiciaire se lit comme un espace d'antagonismes au sein duquel les « dominés » sont démunis face aux « dominants », ainsi poussés à cultiver une certaine forme de fatalisme. Les avocats seraient alors présents pour rééquilibrer ce rapport de force. Pour autant, il ne s'agit pas pour eux de militer. Me De Barny rejette ainsi ce qualificatif : « *je ne suis pas un idéologue* ». Ce qu'il défend, ce sont des faits objectifs. De la même manière, pour lui, à l'exception d'une classe minoritaire de cyniques, les avocats qui défendent les entreprises le font en croyant à ce qu'ils plaident. Mais si chacun défend sa vérité, la notion de « fait objectif » perd toute sa substance. De plus, ce discours concernant un « plaidoyer pour la vérité » tranche avec la

posture du docteur Palait, prêt à soutenir une démarche judiciaire qui ne s'appuierait pas sur des savoirs médicaux – pourtant aisément assimilés à une donnée objective, ainsi avancés comme « preuves scientifiques ». De même, la juriste salariée à mi-temps par la FNATH, décrit des postures « pro »-partie. Sa situation est relativement spécifique, partagée entre la défense de salariés *via* cette structure associative et la défense d'employeurs, qu'elle est amenée à développer dans le cadre d'un second poste au sein d'un cabinet (*cf* chapitre 2). Elle décrit donc une posture partielle, mais mouvante :

« Bah l'un complète l'autre, c'est-à-dire que, en étant pro-salariés ici, je sais ce qu'on invoque, je sais quels documents il faut avoir, je sais quelles sont les faiblesses des dossiers et en étant pro-employeurs, c'est l'inverse, c'est-à-dire que je sais ce que le salarié va présenter : quand, par exemple, j'ai un employeur qui m'envoie des déclarations – tu sais les feuilles de prise en charge de MP – les tableaux je les connais, moi j'ai eu un cancer broncho-pulmonaire aussi au cabinet en étant pro-employeurs, je savais très bien ce que le salarié allait présenter, pourquoi est-ce que ça péchait, etc. Donc ce n'est pas trop, trop schizophrène encore. »

Paradoxalement, ce positionnement « en paroles » – discursif, donc – s'oppose à un positionnement « en actes » – en pratique. Cette juriste, si elle intègre bien des postures « pro-partie », le fait seulement par moments : il s'agit d'une posture temporaire qui prend fin avec le verdict du procès. Pour Me de Barny, en revanche, alors même qu'il décrit la posture de l'avocat comme impartiale, son engagement est unilatéral, cantonné à la défense des salariés.

On perçoit ici toute la difficulté de positionnement au sein de cet espace qui concentre des rapports de domination dont l'envergure dépasse l'unique cadre de la catégorisation médico-légale du « cancer professionnel ». Les acteurs, ainsi, sont amenés à bricoler leur engagement et leurs pratiques.

d. Médicaliser pour défendre des intérêts de classe : l'exemple du préjudice d'anxiété

Des considérations relatives aux classes sociales traversent de manière plus ou moins explicite les espaces de catégorisation des maux du travail. Au-delà du strict cas des cancers, la définition du préjudice d'anxiété l'illustre bien (*cf* chapitre 4). Parent du « préjudice d'angoisse », le préjudice d'anxiété renvoie au « risque d'évolution défavorable d'une situation »³⁶⁸ et

³⁶⁸ Le 5 juin 2008, la cour d'appel de Douai exprime cette dimension en ces termes : « Attendu que Monsieur X... justifie d'un préjudice moral certain caractérisé par l'angoisse d'être atteint par une maladie évolutive liée à l'amiante ; que ses proches témoignent du changement de son caractère depuis l'annonce de sa maladie, Monsieur X... devenant irritable et agressif ; que toutefois l'offre du FIVA de 9.900 € constitue une juste réparation du préjudice ainsi caractérisé compte tenu de l'âge de Monsieur X... ; qu'elle sera confirmée ».

trouverait ses origines dans le champ médical, autour de la question de l'indemnisation des contaminations par le virus de l'hépatite C, avant de s'étendre à d'autres maladies infectieuses du même type (VIH, notamment). Il concerne également les accidents médicaux ou les catastrophes industrielles, à l'image de l'explosion de l'usine AZF. Toutefois, le préjudice d'anxiété, dont la spécificité a été appuyée par la législation afin de contenir son périmètre d'application (dont nous trouverons l'expression à la fin du chapitre 6), implique, contrairement au préjudice d'angoisse, l'existence d'un « risque avéré » et non plus seulement d'un risque hypothétique (Quistrebert, 2014). Cette « innovation juridique » concerne prioritairement les ouvriers ayant travaillé dans les établissements inscrits sur la liste des sites amiantés (article 41 de la loi du 23 décembre 1998)³⁶⁹ et constitue l'unique voie de reconnaissance des troubles psychologiques associés à une exposition aux fibres d'amiante, soit, en termes juridiques, le préjudice moral induit³⁷⁰. Pour le docteur Bernard, il s'agit d'une véritable invention de maître T., un avocat emblématique dans le champ de la réparation des maux du travail. Elle le décrit comme « *un artifice juridique* » conçu « *pour essayer de gagner quelque chose pour les gens* », suggérant une communauté d'intérêts. Ici, ce n'est donc plus la maladie qui est indemnisée dans sa « matérialité biologique » mais l'angoisse d'en développer une ainsi que la diminution de l'espérance de vie suscitée par l'exposition délétère. En 2011 en effet, la Cour d'appel de Paris reconnaissait l'existence d'un « préjudice découlant du bouleversement des conditions d'existence » pour des salariés ayant été exposés à l'amiante. Elle évoquait alors une « amputation de leur avenir » : « conscients de la diminution de leur espérance de vie », ils seraient ainsi « amputés pour une part de la possibilité d'anticiper sereinement leur avenir et (...) contraints dans leur vie quotidienne de tenir compte de cette réalité (...). Il s'ensuit que leurs projets de vie dans de nombreux domaines autres que matériels et économiques sont irrémédiablement et quotidiennement affectés par cette amputation de leur avenir »³⁷¹.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000019440516>

³⁶⁹ Depuis le 5 avril 2019, toutefois, la Cour de cassation a élargi à tout salarié justifiant d'une exposition à l'amiante « générant un risque élevé de développer une pathologie grave » la possibilité de faire reconnaître son préjudice d'anxiété – plus exactement, « d'agir contre son employeur, sur le fondement des règles de droit commun régissant l'obligation de sécurité de ce dernier ». La formulation ainsi choisie sort de la stricte reconnaissance d'un « préjudice médical » et investit le registre antagonique de la relation salariale.

En ligne : https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/assemblee_pleniere_22/643_5_41955.html

³⁷⁰En ligne : <https://www2.editions-tissot.fr/actualite/droit-du-travail/prejudice-d-anxiete-amiante-quel-est-le-point-de-depart>

³⁷¹En ligne : <https://www.humanite.fr/social-eco/amiante%3F-avoir-ete-expose-bouleverse-1%E2%80%99existence-485275>

Originellement affligés de la charge de la preuve, les salariés, depuis un arrêt de 2012 rendu par la Cour de Cassation, n'ont plus à prouver l'existence d'un préjudice d'anxiété et sont ainsi exempts de fournir, notamment, l'ensemble des examens médicaux effectués³⁷². La suspension de cette objectivation médicale de l'angoisse limite, de ce fait, les voies de contestation possibles pour l'employeur. Ainsi, tandis que les médecins médicalisent la question de la réparation des dommages causés par le travail (à travers la question de la « détresse psychologique » et de l'anxiété, cf chapitre 4), ce cadre juridique récent apparaît comme une compensation, pour les ouvriers, à une condition inégalitaire héritée d'un travail dangereux. Il s'inscrit, dès lors, dans un contexte d'inégalités sociales face à la mort³⁷³ et propose d'indemniser, en quelques sortes, la moindre espérance de vie. Cette lecture de la réparation des maux du travail en terme d'anxiété est donc largement ambivalente : si elle peut menacer l'information médicale et l'accès à la catégorie au nom de la protection du malade (malade, donc, avant d'être victime), elle permet, dans cette sphère judiciaire, de constituer un nouveau préjudice – un préjudice polémique toutefois, nous le verrons, au sein même des structures associatives et syndicales (cf chapitre 6). En outre, les médecins, en proposant une analyse de l'impact de la connaissance du risque sur « la santé psychique », fournissent une forme d'objectivation de l'anxiété potentiellement utilisable sur la scène judiciaire. C'est donc bien une problématique sociale qui vient à être posée en termes médico-psychologiques avec l'objectif, pour certains, de compenser une inégalité sociale : la médicalisation, dans l'espace judiciaire, se rejoue en regard d'intérêts de classes.

Conclusion de chapitre

Les catégorisations pratiquées dans l'espace administratif sont marquées par une forte rationalisation qui s'émancipe de l'approche médicale. Les agents y jouent un véritable travail

³⁷² En outre, depuis 2014, le préjudice d'anxiété est dit « présumé ».

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000026743450>
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000028826174&fastReqId=217580782&fastPos=1>

³⁷³ Selon une étude publiée en 2008, les employés et ouvriers non qualifiés restent plus massivement concernés par un « mortalité précoce » (avant 60 ans) que les cadres : « 6,7 % des hommes nés entre 1940 et 1946 et cadres dans le secteur privé à 36 ans sont décédés avant 60 ans contre 14,3 % de ceux employés ou ouvriers non qualifiés. » (Bouhia, 2008)

d'enquête visant à définir des responsabilités entre deux parties aux intérêts opposés. Ici, la logique investie par l'institution relève à la fois de la suspicion et de la rationalisation gestionnaire, elles-mêmes prises dans un cadre qui fait du malade d'abord un « assuré », dessinant un contexte largement assurantiel (*cf* chapitre 3).

L'honnêteté du requérant y est évaluée par deux fois : sur la matérialité de l'exposition déjà, sur l'effectivité de la maladie et de son adéquation avec les tableaux, ensuite. Le processus de catégorisation, ainsi fractionné entre les services administratifs et médicaux, se transforme alors en une procédure opaque et éprouvante pour un malade déjà fragilisé par la maladie. Les employeurs, de leur côté, contestent et nient, souvent, la persistance de traces d'expositions délétères. Or, avec le contentieux, la procédure se déplace dans un nouvel espace au sein duquel la logique de catégorisation semble distincte. S'affranchissant parfois de la logique médicale, les acteurs, au sein de cet espace, jouent avec les cadres réglementaires afin d'obtenir une reconnaissance pour les malades qu'ils défendent mais aussi, à terme, d'ajuster les frontières réglementaires de la catégorie « cancer professionnel ».

Conclusion de partie

L'institutionnalisation du « cancer du travail » (en tant que sous-catégorie de la « maladie professionnelle ») signe un double cantonnement, de la réparation et des revendications ouvrières. En effet, la catégorie institutionnalisée se comprend en regard d'un contexte conflictuel qui perdure aujourd'hui encore, à la fois dans les négociations des tableaux – ce qui fait la structuration interne de la catégorie ; dans les pressions que peuvent subir, parfois, les médecins, qui certifieraient de manière trop clémente aux yeux d'employeurs « affligés » de sanctions financières, et dans l'espace judiciaire, au sein duquel des avocats, appuyés par des structures associatives et syndicales, vont investir le champ de la confrontation légale pour élargir les bornes de la catégorie. Les logiques de catégorisation se croisent : scientifique, gestionnaire (assurantielle) et « juridico-bureaucratique », ouvrant sur des savoirs et des formes de légitimités spécifiques, distribués autour des trois catégories : victimes, malades ou assurés. Les savoirs médicaux sont donc parfois utilisés de façon stratégiques par des acteurs hors champ médical afin de soutenir des objectifs et des visions qui ne viennent pas du monde médical (la catégorie flottante qu'est l'anxiété par exemple, mobilisée afin d'obtenir de nouvelles

opportunités d'indemnisation), parfois relégués, de cette façon, derrière une logique strictement légale.

Aussi, si le médecin est ici une figure centrale, susceptible de glisser d'un espace à l'autre en s'imprégnant de modalités d'appréhension qui sortent des champs médical et scientifique, l'architecture administrative de la catégorie agit comme un solide carcan, suggérant une catégorie finalement plus administrative que médicale. C'est ainsi qu'elle suscite, parfois, des renoncements médicaux, les médecins orientant leur arbitrage en faveur d'une résilience, séparée dès lors de la réparation. La conflictualité structurelle qui sous-tend la réparation des cancers du travail se rejoue ainsi dans les différents espaces sociaux et trouve un écho dans les pratiques médicales, les professionnels médicaux composant à la fois avec la nécessité d'un positionnement déontologique comme « bon scientifique », une lecture ambivalente en fonction du milieu social (suspicion d'habitudes délétères d'une part mais tendance à la minimisation des risques, facteur de légitimité à la défense de « l'ouvrier », d'autre part), l'imprégnation des principes de santé publique, et une considération pour les spécificités des configurations individuelles (expression de revendications, contexte social et familial précaire), orientant ainsi l'accès à la catégorie.

PARTIE 3. RAPPORTS PROFANES A LA CATEGORIE ET JEUX DE CATEGORISATION

Nous venons d'aborder le versant institutionnel de la catégorie. Dans cette troisième et dernière partie, nous questionnerons les modalités selon lesquelles les acteurs non institutionnels se saisissent de la catégorie et la lisent. Dans un premier chapitre, nous aborderons les logiques de catégorisation et les pratiques d'accès à la catégorie mises en place par les structures associatives et syndicales. Nous y interrogerons la grammaire qui est employée, appuyée sur des « codes de narration » (Latté, 2005) qui oscillent entre les registres classiste et victimaire. Dans un deuxième chapitre, nous questionnerons les sens attribués à la catégorie par les malades, les motivations exprimées à y accéder, le devenir victime (non systématique), les effets-retour de la catégorie par la recomposition, notamment, de leurs identifications, et la place qu'y prennent les corps. Nous y développerons, également, les différents registres de corporéité rencontrés, et les manières dont le corps agit en support dans la saisie de la catégorie et dans la (re)définition de collectifs. Enfin, dans un dernier chapitre, nous détaillerons quelques parcours emblématiques afin de retrouver une épaisseur temporelle et de faire répondre à l'histoire de la catégorie, présentée dans le chapitre 3 (lui-même clôt par un récit fictif, idéalisé sur la base d'une rationalité institutionnelle), les « petites » histoires concrètes des malades confrontés à celle-ci.

Chapitre 6. Pratiques et postures des structures associatives et syndicales

Dans ce chapitre, nous interrogerons les différentes lectures que les structures associatives et syndicales font du cancer du travail et leur concordance avec les catégories médicales et administratives. Nous questionnerons également, aux côtés ou contre les médecins, leur rôle dans la catégorisation institutionnelle et dans le façonnement de la catégorie « cancer professionnel ». Ce dernier point nous invite à considérer les différents aspects que revêt le militantisme dans l'espace de la réparation des maux du travail. Potentiellement associations de soutien, représentatives ou forces revendicatives, les structures qui traversent cet espace polarisé se caractérisent par une diversité de positionnements, de grammaires et de formes d'affranchissements de la catégorie institutionnalisée que nous tenterons d'analyser ici.

Parmi elles, en premier lieu, les associations de victimes de l'amiante, aujourd'hui semble-t-il les plus actives – en Lorraine tout au moins – malgré des conflits récents qui se sont déployés à l'échelle nationale. En deuxième lieu, l'association historique des victimes du travail, dont l'histoire se comprend en regard des grands congrès syndicaux qui demandaient l'abolition des poisons industriels à la fin du XIX^e siècle, et des revendications des mutilés de guerre (De Blic, 2008, cf chapitre 3). En troisième lieu, l'association des victimes des produits phytosanitaires, de taille plus modeste. Enfin, quelques syndicats « d'anciens » de certains secteurs industriels, qui se positionnent difficilement dans l'espace de la réparation des maux du travail. Parmi toutes ces structures³⁷⁴, aucune n'est strictement dédiée au soutien des victimes de cancers professionnels³⁷⁵.

1. Formes et rôles de la mobilisation collective : construire la catégorie par le bas

A. Construire le lien maladie/travail : faire « vivre » la catégorie

a. Informer sur la « causalité professionnelle »

Face à cet impensé que constitue le « cancer du travail », les associations jouent un rôle d'information non négligeables. Elles vont en effet compenser partiellement le manque de formation et les éventuels oublis du corps médical (cf chapitre 4). Le Pr Prioux les décrit ainsi comme un « filet de sécurité » pour les médecins qui seraient passé à côté de l'étiologie potentiellement professionnelle de la maladie :

« Là, pour le coup, les associations elles jouent un rôle qui est d'en récupérer, quand on parlait de sous-déclaration tout à l'heure, de récupérer des gens qui auraient peut-être échappés au système de déclaration sans ça, parce que le pneumologue n'y a pas pensé ou que le médecin généraliste n'y a pas pensé ou n'en a pas connaissance, peu importe. »

Les médecins et les associations auraient donc en commun, dans cet espace, de produire de l'information et d'orienter les malades vers une procédure de mise en catégorie, soit un rôle de sentinelle dans le repérage des maux du travail et l'accès à leur réparation. Cependant, pour le Pr Prioux, les associations agiraient seulement dans un second temps, afin de compenser les

³⁷⁴ Ce panorama reste toutefois non exhaustif. J'ai cité ici les structures que j'ai été amenée à rencontrer sur mon terrain. Ainsi, on pourrait évoquer également l'association Henri Pézerat, réseau fédérateur de différentes associations et militants engagée à la fois dans la préservation de la santé au travail et face aux risques dits « environnementaux ».

En ligne : <https://www.asso-henri-pezerat.org/association/presentation/>

³⁷⁵ Je n'inclus pas ici le GIS COP qui relève d'une initiative, bien qu'hors champ médical, experte – soit menée par des chercheurs.

oublis individuels des praticiens bien plutôt que les failles d'un système imparfait – loin, donc, d'une approche militante qui porterait sur une critique de fond de la structuration de la catégorie. Certaines associations, en revanche, dessinent plutôt des rôles complémentaires et s'attribuent une place moins anecdotique dans le repérage des malades du travail. Si les médecins et les associations semblent se disputer cette mission, c'est que l'enjeu de l'orientation vers la catégorie est central dans un contexte d'invisibilité sociale du « cancer du travail ». Toutefois, l'expertise médicale reste légitimée, et les domaines d'expertise de chacun bien délimités. Monsieur Lambert, président du groupe sécessionniste, décrit ainsi la mission associative :

*« Ils ont une connaissance au niveau de la médecine, [notre rôle] ce n'est pas de s'immiscer dans leur domaine, c'est de leur apporter des éléments qui permettent effectivement de comprendre le monde du travail, de leur expliquer. **Nous on connaît le monde du travail, on l'a vécu.***³⁷⁶ »

L'expertise associative serait donc de nature professionnelle mais aussi administrative et juridique. Monsieur Mangin, bénévole au sein de l'ANDEVA 44, en rend compte ainsi :

« Les contacts [avec les médecins] sont bons parce que, je te parlais de crédibilité, on ne fait pas n'importe quoi [...] on n'est pas médecins, loin de là, mais [...] on sert de sentinelles et d'une certaine manière, on les aide un peu. On les aide à répondre à des questions auxquelles ils ne peuvent pas toujours répondre sur le plan juridique, parce que sur le plan médical ils savent très bien ce qu'ils ont à faire – quoique, y'en a certains qui ferment les yeux, [qui] refusent de voir les choses, et puis y'en a aussi qui ne savent pas le voir [...] On n'est pas des médecins, nous on est des sentinelles, on est là pour essayer de donner une voix, on part sur un doute, mais on n'a pas de certitudes. »

Cette « compétence réglementaire » manquerait parfois aux médecins non spécialistes du travail. Monsieur Teyer raconte ainsi compter parmi ses adhérents des malades dont le dossier a été refusé par la Sécurité sociale après avoir été monté par leur médecin. Il commente ce phénomène de cette façon : « ils ne peuvent pas tout savoir, je pense qu'il faut prendre les compétences là où elles sont », les ramenant ainsi dans la sphère stricte des savoirs « biologiques », de lecture du corps et des soins.

Dans cette perspective, les structures associatives repèrent, accompagnent et défendent, tandis que les médecins expertisent. Le médecin possède les savoirs scientifiques, l'association les

³⁷⁶ Les médecins sont donc ici exclus du « monde du travail », celui-ci paraissant être cantonné à la sphère productive.

savoirs professionnels et réglementaires (*cf* point suivant). Les rôles sont bien délimités et complémentaires.

b. Acquisition et autonomisation des « savoirs experts »

Cependant, les associations ne se contentent pas de calquer les filtres de lecture médicaux sur la situation des malades qui s'adressent à elles. Elles ne se limitent pas à un rôle de diffusion des connaissances médicales mais peuvent également produire du savoir et « former » les médecins les moins aguerris. Par exemple, le syndicat des mineurs de Moselle fait part d'anciennes pratiques d'information auprès des médecins afin d'encourager la déclaration des MCP, qui relève initialement d'une obligation légale mais qui reste très souvent occultée (*cf* chapitre 4), avec pour issue, à l'époque, un impact positif sur le développement du tableau relatif aux lombalgies (un TMS). De la même façon, Me Flereau, au cours d'une AG du petit groupement local de l'ANDEVA, affirme leur rôle dans la sensibilisation – en tant qu'avocats et bénévoles engagés sur la question de la réparation des préjudices liés à l'amiante – des médecins non spécialistes aux cancers récemment mis en lien avec l'amiante (cancer du larynx, des ovaires, du colon ou de l'estomac) : les associations peuvent, elles aussi, se faire les vectrices des savoirs scientifiques et médicaux.

S'émancipant du cadre scientifique, les bénévoles des structures associatives définissent également des modalités de catégorisation spécifiques : elles ne relèvent plus strictement, dans cet espace associatif, des logiques médicales que nous avons abordées dans la partie précédente. Ainsi, les notions d'organe-cible ou d'exposition directe peuvent être abandonnées au profit de la seule considération pour un lieu de travail commun. C'est le fait d'avoir été employé dans une même usine – l'inscription professionnelle locale, donc – qui crée la suspicion d'une causalité : il s'agit là d'un savoir de type topographique. Cette appréhension est évidemment biaisée pour les médecins qui affinent leur lecture par le poste de travail. Pour ces derniers, c'est de celui-ci que dépend le niveau d'exposition, variable au sein d'une même entreprise³⁷⁷.

³⁷⁷ Cette considération pour le poste de travail reste toutefois une orientation médicale peu classique dans le sens où elle s'émancipe d'un savoir clinique basé sur la lecture des corps et des traces organiques. Les médecins du travail produisent, de cette façon, une forme de « clinique du passé ».

Le repérage des cancers professionnels, dans l'espace associatif, repose donc sur des liens complexes avec les médecins et leurs savoirs, oscillant entre complémentarité et affirmation d'une expertise propre.

B. Favoriser l'accès à la catégorisation institutionnelle

a. Accompagner les démarches

L'affirmation d'une expertise administrative

Si les rôles respectifs des structures associatives et syndicales paraissent flous sur la question du repérage des prétendants à la catégorie, le soutien administratif dans l'accès à la catégorisation institutionnelle reste majoritairement pensé comme relevant de la sphère associative. Certaines associations, en effet, sollicitent directement les médecins afin qu'ils leur adressent les patients dont la pathologie pourrait prétendre, selon eux, à une reconnaissance en maladie professionnelle par la caisse. Cette « réorientation précoce » apparaît essentielle, aux yeux des associations, pour assurer le bon déroulement des démarches : en l'absence de suivi par des bénévoles aguerris, les malades ont toutes les chances de se perdre dans une procédure opaque qui, une fois amorcée de manière défailante, se révèle d'autant plus complexe à faire aboutir (*cf* point suivant). Afin d'initier ce « partenariat informel », le « groupement sécessionniste » va aux devants des médecins, pneumologues ou praticiens du centre de consultations de pathologies professionnelles, afin de rendre visible leur structure³⁷⁸. Le petit groupement local de l'ANDEVA, quant à lui, a choisi de diffuser auprès de certains pneumologues locaux une brochure d'information sur laquelle figure les coordonnées de l'association. En sus, ses bénévoles ont également entrepris d'entrer directement en contact avec certains pneumologues identifiés comme étant relativement acquis à leur cause, afin de préciser leurs attentes. C'est ce qu'explique monsieur Teyer, président du « petit groupement local de l'ANDEVA » :

« On lui avait fait un courrier à ce pneumologue, parce qu'il nous a envoyé du monde, donc déjà pour lui dire "merci" et en lui précisant qu'on voudrait que les personnes s'adressent à nous avant d'engager quelque chose, parce que des fois, ils

³⁷⁸ Cette structure, par ailleurs, a régulièrement bénéficié de la présence du docteur Bernard à leurs assemblées générales. Le docteur Bernard, qui siège au C2RMP, a autrefois été le médecin du travail de l'entreprise au sein de laquelle la plupart de ses bénévoles ont travaillé : les liens noués à l'intérieur de cet espace et les formes de relation qui s'y jouent et s'y rejouent sont multiples.

ont engagé [la démarche] et après nous on avait des problèmes derrière, parce qu'il n'y avait pas les bons documents et tout. »

Ici, le médecin repère, produit une première expertise, et redirige vers l'association ces malades déjà soumis au filtre médical afin de prendre le relais en accompagnant les démarches. Le rôle des associations est de cette façon prioritairement administratif.

Cette scission des rôles entre ce qui relèverait légitimement du médecin ou de l'association est parfois développée d'emblée par le malade. C'est le cas de Monsieur Clarizo, doublement aidé pour des plaques pleurales ainsi qu'une leucémie :

« C'est eux qui m'ont aidé à faire les dossiers, autrement j'aurais été voir Madame P., elle s'était proposée, moi j'ai dit "je ne vais pas aller déranger un médecin quand j'ai une association qui peut m'aider". »

Certains patients initialement venus consulter au CCPP peuvent solliciter les médecins du service face à des difficultés administratives, mais ces consultations de « sauvetages administratifs » sont rares, et les médecins non informés de l'issue des démarches, aucun document ne leur étant transmis par la caisse. En revanche, lorsqu'il a lieu, le recours au médecin face aux difficultés administratives souligne bien la neutralisation de la catégorie, qui reste ainsi perçue comme un droit administratif accessible par certification médicale, de manière similaire au droit d'invalidité (cf chapitre 7).

C'est donc là que se situerait le cœur du travail associatif et parfois syndical : faire accéder leurs adhérents à la catégorie institutionnalisée. Le versant administratif de la démarche reviendrait donc à l'association et l'expertise au médecin – souvent au « médecin de confiance » (cf chapitre 4). Le diagnostic de la « maladie du travail », en effet, relève bien souvent, pour les malades comme de nombreux bénévoles, de l'unique compétence médicale, celle-ci n'étant toutefois pas homogène puisque, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, l'expertise médicale est parfois considérée comme biaisée par des considérations autres que scientifiques.

Une expertise qui permet le développement de pratiques stratégiques

Souvent, la « langue administrative », la logique de suspicion mise en place par la caisse, les conséquences de la maladie ou encore l'isolement (cf chapitres 4 et 5), freinent la bonne réalisation des démarches. Monsieur Périsset, ainsi, raconte les difficultés qu'il a connues avant de rejoindre l'association :

« Mon pneumologue ne me donnait pas l'adresse, pis moi je faisais mes papiers tranquille tout seul, et pis quand j'ai été refusé à E., c'est là que je me suis dit "faut que je lui demande quand même" à une visite que j'ai passée avec lui, faut que je lui redemande l'adresse quand même parce que comme j'avais été refusé, et pis bon,

[savoir]ce qu'il fallait faire après quoi [...] c'est là que je suis venu [...] après avoir été presque un an à me démerder tout seul avec les papiers, il en faut ! »

Ces difficultés, qui se comprennent notamment en regard des inscriptions sociales des malades, questionnent la proximité sociale des bénévoles : généralement eux-mêmes ouvriers, cultivant un entre-soi industriel, l'acquisition des compétences administratives est d'autant peu aisée. En effet, « la gestion des dossiers fait appel à des compétences socialement structurées » (Ponet, 2009) qui s'acquièrent ici sur le temps relativement long de l'expérience et au contact d'experts acquis à leur cause. C'est sur la base de cette expertise administrative constituée de façon progressive que les associations peuvent développer certaines pratiques stratégiques de déclaration. De manière similaire à certains médecins (*cf* chapitre 4), les bénévoles vont sélectionner, dans le cadre d'une polyexposition, l'agent exposant qui ouvre la perspective d'indemnisation la plus importante pour le malade adhérent, mais pas seulement : cette sélection s'opère également parmi les entreprises au sein desquelles il a été employé. Elle s'appuie sur la quantité de documentation disponible pour renseigner l'exposition. Monsieur Lombard, par exemple, a travaillé dans plusieurs industries locales avant de déclarer, à la retraite, un cancer broncho-pulmonaire. Il a donc été exposé de manière régulière à l'amiante, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques et aux poussières de coton (une substance dont la cancérogénicité ne fait pas consensus dans la communauté scientifique, mais qui est perçue comme délétère par monsieur Lombard et monsieur Teyer). Aussi, quand j'interroge monsieur Teyer, bénévole, sur l'entreprise qui a fait l'objet d'une déclaration, il répond : « *Ben c'est les tubes de V. parce que on a réussi à prouver qu'il y avait une utilisation d'amiante là-bas qu'on n'aurait peut-être pas pu prouver dans les filatures.* » La déclaration de maladie professionnelle est donc construite de telle sorte à optimiser ses chances d'aboutir : les types d'exposition et les entreprises exposantes étant généralement nombreuses, le dossier s'élabore sur la base d'un choix stratégique, lissant dès lors la complexité du risque en milieu professionnel, un résultat implicitement imposé par les cadres médico-légaux qui structurent la catégorie (*cf* chapitres 3 et 4). Toutefois, cette focalisation sur l'amiante multiniveaux engendre de fortes disparités dans l'indemnisation des victimes du travail (un sujet sensible pour les malades de l'amiante, qui laisse à craindre un nivellement des indemnisations par le bas) ainsi qu'une invisibilisation des autres facteurs cancérogènes, freinant, de fait, leur prévention – et, surtout, leur « existence sociale ».

Le soutien dans l'accès à la catégorie institutionnalisée passe donc par un soutien administratif direct, dans la compréhension des courriers et le remplissage des documents sollicités par la caisse, mais pas seulement. Certaines structures, prioritairement syndicales cette fois, œuvrent

pour la conservation de la mémoire du travail, un outil pour les catégorisations médicales et administratives.

b. Conserver la mémoire du travail

L'action collective, *via* la constitution en un groupe porteur de la mémoire professionnelle et des expositions induites, favorise la catégorisation du cancer du travail. Ce type de collectif permet en effet la production de documentations mobilisables pour témoigner des expositions rencontrées par les collègues des décennies auparavant. Celles-ci deviennent alors des ressources pour l'expertise médicale, mais aussi pour les salariés qui montent un dossier de maladie professionnelle. En Lorraine, les mineurs de Moselle sont emblématiques de ce type de collectif. Ils réalisent un lourd travail de mise par écrit des expositions passées, de création de « traces » et d'une mémoire collective. Les syndicalistes se décrivent à ce propos comme « les derniers mohicans », les rares travailleurs toujours en vie d'un site aujourd'hui disparu, mais décidés à lutter avec force contre l'oubli et pour la reconnaissance de leurs droits. Face à l'effacement qui menace les sites et les Hommes, ils se trouvent pressés par le temps pour répertorier les expositions induites par les conditions de travail qu'ils sont les plus à mêmes de décrire : avec leur décès, c'est tout un pan de l'histoire professionnelle qui s'efface, leurs veuves se trouvant démunies et dans l'incapacité, selon eux, de témoigner pour eux. Ce collectif de « survivants », « experts bruts » de leurs conditions de travail (Pitti, 2010), permet donc de constituer un ensemble de ressources documentaires mobilisable pour faire preuve de la légitimité d'un cancer à prétendre à la catégorie « cancer professionnel ». De son côté, l'ANDEVA exprime un positionnement similaire, notamment dans le cadre des recours en FIE, soit en aval de l'accès à la catégorie. Ainsi, dans le Bulletin de l'ANDEVA – un journal mensuel transmis à ses adhérents – le journaliste évoque le gros groupement lorrain et l'expertise spécifique de son président :

« Elle traite elle-même les fautes inexcusables de l'employeur sans passer par un avocat. A ce jour, elle a fait reconnaître 413 fois la faute inexcusable de l'employeur. Pour en arriver là, [Monsieur Mongeot] a passé six mois au tribunal de Metz à écouter *ferrailler* les avocats, noter leurs arguments et la manière dont ils étaient présentés. Il a surtout acquis durant des années une connaissance intime des métiers, pratiques et conditions d'exposition sur la plate-forme Chimie de Carling. [...] **Il la**

connait comme sa poche et c'est ce qui fait la différence devant les tribunaux. »³⁷⁹

Syndicats et associations revendiquent une commune expertise sur la causalité professionnelle mais dans des temporalités différentes : il s'agit dans ce dernier cas de peser dans l'espace judiciaire et non pas sur la catégorisation. Cette dissociation des temporalités – le moment de catégorisation et le recours en FIE – laisse à penser que, pour certaines structures, la définition de la maladie du travail relève principalement du médecin (le « cancer du travail » devenant ainsi une catégorie nosologique) tandis que l'appréciation d'une « faute inexcusable de l'employeur », soit d'une responsabilité directe du contexte professionnel, relèverait des savoirs salariés.

c. Une forte inscription territoriale

Qu'il s'agisse des syndicats ou des associations, l'inscription professionnelle territoriale joue un rôle primordial dans la constitution de ces groupes de soutien aux « abîmés du travail ». Comme nous l'avons vu (*cf* chapitres 2 et 4), à l'exception de la section de la FNATH que j'ai rencontrée, les associations locales semblent avoir été mises sur pieds à l'initiative de collectifs de salariés d'un même site industriel (usine de pneumatiques pour le « petit groupement local » de l'ANDEVA ; plate-forme chimique pour le « gros groupement local » ; usine de semi-remorques pour le « groupe sécessionniste »). Ce lien est parfois même conservé à travers le soutien financier apporté par certains comités d'entreprises ou organisations syndicales à ces structures associatives : l'usine de pneumatiques verse ainsi une subvention annuelle de 800 euros au petit groupement local de l'ANDEVA. Bastien Guillermin décrit un processus similaire pour l'association qu'il a observé pendant trois ans, le CAPER Nord-Isère (Guillermin, 2016). Celle-ci a en effet été créée sous l'impulsion de la section locale des CGT retraités, ce sont donc d'anciens salariés et militants syndicaux de la plate-forme chimique locale qui lui ont donc donné naissance.

Toutefois, cet ancrage territorial comporte un versant pernicieux, les associations locales pouvant s'inscrire dans des conflits « historiques » entretenus par les nouveaux bénévoles et qui entraînent, dans une certaine mesure, les anciens collègues d'un même site industriel. Monsieur Teyer raconte ainsi les dissensions qui ont anciennement opposés le premier président

³⁷⁹ Bulletin de l'Andeva, septembre 2016, n°52, p.16.

de l'association à la section locale de la FNATH et qui continuent d'impacter leurs relations, marquées par une ignorance mutuelle :

« On a une association FNATH sur E. [...] on n'a jamais cherché, peut-être que c'est un tort, à se regrouper. Bon, y'a eu un petit souci, c'est que le premier président qu'on a eu au niveau de l'association, c'est le premier malade de chez [nom de l'entreprise] reconnu et qui a gagné la faute inexcusable, ça a duré quatre ans, et il avait commencé son dossier à la FNATH, il a eu des histoires avec, il s'est pris la tête avec, tout ça, donc lui après quand il a pris la présidence de l'association, il a dit "on ne s'en occupe pas", voilà. Donc nous on a continué [...] peut-être qu'il faudrait qu'on arrive à se regrouper, je ne sais pas, mais on a rien contre. »

En Moselle, un conflit continue d'opposer la section locale de l'ANDEVA et le syndicat des mineurs pour des raisons de « périmètre d'action », un conflit territorial, en somme, que nous avons exposé dans le chapitre 2. Cependant, cet isolement entretenu par le conflit freine l'efficacité des combats menés localement pour la reconnaissance des cas de cancers professionnels comme de la faute inexcusable de l'employeur, l'échange d'informations concernant différentes entreprises et postes de travail, supports à la catégorisation pour certains médecins, s'en trouvant ainsi contraint. En effet, avec le glissement d'une médecine des miasmes à une médecine des organismes, le savoir environnemental, à travers les espaces locaux de travail et un territoire globalement « à forte identité industrielle », devient un « contre-savoir » ressaisi par certains médecins (formés par la pratique sur ce territoire), des malades et leurs épouses, et, de façon publique et collective, par les syndicats. Or, si les anciens ouvriers d'un même site industriel se regroupent souvent par « grappes » au sein d'une même association, certains se trouvent isolés, mis face à un vide documentaire concernant la structure incriminée.

d. Créer du lien

L'association comporte aussi, pour ces malades du travail, une dimension sociale d'entraide face à la maladie et aux démarches. Monsieur D., bénévole au sein du « gros groupement local de l'ANDEVA », dessine les contours d'une association de soutien, proche en cela d'une association de patients plus « classique » :

« Et du coup, après, ça fait une petite famille. Là, les gens, on leur crée presque un lien social. Les gens viennent ici, ils en croisent d'autres, ils en discutent, par moment ça dédramatise, parce qu'ils disent "ah, toi t'es malade depuis" "ah, t'avais ça et puis, ça n'évolue pas", "ah !", voilà, ça rassure [...] voilà, d'échanger, et c'est pour ça que nos AG génèrent tellement de monde, parce que les gens ont envie de voir qui est là, comment ça se passe. »

L'association apparaît ainsi tour à tour, mais à des degrés différents, comme une association de malades, un « prestataire de service » et une structure militante.

Souvent, en regroupant les anciens collègues d'un même site industriel, ces associations se fondent sur une sociabilité préexistante. Celle-ci va ensuite se développer en recrutant par le bouche à oreille, et la parution ponctuelle d'articles dans la presse locale. En effet, les voies de recours aux associations sont diverses : réseaux de communication (internet, articles de presse) ou médecins, mais c'est généralement à travers le milieu professionnel (les (anciens) collègues ou syndicats) que les malades sont sensibilisés à l'existence de ce type de structure. *A fortiori*, c'est donc l'identification comme malade du travail (ou, plus généralement, parmi mes enquêtés, de l'amiante) et/ou comme victime, qui est favorisée par ces sociabilités issues d'une certaine structuration de l'appareil productif dans des secteurs paradoxalement sinistrés et individualisés. Monsieur Teyer en rend compte ainsi :

« À partir du moment où on a fait reconnaître une maladie pour une ou deux personnes dans les entreprises, après ça se sait, donc les personnes de qui on s'occupait des dossiers disent à leurs copains "ben si t'as un problème, tu vas voir l'association" et aujourd'hui c'est comme ça que les gens arrivent nous voir. »

Dès lors, il s'agit de créer, mais surtout d'entretenir, un lien social préexistant. Ce lien social, toutefois, est primordial car c'est l'isolement, souvent, qui contraint la réalisation des démarches (cf chapitre précédent). Quand la famille ne peut s'en saisir, l'association aide à faire face, à la maladie comme à l'institution, afin de maximiser les chances d'accéder à la catégorisation.

C. Veiller à la « juste indemnisation »

Les acteurs associatifs et syndicaux qui agissent dans l'espace de la réparation des maux du travail peuvent également jouer un rôle sur la question de l'indemnisation. Ils vont en effet parfois intervenir devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) pour contester les taux fixés par certains médecins conseil qui ne respectent pas toujours le barème de référence de la Sécurité sociale. L'enjeu est ici celui d'une revalorisation de l'indemnisation, qui peut être très importante. Le président du petit groupement local de l'ANDEVA raconte l'un des cas qu'il a suivi :

« À l'issue de la plaidoirie, le médecin de la CPAM a dit "on n'avait pas vu qu'il y avait une métastase". Après, voilà. Maintenant, celui qui ne fait rien, c'est sûr que ça reste à 67%, et il faut savoir quand même que quand vous passez d'une indemnisation de 67 à 100%, vous passez au niveau rente de 800-850€ à 1500€, d'accord ? Donc pour les cancers broncho-pulmonaires, quand ils sont reconnus en maladie professionnelle, il faut un taux minimum de 67% : 67% s'il n'y a pas de métastases mais s'il y a des métastases, il faut que ce soit 100%. »

De la même façon que pour un passage devant le TASS, cet investissement de l'espace judiciaire nécessite de fortes compétences technique et juridique mais pas seulement : il s'agit aussi d'oser s'y confronter alors même qu'on est « qu'ouvrier », et non formé pour. Leur expertise, en effet, naît de l'expérience de terrain. Toutefois, le docteur Palait peut être mobilisé en soutien sur ces questions : conseiller médical, il s'est également constitué une expertise technique qu'il dispense *via* des formations. Au cours d'une permanence médicale³⁸⁰ organisée au sein du groupement de l'ANDEVA de Loire-Atlantique, le cas d'un adhérent atteint de plaques pleurales, dont le taux d'IPP vient d'être évalué par la caisse, est commenté en ces termes : « *Non, c'est pas triché d'avoir eu 10 [...] on peut se battre pour 20.* » L'évaluation chiffrée de l'incapacité cristallise les enjeux financiers inhérents à la catégorisation. Elle devient, de cette façon, l'enjeu central post-reconnaissance institutionnelle de la catégorie – et ce d'autant plus que, se battre pour une meilleure indemnisation revient aussi à prendre sa revanche contre le patron qui a exposé ses salariés à des produits dangereux (*cf* suite de ce chapitre).

Les associations vont donc se constituer en « garde-fous » de la juste indemnisation des malades. Fortes de leur expertise, elles sont plus à même de déceler les dysfonctionnements dans l'attribution du taux d'IPP, mais aussi dans le versement de l'indemnisation correspondante. Ce rôle pris par les associations est d'autant plus important que « le TASS, et surtout les TCI (anciennement commissions régionales d'incapacité), restent des juridictions méconnues par la plupart des salariés, qui s'aventurent peu du côté de ce contentieux social. » (Meyer, 2016, p.606)

Monsieur R., adhérent au gros groupement local de l'ANDEVA, décrit ainsi un défaut d'indemnisation par la CPAM qui serait resté sans suite sans le signalement de l'association :

« Olala, et comment ! Oh, à chaque fois que je recevais un courrier de la sécu, fff, je ramenaïs ça ici [...]J'ai été reconnu à 50%, 70% ils m'avaient donné quand ils m'ont convoqué, ils ne me payaient que 50, heureusement qu'ils étaient là, je n'aurais jamais su. »

³⁸⁰ Les permanences médicales ont pour objectif de discuter collectivement des cas dont les pathologies posent problème, soit au niveau de la qualification du cancer, soit de sa capacité à être mise en lien avec le facteur professionnel – sa « *déclarabilité* ». Le taux d'incapacité attribué par le médecin-conseil peut également être discuté. Le médecin, ensuite, rencontre le malade – lorsqu'il est en capacité de se déplacer.

L'association permet ainsi, sur la base du doute du malade, de concrétiser le recours qui mènera à rectifier la situation. De cette façon, les structures associatives et syndicales compensent en partie le manque de ressources des malades : leur expertise, souvent constituée en autodidaxie, rééquilibre *a minima* les rapports de pouvoir qui s'imposent à ces ouvriers malades.

Soutiens locaux, territorialement ancrés, les structures associatives et plus encore syndicales, investissent aussi parfois un niveau d'action national afin de peser dans les négociations qui vont décider du devenir des tableaux de la Sécurité sociale.

D. S'appropriier et produire de la connaissance

Dans l'espace de la réparation des maux du travail, les structures associatives et syndicales s'approprient et produisent de la connaissance. Déjà, elles tendent à s'émanciper, non pas de la figure du médecin ou du juriste et de leurs savoirs, mais de leur affiliation institutionnelle. L'ANDEVA, par exemple, va, pour « aguerrir » ses équipes, organiser des formations, généralement dispensées par la juriste salariée ou par le docteur Palait, sur des sujets aussi variés que les contentieux ou la lecture des scanners ou de plaques pleurales (une calcification du poumon)³⁸¹ : il s'agit là d'une double formation à la technique juridique et aux technologies médicales à des fins d'autonomisation des structures non positionnées dans le champ de la réparation des maux du travail.

Ces structures associatives et syndicales, ainsi, s'approprient des connaissances mais en produisent également. Celles-ci concernent les conditions de travail et les expositions passées à divers toxiques mais pas seulement : le savoir constitué est parfois aussi de type épidémiologique. En effet, les données issues des dossiers défendus sur l'ensemble du territoire permettent de révéler, ou d'appuyer, le lien entre une exposition et un type de cancer. Aussi, dans le cadre du COCT, l'instance dédiée à la gestion des tableaux de maladie professionnelle (*cf* chapitre 3), cette connaissance constitue une ressource pour la négociation et, en bout de course, l'élargissement du champ de la catégorie institutionnalisée. En pratique, les « cas locaux » sont croisés avec des données nationales que les syndicalistes s'attachent à regrouper : c'est un travail conséquent de réseau et de recoupement des expertises qu'ils mettent en place.

³⁸¹ Plus encore, au cours d'une permanence médicale à laquelle j'ai assisté en Loire-Atlantique, le docteur Palait tentait, sur la base d'un dossier discuté collectivement, de sensibiliser les bénévoles présents à la lecture de scanners en vue du repérage d'un cancer bronchopulmonaire et de ses métastases, en parallèle du rapport anatomopathologique. À cette occasion, le docteur Palait interroge à plusieurs reprises le bénévole responsable du dossier en question, tatillonne, et lui fait remarquer « qu'il n'a pas révisé », intégrant un véritable rôle d'enseignant.

L'objectif est ici de faire valider le lien entre un agent toxique et un type de cancer dans des contextes professionnels spécifiques. Monsieur Sotto, syndicaliste des anciens mineurs de Moselle, en rend compte ainsi :

« Là j'y suis allé deux fois cette année sur cancer du rein et trichloréthylène, comme on a pas mal de dossiers, et comme on a fédéré dans le réseau qu'on a monté au niveau Internet où y'a environ 200 correspondants hors mineurs, on a fédéré un peu, on a rassemblé tous les avis de C2RMP sur cancer du rein. »³⁸²

Son expérience du COCT apparaît cependant relativement amère, marquée par le manque d'efficacité de l'instance dans la gestion des données supports à l'expertise :

« Je ne sais pas comment qualifier ça, mais c'est absolument dingue, nous avons apporté à la commission plus d'avis que la CNAM. La CNAM n'est pas foutue de rapporter des avis, ils ont interrogé leur base informatique, ça bloque, et à un moment donné, j'ai dit "mais attendez, vous n'avez pas d'autres dossiers que ça ?" il me dit "non, c'est ce que m'a donné la base de données", je dis "y'a pas tout !" "comment ça y'a pas tout ?", "ben non parce que les nôtres n'y sont pas, donc si les nôtres n'y sont pas, y'a clairement pas tout", "ah bon, vous en avez d'autres ?", je dis "oui !", "il faut les apporter." »

L'expertise constituée par ce syndicat à travers le regroupement des avis rendus par les médecins des C2RMP dépasse ainsi celle de l'institution d'État. L'ampleur de ce travail est telle qu'il suscite des soupçons de malhonnêteté :

« Donc je suis arrivé l'autre jour, y'avait la responsable de la DSS, je rapporte un tableau avec une quinzaine de cas et tout de suite la suspicion : "comment vous avez eu ces résultats ?" – "où est-ce que vous avez volé ça" en gros – je dis "attendez, on a rien volé, c'est les nôtres, c'est ceux qu'on a défendus, ceux qu'on a défendus, qu'on a gagnés, qu'on a perdus, mais ce sont les nôtres ça !", "ah bon ?" alors je ne sais pas, est-ce que le médecin-conseil a voulu vérifier [...] ou honnêtement il ne les a pas trouvés mais même en rentrant les données que je lui ai données, il ne les trouve pas [...] donc il m'a demandé de lever l'anonymat pour qu'il essaie de les retrouver, je lui ai envoyé tout, avec les noms, les adresses et tout pour qu'il les retrouve, il ne les retrouve pas. »

Ce récit semble révéler un dysfonctionnement au niveau de la Sécurité sociale elle-même, qui ne recenserait pas l'ensemble des données issues du système complémentaire. Monsieur Sotto l'analyse de cette façon :

« À mon avis, c'est volontaire. Ce n'est pas lui qui est en cause mais le système est volontairement verrouillé pour qu'on ne diffuse pas l'information, qu'on ne trouve

³⁸² À ce jour (août 2019), le tableau n'a toujours pas été promulgué.

pas, qu'on ne sache pas, etc. Parce que depuis 1993 [...] chaque C2RMP doit faire un rapport annuel, le secrétariat des C2RMP est tenu par la médecine-conseil, c'est la médecine-conseil régionale qui tient le secrétariat, qui fait tout. Quand vous vous adressez au C2RMP, en fait, c'est l'adresse de la médecine-conseil [...] donc ils ont tout sous la main, bon eh ben ils n'ont rien, donc il y a vraiment une volonté de ne pas diffuser l'information, d'ailleurs le plus simple finalement pour pas diffuser l'information, c'est de ne pas l'avoir, comme ça on est sûr qu'il y a pas de fuites. »

Le système complémentaire, dont le verrouillage serait organisé de façon institutionnelle, échoue ainsi à mener à bien sa mission première d'actualisation des connaissances scientifiques et, à terme, des tableaux. Il dépeint en effet un système qui entrave la production et la diffusion de données supports à la négociation, et s'en trouve clairement défavorable aux malades. L'élaboration des tableaux, connue pour être ralentie et limitée par les stratégies développées par les employeurs (Déplaudé, 2003 ; cf chapitre 3), subirait également des freins émanant de l'institution elle-même. La problématique de cette confidentialité des données, qui s'assimile en cela à un accaparement subi par les acteurs institutionnels de la réparation eux-mêmes, est revenue à plusieurs reprises dans les discours. C'est notamment le cas de l'ingénieure CARSAT (qui, rappelons-le, occupe un rôle de conseil auprès du C2RMP local), lorsqu'elle déplore longuement le manque d'échanges et d'accès aux données produites dans le cadre des C2RMP des autres régions, un cloisonnement qui contraint une expertise approfondie et moins chronophage. Le travail réalisé par les structures associatives et (surtout) syndicales, vise donc à dépasser ces freins organisationnels pour étendre le champ de la reconnaissance des atteintes du travail. Il ne s'agit donc plus uniquement de comprendre les ressorts de la catégorisation mais de participer à définir la catégorie. Pour autant, les positionnements de ces structures dans l'espace du soutien aux victimes du travail sont relativement hétérogènes et se caractérisent par des rapports différents au militantisme.

2. Militer dans l'espace de la réparation des maux du travail, des conflits de pratiques et de postures

A. Un espace conflictuel

a. Dissensions locales

Nous l'avons abordé, les échelons national et local sont parcourus de tensions au sein des associations et des syndicats investis dans l'espace de la réparation des maux du travail. Les discordes tiennent souvent à la place du militantisme et de l'action collective, aux représentations du bénévolat (ce que doit être/ne pas être une association se construit en opposition au modèle de l'entreprise) mais aussi à la « bonne » utilisation des ressources de la structure. Les désaccords sont à la fois financiers et politiques.

À l'échelle nationale, l'ANDEVA a été mise sur pieds avec l'aide de représentants de la FNATH. Aujourd'hui encore, les deux structures conserveraient des relations cordiales, toutes deux disposant de représentants auprès de la CNAM. La CAVAM, qui semble se constituer aujourd'hui en force « dissidente » sur la cause de l'amiante, vient s'ajouter à (et troubler ?) ce panorama.

Au niveau local, si l'on schématise, le tissu associatif et syndical de la réparation des maux du travail est composé, d'abord, d'un « groupement sécessionniste » de l'ANDEVA, qui s'en est désolidarisé pour des questions politiques, choisissant alors de rejoindre la CAVAM. Anciennement au sein de cette structure, une bénévole entrée en conflit avec son président est devenue correspondante de l'ANDEVA. Elle entretient par ailleurs de bonnes relations avec le petit groupement local de l'ANDEVA, dont le président siège avec elle au CA de l'association nationale. Si elle poursuit aujourd'hui son activité de soutien aux malades, elle s'adresse au cabinet L., le second cabinet parisien spécialisé dans les dommages corporels, pour la soutenir dans les démarches judiciaires. Non loin de ce conflit, le gros groupement local de l'ANDEVA, et ses pratiques financières controversées (la demande d'un pourcentage sur la somme perçue par les malades, sur le modèle de ce qui se fait pour les avocats – cf chapitre 2). Il semble représenter, pour les sortants, le symbole de ce que ne doit pas être l'action d'une structure associative dans le champ des maladies professionnelles. À côté de ce conflit en fleurit un autre : celui qui oppose cette structure au syndicat des mineurs installé non loin, pour une question, notamment, de périmètre d'action. La section locale de la FNATH fonctionne quant à elle de manière isolée, à l'image des associations pour lesquelles nous n'avons jamais obtenu de réponse (les autres groupements locaux de la FNATH). Le docteur Palait, au sein de cette nébuleuse conflictuelle, cultive des liens forts avec le gros groupement local de l'ANDEVA et l'association nationale, des liens sporadiques avec le petit groupement local de l'ANDEVA et le syndicat des mineurs et, enfin, des liens conflictuels avec le groupement sécessionniste.

b. L'utilisation des ressources financières, objet de cristallisation des enjeux de positionnement

Le conflit que nous pouvons documenter avec le plus de détails est celui qui oppose la correspondante de l'ANDEVA, madame Notus, à son ancienne structure, et qui éclaire en creux les positionnements relatifs à l'engagement associatif et militant. Madame Notus reproche à son ancien président d'être déconnecté du travail de terrain (soit des tâches administratives liées au montage et au suivi des dossiers des salariés) et d'utiliser les ressources financières de l'association à des fins non légitimes (ses remboursements de trajet, jugés très – trop – fréquents)

et « masquées », soit un problème de transparence dans l'utilisation des ressources. Cependant, cette accusation d'abus financiers se retrouve dans les deux « camps », chacun s'accusant mutuellement de profiter de manière illégitime des ressources de l'association et/ou des indemnités obtenues par les malades. En effet, d'un côté, on évoque des associations locales qui se sont transformées en « prestataires de service » en s'accaparant une partie des indemnités des salariés ; de l'autre, des trajets aussi récurrents qu'injustifiés aux frais de l'association afin d'investir un espace politique flou, conjugués à une déconnexion totale de la « base », soit des personnes que l'association a vocation à aider.

Les postures associatives, tout comme les pratiques médicales et les lectures des malades, si elles se comprennent en regard de rapports sociaux, ne sont pas parfaitement homogènes.

B. Des conflits de posture : « faire de l'associatif » ou « faire du politique »

a. Soutenir : sortir des conflictualités politiques pour garantir une mission de soutien

La question de l'investissement du politique par une pratique militante est centrale dans les associations et très souvent clivante. Les associations que j'ai identifiées comme les moins militantes au regard de leurs discours, de leurs pratiques, et des propos récoltés auprès des autres acteurs tendent à revendiquer un rôle spécifique par rapport aux syndicats. Il s'agit pour elles de ne pas afficher de couleur politique et d'entretenir la neutralité perçue comme nécessaire à une pratique de soutien des malades : si les associations de victimes du travail oscillent entre fonctions sociale et politique, mêlant « expression » et « entraide » (Meister, 1974), chacune se positionne différemment entre ces deux pôles. Monsieur Sotto, syndicaliste, oppose le registre individuel de l'aide au registre plus collectif de la revendication. Toutefois, plutôt que de choisir l'une ou l'autre, il expose les nécessaires ajustements à produire entre ces deux dimensions :

« Il ne faut pas, comme fait X, rester que sur l'individuel parce que ça ne fait pas bouger les choses, mais vous faites que de la théorie, que de l'idéalisme, que de la revendication, vous n'avez personne derrière. Il faut arriver à faire les deux. »

Pourtant, alors même que des syndicalistes ont fréquemment contribué à la genèse de ces associations, dans les structures les moins militantes, ceux-ci sont invités à « déposer » leur casquette de militant pour s'y investir afin de « ne pas tout mélanger ». C'est ce que décrit Monsieur Mangin, bénévole à l'ADDEVA de Loire-Atlantique :

« Bon, y'a eu aussi quelques syndicats aussi, parce qu'avant tout, la création de l'association, je t'ai parlé de Pézerat, mais y'avait aussi la CGT qui était derrière tout ça. Bon, y'avait des gars qui, on ne va pas dire que c'est des membres fondateurs mais presque, c'était des anciens délégués syndicaux [...] je pense à une personne en particulier, il a eu l'intelligence de laisser la casquette ailleurs des locaux et il a

fait carrément la part des choses tu vois. Bon, il a gardé son esprit, son âme, mais il sait que, lorsqu'on est dans un système comme ça, l'associatif, faut pas tout mélanger. »

Pour certains bénévoles, la pratique associative est donc à penser radicalement sur un autre registre que la pratique syndicale. La question des rapports entre les victimes du travail et les organisations syndicales s'est posée, selon Damien De Blic, dès les premiers temps de la mobilisation (De Blic, 2008). Il s'agissait alors d'arbitrer entre « la recherche d'une complémentarité, voire d'alliances, avec le monde syndical et une volonté d'indépendance à l'égard de cet univers, constamment affirmée au cours du temps. » (*ibid.*, p.125). Si, dans les années 1920, la FNMIT naissante emprunte aux fédérations syndicales leur mode d'organisation et un attrait pour l'action juridique, elle investit un répertoire d'action (et lexical³⁸³) nouveau : les victimes étant précisément exclues de la sphère du travail par leurs incapacités nouvelles, un nouvel espace de négociation s'est imposé. Plus récemment, aussi, certaines analyses sociologiques concluent à la « redéfinition des langages légitimes de l'action collective » autour de « l'exposition de soi (témoignage) [qui] concurrence largement la démonstration collective (manifestation), l'expression de la souffrance individuelle [échappant] désormais souvent aux cadres d'interprétation généraux que fournissent les idéologies. » (Latté, 2005, p.40-41) : les dommages faits aux corps des ouvriers ne se diraient plus de la même façon. En outre, certaines postures associatives sont parfois inspirées du monde de l'entreprise. Plusieurs bénévoles ont en effet développé une vision spécifique de l'engagement associatif qui s'assimile à des rapports salariaux : la hiérarchie y tient une certaine place, et le travail bien mené suscite l'attente d'une gratification – symbolique. Madame Notus, ancienne bénévole du groupement sécessionniste et actuellement correspondante pour l'ANDEVA, regrette ainsi : « *On n'a même jamais eu un encouragement, à nous dire "ah c'est quand même bien ce que vous faites"*. » De la même façon, l'ANDEVA est, pour elle, « la société » qui l'a formée et elle explique son investissement dans l'association comme la conséquence d'un recrutement pratiqué par d'anciens collègues sur la base de ses aptitudes professionnelles. Elle oriente son rôle, enfin, autour du soutien aux malades et de la « paperasserie » (cette « pratique du dossier » dénoncée par le Dr Palait, cf point suivant) : « *Moi je suis dans tout ce qui est paperasserie,*

³⁸³ En effet « l'appellation même de "Mutilés" vise explicitement à mettre en équivalence la situation des victimes du travail et celle des victimes de guerre » (*ibid.*), appuyant l'idée d'un sacrifice de celui qui laisse de son corps au travail.

tout ce qui est les aider moralement oui, on est à leur écoute, on n'a pas le droit de raconter n'importe quoi non plus. Mais sur la partie politique, je suis moins là-dessus. » Cette posture apolitique est donc clairement assumée et revendiquée par une frange des acteurs associatifs impliqués dans l'aide aux victimes du travail.

Enfin, un vocabulaire de type « guerrier » semble avoir infiltré jusqu'à ces structures les moins militantes³⁸⁴ : on « mène une bataille », on « se bat », on « arme les dossiers », marquant la continuité, peut-être, d'un registre ouvrier traditionnel. Isabelle Sommier (2002), dans une enquête ethnographique auprès de militants CGTistes, pour la plupart communistes, tous des hommes, issus des « catégories ouvrières traditionnelles » (ouvriers du Livre, métallurgistes, mineurs), lie en effet la mise en œuvre d'actions « violentes »³⁸⁵ par ce syndicat aux valeurs constitutives de « l'ethos ouvrier »³⁸⁶ et à l'affirmation d'une dignité collective – un usage de la « violence » par ailleurs « discipliné » et institutionnalisé. Toutefois, dans le cadre de ces associations de victimes du travail, la rhétorique guerrière, associée initialement à une dimension collective, se trouve paradoxalement transposée à une démarche immédiatement individuelle³⁸⁷.

b. Revendiquer : utiliser l'association comme organe politique

La centralité de ce rapport au « politique » trouve une expression particulière dans la scission qui a récemment marqué l'ANDEVA. Les groupements locaux qui s'en sont désolidarisés ont justifié leur sortie par un manque d'ambition politique, regrettant notamment l'insuffisance des pratiques de pression pour l'obtention de sanctions pénales et la reconnaissance des « crimes industriels »³⁸⁸, ici dans l'affaire de l'amiante. Elle est alors parfois décrite comme trop passive voire consensuelle et relativement absorbée par les instances du pouvoir. Cet extrait d'un entretien collectif avec le président et des bénévoles du « groupe sécessionniste » éclaire cette dissension, qui se focalise également sur une organisation réglementaire perçue comme

³⁸⁴ La « métaphore guerrière » est par ailleurs également mobilisée dans « la lutte contre le cancer » (Hardy, 2013).

³⁸⁵ Violentes en ce qu'elles peuvent causer volontairement ou non des dommages matériels.

³⁸⁶ Soit la « discipline, [la] solidarité dans le combat, [la] valorisation de la force physique, [la] virilité » (*ibid.*, p.2).

³⁸⁷ Qui peut se re-collectiviser, dans une certaine mesure, lorsqu'elle passe dans le cadre judiciaire comme cela a pu être le cas pour certaines demandes de reconnaissance d'un préjudice d'anxiété, présentées simultanément par d'anciens collègues ou bien dans le cadre de cas qui feront jurisprudences.

³⁸⁸ Katherine Lippel, avocate et professeure de sciences juridiques à Montréal, parle d'« employeurs criminels » (Lippel, 1988).

lacunaire et dépassée (avec des statuts « à dépoussiérer »), favorable uniquement à quelques individualités :

« Monsieur Lambert : Et là on fait partie d'une structure nationale, on vient de la créer, elle est récente, elle a maintenant [...] deux mois, ça s'appelle la CAVAM, on est sorti de la structure de l'ANDEVA nous, parce qu'elle ne répondait plus à ce que nous on représentait, et on en a recréé une qui comprend maintenant 22 associations et à peu près 10,000 adhérents.

- D'accord, et qu'est-ce qui vous a amené à sortir de l'ANDEVA ?

- Monsieur Lambert : Eh ben c'est parce que cette structure nationale ne répondait plus donc à...

- Madame M. : Notre déontologie.

- Monsieur Lambert : Notre déontologie, voilà, je cherchais le terme.

- Monsieur D. : C'est un peu langue de bois.

- Monsieur Lambert : Donc si vous voulez, ils s'acoquinaient un peu avec le pouvoir en place et voilà.

- D'accord, elle n'était plus assez contestataire ou militante ?

- Monsieur Lambert : Alors oui, y'a eu de ça, mais bon, si vous voulez, on a un procès de l'amiante qui est engagé depuis des lustres, eh bien on s'aperçoit que cette association-là ne fait pas grand-chose pour que ça aboutisse et puis, bon, on avait des statuts qui étaient vieillots, cette association-là, elle a commencé, y'avait quelques centaines d'adhérents et aujourd'hui... on était arrivé il y a trois ans maintenant à 22 000, on n'arrivait pas à bouger, on n'arrivait pas à modifier les statuts qui devraient être effectivement dépoussiérés, y'a beaucoup de choses comme ça, d'ailleurs le président de cette association-là a démissionné, a quitté la structure de l'ANDEVA [...].

- Monsieur D. : Ah ben, ils se sont un peu tous cassés. Hein, là ça part en miettes.

[...]

- Madame M. : Ceux qui sont restés sont ceux qui ont intérêt à ce que ça ne bouge pas. »

On le perçoit ici, l'investissement de l'espace judiciaire revendiqué par la « frange militante », souvent d'anciens ou actuels syndicalistes, dépasse les pratiques « quotidiennes » de demande d'une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Il se situe en effet sur autre échelle et renvoie à une appréciation différente des responsabilités dans la survenue des atteintes du travail : il ne s'agit plus de définir des responsabilités civiles, portées par l'entreprise (une personne morale) mais plutôt par un individu (une personne physique). Katherine Lippel, avocate et professeure de droit, s'inscrit dans la même logique de condamnation : pour elle, le défaut de sécurité qui mène au décès de travailleurs est assimilable à un homicide (Lippel, 1988). Ce positionnement interroge la construction de la catégorie, la notion de crime pouvant se substituer à celle de cancer professionnel : la maladie n'est alors plus la simple conséquence d'un environnement de travail délétère mais l'expression d'une culpabilité pénale, un crime.

Pour certaines associations³⁸⁹, la pratique d'aide à la constitution et de suivi des dossiers de malades n'est donc pas suffisante. Les structures qui s'y cantonnent sont perçues comme des « prestataires de service » qui « font du dossier », des expressions chargées négativement pour dénoncer une frilosité politique qui limite *in fine* l'aide apportée aux malades. Le docteur Palait présente ainsi ce qui, selon lui, doit être le rôle d'une association d'aide aux « abîmés du travail » (et surtout, ce à quoi elle ne doit pas se cantonner) : « *Défendre les victimes, ce n'est pas que des dossiers, c'est des structures politiques.* », l'action individuelle étant perçue par « les communistes », selon monsieur Sotto, syndicaliste, comme une action « petit bourgeois » (cf chapitre 7). Ainsi, si certaines associations locales « font du bon travail », ce n'est, selon ce médecin militant, pas suffisant puisque « *dans la bataille sur les AT/MP, il faut embrayer sur le côté politique, autrement on fait [juste] du dossier.* » Ces pratiques centrées sur les cas individuels se comprennent toutefois en regard de la « crise des adhésions » que rencontrent les organisations des travailleurs depuis les années 1950. Ceux qui autrefois y militaient tendent à devenir de « simples cotisants », le paiement de l'adhésion faisant office de contrepartie à une « prestation de service » (Rosanvallon, 1994 [1988]). Parallèlement, depuis les années 1980, le bénévolat, qui trouve ses racines dans la laïcisation du paternalisme du XIX^e siècle et la dépolitisation des mouvements d'entraide ouvrière, est en plein essor : engagements et organisations se transforment, intégrant, notamment, des logiques gestionnaire et organisationnelle (Demoustier, 2002) – tout en conservant, ici, quelques traces des répertoires de luttes formalisés par les syndicats du monde ouvrier.

À la charnière des organisations professionnelles et associatives, les structures d'aides aux victimes du travail sont doublement touchées par un mouvement d'affaiblissement – tout au moins de recomposition – du militantisme, à la faveur d'une « pratique du dossier », largement incitée par la dimension administrative de la catégorie. Il s'agit là d'un bénévolat de type entraide, bien peu revendicateur d'un statut ouvrier pourtant largement partagé. En effet, dès sa création en 1920, la FNMIT, l'ancêtre de l'actuelle FNATH, a cultivé une attitude plus proche du réformisme que du syndicalisme révolutionnaire (De Blic, 2008), participant à extraire les revendications des victimes du travail d'une rhétorique de classe : il s'agissait alors d'agir sur la législation plutôt que sur la structuration sociale, et la défense d'un groupe socialement dominé.

³⁸⁹ Ici, j'aborde les sections locales de manière relativement autonome de leur structure nationale de rattachement. Nous pouvons, toutefois, au-delà des nuances internes à l'ANDEVA, conclure à un militantisme globalement plus fort du groupe sécessionniste et, logiquement, du syndicat des mineurs.

Aussi, aujourd'hui, nombre de ces structures tendent à se cantonner à une seule mission d'aide aux victimes. Pour Philippe Ponet, quel que soit le préjudice, ces associations comporteraient un nombre de victimes considérable qui « ne se déplacent pas aux réunions de l'association³⁹⁰ (sauf pour payer la cotisation qui leur donne droit aux “services”), n'envoient pas de documents (sauf pour nourrir leur propre dossier), ne participent pas à la rédaction des éventuels bulletins (sauf pour proposer leur propre “témoignage”). Leur investissement se limite aux démarches nécessaires au règlement de leur “litige” personnel. La résolution de leur problème entraîne d'ailleurs le plus souvent la fin de leur adhésion [...]. » (Ponet, 2009, p.70), ce qu'ont effectivement regretté plusieurs bénévoles rencontrés.

Pour la frange militante cependant, la pratique des dossiers, bien que commune aux différentes structures associatives et syndicales engagées dans l'espace de la réparation des maux du travail, ne peut constituer à elle-seule leur *leitmotiv*, elle doit permettre au contraire de bâtir une action politique. Il s'agit en effet d'ancrer l'association dans une « cause » qui dépasse son champ d'action spécifique, ce qui, pour Danièle Demoustier, est constitutif de l'action militante (Demoustier, 2002). Pour autant, l'action politique envisagée, entendue ici dans son sens large, n'est pas uniforme : elle peut viser la recherche de sanctions pénales pour les industriels « criminels » mais aussi la défense des droits et des « intérêts » des victimes du travail – au niveau local, par exemple, le groupement sécessionniste développe un projet de mutuelle à moindre coût pour ses adhérents tandis qu'au niveau national, certains demandent l'alignement des droits des victimes du travail sur les droits des victimes d'autres préjudices (*cf* point 4). Enfin, l'action politique peut également avoir pour objectif l'élargissement des frontières de la catégorie de maladie professionnelle par l'élaboration de nouveaux tableaux ou encore l'amélioration des conditions de travail.

C. L'investissement de l'espace judiciaire

a. L'ambivalence de la FIE

Agir pour le collectif familial

Le recours en faute inexcusable de l'employeur est fréquemment conseillé par les associations. Elles ont, dans la continuité de la FNMIT, investi le terrain juridique au contact duquel elles se

³⁹⁰ Toutefois, ces associations réunissant nombre d'anciens collègues, certains viennent régulièrement aux permanences hebdomadaires.

sont constitué une certaine expertise (De Blic, 2008). Sans elles, cette procédure resterait relativement peu visible tant elle est peu mise en avant par la caisse. Madame Mongeot, secrétaire du gros groupement local de l'ANDEVA, en rond compte ainsi : « *Y'a un petit astérisque, quand ils reçoivent le taux d'IPP, qui leur dit que c'est possible de demander la faute inexcusable de l'employeur et qu'il faut qu'ils se rapprochent de la CPAM, mais bon... [rires]* ». Parfois à l'initiative d'une démarche de reconnaissance, les associations peuvent également prolonger les parcours des malades du travail en investissant l'espace judiciaire. Cependant, ce recours ne paraît pas tant motivé par l'imposition d'une sanction à une entreprise qui se serait rendue coupable d'un préjudice – envers, de surcroît, le membre d'un groupe social auquel on se sentirait affilié, inscrit dans une même « communauté de destin », soit l'expression d'une « conscience ouvrière » –, que par la perspective d'une maximisation de l'indemnisation pour le malade. Tout comme pour le reste des démarches, la priorité ici est d'« aider des personnes souffrantes » dans une approche relativement individualisante. Pour le « gros groupement local », par exemple, il s'agit d'obtenir des ressources utiles au malade et à sa famille en cas de décès :

« Nous on la propose systématiquement, c'est-à-dire même sur des tout petit taux on propose de faire la faute inexcusable de l'employeur. Quand ce sont des maladies plus importantes, on argumente un peu plus sachant que, si jamais il devait arriver quelque chose à monsieur, et que c'est dû à sa pathologie de l'amiante, son épouse, elle pourra toucher la rente de conjoint survivant à taux plein, c'est quelque chose qu'on fait mettre dans la faute inexcusable de l'employeur. »

Face au risque de décès suscité par la maladie grave, les démarches (de reconnaissance comme leur prolongement en FIE), deviennent un investissement pour un collectif réduit, le collectif familial. Madame Duval, dont le mari est atteint d'un cancer broncho-pulmonaire après avoir été longtemps ouvrier dans une centrale électrique, fait part d'un discours similaire de la part des médecins : « *C'est ce qu'ils lui ont dit là-haut, ils lui ont dit "vous êtes marié, vous avez des enfants, faut penser à eux aussi"*. » Cet argumentaire responsabilisant, qui joue sur le rôle de pourvoyeur de ressources attendu du père de famille, permet de contrebalancer les réticences initiales dues à un sentiment de redevabilité à l'employeur (cf chapitre suivant). Par ailleurs, madame Mongeot précisera également : « *C'est aussi pour le moral des gens, c'est-à-dire de se dire "j'ai attaqué l'employeur, il est responsable"*. » S'il s'agit bien de replacer la démarche dans une opposition à l'employeur, l'argumentaire « pour le moral » révèle la continuité d'une approche individualisante, hors considération de justice collective.

Agir contre le patron

Pour d'autres associations, il s'agit de faire payer les entreprises « par le bas », une portée politique jugée suffisante. Elles investissent alors un registre collectif – un collectif ici d'entreprise – en se donnant une ambition pédagogique : elles souhaitent ainsi, à travers la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur, lui faire « *comprendre [...] qu'il faut qu'il protège ses ouvriers [...] on travaille pour lui, pas pour mourir* »³⁹¹, un objectif cependant moins palpable et dès lors secondaire.

Les structures les plus militantes investissent quant à elles cette procédure de manière distincte. Monsieur Lambert, président du « groupe sécessionniste », se situe sur un registre plus offensif. S'il s'agit toujours un peu de se battre, certains semblent se battre avant tout « pour » la réparation individuelle, et d'autres « contre » les employeurs. Ici, les deux se mêlent :

« Ah oui, ce sont des victimes. Ils ont souffert dans leur chair et ils souffrent là aussi, et c'est pour ça que je disais qu'on ne s'arrête pas là parce que, quand on a fait reconnaître quelqu'un dans le cadre d'une maladie professionnelle, ce qu'il faut absolument, c'est faire condamner l'employeur dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur, pour qu'il puisse avoir une réparation intégrale. »

Le discours victimaire (« *ce sont des victimes qui souffrent* ») associé au préjudice, est remobilisé en langage politique (« *il faut faire condamner les responsables* »). La référence à une condition de victime peut en effet constituer un ressort à l'action militante. Elle permet également de (re-)faire groupe (cf chapitre 7) comme l'analyse Stéphane Latté pour les victimes de l'explosion de l'usine AZF, majoritairement ouvrières. Dans ce cadre, en effet, le travail psychologique réalisé autour de l'accident, par le biais de cérémonies commémoratives notamment, permet au syndicat de solidifier le groupe ouvrier et de réactiver son histoire (Latté, 2005).

De cette façon, monsieur Lambert décrit une posture revendicative partagée parmi les adhérents :

« Quand ils viennent ici [...] ils se disent “mais ce n'est pas normal qu'on ait été comme ça empoisonnés” et donc ils veulent aller en faute inexcusable de l'employeur, pas pour forcément l'argent, ce n'est pas ça, parce qu'ils peuvent l'avoir au FIVA sans se battre, mais pour faire condamner leur employeur. »

³⁹¹ Ce sont les mots du président du petit groupement local de l'ANDEVA.

Cette condamnation paraît d'autant plus nécessaire que le « patron savait », soit que le risque était connu et volontairement non combattu (une appréhension souvent non développée initialement par les malades, cf chapitre 7). Monsieur Lambert définit ainsi la responsabilité première des grosses entreprises et la quasi-impunité dont elle bénéficie. Dans ce contexte, la faute inexcusable de l'employeur lui apparaît comme un « palliatif judiciaire » :

« Il faut aussi faire condamner le patron qui l'a exposé, qui savait parce que – pour les plus grosses entreprises, je parle pas pour les petites entreprises³⁹² – ils savaient que l'amiante c'était un poison mortel, donc il faut les faire condamner, alors on n'y arrive pas pour le pénal et on se bat depuis des années, là aussi y'a des freins de tout ordre, politique et autre, pour qu'on arrive effectivement à faire condamner ces gens-là, mais au moins que la faute inexcusable de l'employeur soit reconnue et que l'employeur il paye la totalité, que ce ne soit pas encore sur les deniers publics [...] c'est cette bataille-là qu'on mène aussi. »

Les condamnations individuelles que permettent la faute inexcusable de l'employeur font ainsi office de compensation aux échecs des procès initiés au pénal : les employeurs doivent être condamnés et si la sanction pénale s'avère inaccessible, la sanction financière localisée se lit déjà comme une petite victoire. La perspective indemnitaire relève donc ici de la même logique que la condamnation de l'employeur : il s'agit toujours de « faire payer » – matériellement et symboliquement – pour un préjudice qui est collectif.

Aussi, en fermant l'accès à l'espace judiciaire³⁹³ et en rendant le « combat » facultatif, le FIVA est appréhendé par Monsieur Lambert comme un outil de « neutralisation » de la démarche qui précède l'indemnisation (cf chapitre 4). L'investissement de l'espace judiciaire est donc perçu comme un acte politique avorté par le recours à ce dispositif : le choix du dispositif d'indemnisation est déjà un acte militant. Le docteur Palait décrit en ce sens les « victoires » obtenues devant les tribunaux comme l'aboutissement de combats politiques :

« Alors, Mongeot [le président du gros groupement local de l'ANDEVA], il fait surtout de la faute inexcusable de l'employeur, bon... il est très critiqué parce qu'il n'a pas une problématique syndicale, il a une problématique financière de cow-boy, mais bon, il a de la chance d'être secondé maintenant par sa fille qui est loin d'être conne, et lui, tout ce qui est TASS et Appel c'est moi qui écris et puis il défend, on

³⁹² Cette distinction réalisée entre « petites » et « grosses » entreprises afin de dissocier leur degré de connaissance du risque – synonyme de culpabilité – est récurrente (cf chapitre 7).

³⁹³ Il ne s'agit pas d'une fermeture complète de l'accès au judiciaire : le FIVA peut choisir de se retourner contre l'entreprise incriminée. Cependant, les démarches sont rares et ne relèvent plus directement de la victime.

arrive à bien s'entendre, et puis je crois qu'ils sont bien, ils se démerdent bien, enfin, on a gagné de beaux trucs. »

Gagner en justice contre un employeur représente donc un acte militant, croisant ainsi des antagonismes de classes. Dès lors, militer dans l'espace des maux du travail revient à sortir des cadres, à oser les démarches dont l'aboutissement n'est pas certain, soit défendre avec force les dossiers les plus faibles en regard des attendus médico-légaux.

b. Militer sans condamner

Militer dans l'espace de la réparation des maux du travail n'implique pas systématiquement l'adhésion au principe d'une sanction pénale. Le docteur Palait, par exemple, s'il soutient l'action militante, s'oppose à l'idée d'une telle démarche.

Alors même qu'il dessine l'espace judiciaire comme une arène politique, le docteur Palait se pose en désaccord avec l'objectif, porté par certaines structures, de dévier vers le pénal en demandant la reconnaissance de responsabilités individuelles – au-delà, donc, de l'entité que représente l'entreprise :

« Quand il y a eu, au mois de juillet, [...] le procureur qui tendait vers un non-lieu, comme j'ai été interviewé par des journalistes, j'étais emmerdé quoi. Parce que tout le monde trouvait que c'était un scandale, moi non... la responsabilité de l'amiante, elle est tellement diffuse et partagée par tout le monde, avec une part de responsabilité des victimes qui s'en foutaient pas mal des conditions de travail, on est dans les Trente Glorieuses hein, et si vous voulez, les gens disent "on ne savait pas", y'a plein de gens qui savaient, mais y'a plein de gens qui ne voulaient pas savoir. »

Le docteur Palait développe ainsi des accusations trop nombreuses pour parvenir à en arrêter une seule : le partage des responsabilités va, dès lors, contenir les démarches, et se rejouer au niveau des parcours individuels lorsqu'il s'agira de « transformer » la maladie professionnelle en faute inexcusable de l'employeur (cf chapitre 7). De la même façon, Monsieur Sotto est particulièrement engagé, par le biais de son syndicat, à la fois dans des procédures de FIE mais aussi, comme nous l'avons vu, dans une lutte pour faire reconnaître le préjudice d'anxiété de nombreux anciens mineurs, impliquant une sanction financière de Charbonnage de France. Pour autant, il va jusqu'à présenter la recherche d'une sanction pénale, tout comme le souci de la prévention, comme un alibi à l'indemnisation individuelle, une démarche socialement dévalorisée (point 3, A). Toutefois, les associations y auraient été cantonnées malgré elles, par l'organisation même du cadre légal de la réparation des maux du travail (cf chapitre 3) :

« Moi je vois des tas de militants aujourd'hui qui, pour justifier une demande d'indemnisation individuelle, disent "c'est pour agir sur la prévention", ça leur

donne [une légitimité] “on sort des gros sous et on se bat pour le collectif” mais moi je n'ai pas besoin de ça [...] on nous a mis là-dedans, on n'a pas choisi, c'est la seule voie qu'on nous a laissée, et on doit demander pardon, on doit s'excuser de le faire, je n'ai pas besoin de justifications idéologiques, l'action pour l'indemnisation individuelle me suffit, je n'ai pas besoin de l'habiller avec un truc collectif. »

Monsieur Sotto définit ainsi l'action pénale à la fois comme une démarche d'apparat – socialement acceptable – mais aussi comme un positionnement militant, largement sollicité par les adhérents. Si le syndicat a accepté de soutenir sept plaintes déposées par des familles de victimes de l'amiante le 12 novembre 2005, cette démarche reste cependant, pour lui, vouée à l'échec³⁹⁴ : « *tout le monde voulait aller au pénal parce qu'ils pensent que c'est comme ça qu'on va s'en sortir alors que ce n'est pas possible, le pénal ça va faire flop.* » Le choix des terrains judiciaires investis relèverait donc du pari, soit d'un choix rationnel en vue de maximiser les résultats. Monsieur Sotto n'en reste pas moins un militant actif, une figure locale qui s'est également investie nationalement dans le cadre de négociations au sein du COCT (cf point 1). Définir une posture militante « type », dans cet espace de la réparation des maux du travail, paraît ainsi extrêmement complexe.

c. Définir les liens avec l'espace judiciaire

S'autonomiser des professionnels du droit, un enjeu financier

Miroir des positionnements militants, les relations entretenues par les associations avec les avocats sont relativement ambiguës, et font l'objet de négociations et d'ajustements. De simples « facteurs des avocats » (l'expression – toute personnelle – est empruntée au docteur Palait) à un véritable investissement conjoint, les postures associatives se révèlent hétérogènes. Si elles peuvent être fonction du degré de militantisme de la structure (plus elle est militante, plus elle est en recherche d'autonomie), cela ne semble pas toujours être le cas. Monsieur B., bénévole au sein du gros groupement local de l'ANDEVA – cette structure controversée aux échelles locale et nationale pour sa pratique « d'accaparement » d'une partie des indemnisations perçues par les veuves – met ainsi en avant un fort investissement de l'espace judiciaire détaché tant que possible du monopole des avocats :

« On a de plus en plus de monde donc tous les mineurs qui allaient avant à la CFDT mineurs, ils commencent à venir chez nous parce que la prestation, apparemment,

³⁹⁴ À l'automne 2017, le procès ne s'était toujours pas tenu.

En ligne : <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/interception-15-octobre-2017>

est mieux faite. Y'en a qui confient tout aux avocats, nous on prend une affaire, ce qu'on n'a pas besoin de confier aux avocats, on ne confie pas. Donc ce sont des coûts en moins, et ça effraie un peu moins les gens. »

Conçue comme une « prestation », la procédure judiciaire est neutralisée. Investir cet espace de façon autonome ne relève donc pas d'une « prise en main » du destin ouvrier qui passerait par l'émancipation des acteurs issus des catégories les plus favorisées, détentrices des ressources économiques et techniques (les employeurs d'un côté, les avocats de l'autre). Il s'agirait bien plutôt d'assurer le service optimal en s'imposant sur le marché judiciaire.

En pratique, les « subtilités légales » liées par exemple au double régime public – privé (le passage d'un emploi dans le privé au statut de fonctionnaire), le contentieux, l'accès à l'espace judiciaire ou encore les démarches de contestations relatives à l'indemnisation, nécessitent une bonne connaissance du Code de la Sécurité sociale. Cependant, parmi les procédures les plus communes, seuls les passages devant la Cour d'appel semblent clairement monopolisés par les avocats, les bénévoles les plus aguerris plaidant devant le TASS et le TCI³⁹⁵ (les démarches qui atteignent la Cour de Cassation restent cédées aux avocats selon des obligations légales³⁹⁶). S'il est bien ici question de champ de compétences, les bénévoles développent un savoir et une expertise considérables sur le terrain, éloignant ainsi la dépendance à ces professionnels du droit – que certaines associations vont d'ailleurs « s'approprier », l'ANDEVA et la FNATH ayant salarié des juristes. C'est ce qu'explique monsieur Teyer, le président du « petit groupement local de l'ANDEVA » :

« Ça veut dire que nous aujourd'hui, on est une quarantaine d'associations qui dépendons de l'ANDEVA Paris et quand on a des problèmes comme ça, on a la possibilité d'envoyer le dossier. Si c'est un problème médical, c'est le docteur Palais qui va le prendre en compte, par contre si c'est un problème législatif, on envoie ça à Carine T. qui est la juriste de l'association. Bon, parce que nous on est des bénévoles, y'en a qui étaient mécano', on connaît pas toujours les lois, on n'est pas médecins et aujourd'hui faut qu'on s'occupe de tout ça quand même, c'est pas toujours facile [...] donc avec le temps on apprend [...] à faire certaines choses mais y'a des moments encore où on peut coïncider. »

³⁹⁵ Cependant, la loi de réforme pour la justice prévoit, dès 2020, l'obligation d'avoir recours à un avocat pour une procédure en appel.

En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2499>

³⁹⁶ À l'exception de certaines procédures qui en sont dispensées. Aussi, dans ce cadre, c'est un corps d'avocat spécialisé qui est convoqué : les avocats aux Conseils.

En ligne :

https://www.courdecassation.fr/informations_services_6/charte_justiciable_2544/juge_decisions_2545/vous_represente_10943.html

Les associations se dotent donc de leurs propres ressources en expertise médicale et juridique afin de peser de manière autonome sur le processus de catégorisation de la maladie dans les différents espaces qu'elle traverse³⁹⁷.

Cependant, d'autres éléments entrent également en jeu dans la structuration des relations qui les lient aux avocats. D'un côté, la « fidélisation » à un seul et même cabinet d'avocats – par ailleurs expert dans le champ des préjudices corporels – permet la centralisation des dossiers, la mise en lien des malades dans le but d'échanger des témoignages et l'accumulation des données d'exposition utiles à l'argumentation dans le cadre d'une démarche de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. De l'autre, s'en émanciper – de manière partielle tout au moins – ouvre l'opportunité d'un retour financier des adhérents. Monsieur Teyer m'explique en effet, au cours d'une assemblée générale, qu'il refuse généralement de confier l'intégralité des dossiers suivis par l'association à un avocat, car ce serait passer à côté d'une opportunité, pour sa structure, de recevoir des dons : l'investissement « plein » des bénévoles suscite la reconnaissance et le contre-don des malades ou de leurs ayants-droit qui accèdent à l'indemnisation. La préoccupation financière concernant les avocats s'arrête ici. En effet, les frais sont assumés par les malades eux-mêmes – en sus de leur adhésion à l'association. Les adhérents, ainsi, s'engagent à verser 10 % du montant perçu en cas de « procédure simple », 15 % dans le cadre d'une faute inexcusable de l'employeur, en plus de « l'article 700 »³⁹⁸, en échange de quoi ils sont dispensés d'une avance de frais.

³⁹⁷ Il serait intéressant de comparer, dans une perspective quantitative, les taux de réussite des procédures menées par les associations les plus autonomes aux taux de réussite des procédures menés par des avocats non experts. En effet, si Delphine Serre a constaté les perspectives largement défavorables d'une procédure menée par un justiciable seul (toutes pathologies confondues), les effets respectifs du type d'accompagnement pourraient compléter cette analyse. Un éventuel déplacement des bornes de l'expertise judiciaire sur cette question des atteintes du travail pourrait ainsi être questionné.

Delphine Serre, « Les acteurs aux prises avec la reconnaissance des maladies professionnelles dans les tribunaux : logiques profanes versus stratégies juridiques », *colloque Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)*, Paris, 20 juin 2019.

³⁹⁸ L'article 700 du Code de procédure civile renvoie à la possibilité de faire condamner la partie qui perd le procès à verser une somme supplémentaire à la partie victorieuse correspondante aux frais engagés dans le procès. Ce montant est toutefois défini en fonction de la situation économique de la partie condamnée.

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070716&idArticle=LEGIARTI000006411119>

Définir les « bons partenaires », un double enjeu militant et professionnel

Pour ces associations, le choix des avocats « partenaires » se révèle, en outre, être une entreprise non-neutre. Il s'agit en effet de repérer les militants, les « pro-victimes » qui partageraient ainsi le même combat et le même positionnement, dans une logique similaire à celle qui sous-tend les rapports entretenus avec les médecins (cf chapitre 4). La structuration de ce champ est définie, par les organisations associatives et syndicales, sur un mode binaire, les pous et les contres, excluant dès lors la possibilité d'une posture qui se revendiquerait de la neutralité. Le président du « groupement sécessionniste » évoque l'acoquinement avec le « camp des employeurs » de l'un des deux cabinets d'avocats parisiens spécialisés dans les dommages corporels, perdant ainsi toute crédibilité :

« Monsieur Lambert : [Le cabinet L.] c'est autre chose [...] il défend les patrons donc bon, c'est un peu...

- Madame M. : Il défend AUSSI les patrons.

- Monsieur Lambert : Oui, mais dans ce milieu-là vous savez, quand on traite des dossiers de malades, il faut choisir son camp. »

Cette injonction à adopter un positionnement clair et exclusif dans l'espace de la réparation des atteintes du travail fait écho à la façon dont les médecins conseil de victimes définissent leur activité³⁹⁹. Celle-ci, en effet, reposerait principalement sur l'opposition aux médecins conseil des assurances au motif que l'on ne pourrait « être tour à tour “pour une victime”, puis “pour une société d'assurance”. » (Ponet, 2007)⁴⁰⁰.

Les avocats, de leur côté, développent également une appréhension des « bonnes pratiques associatives ». Ainsi, le président du « petit groupement local de l'ANDEVA » relate une critique formulée par l'un des avocats avec lesquels il travaille : pour ce dernier, les membres de l'association feraient « trop de social » (« [il nous a reproché] *d'être trop près de nos, vous voyez, nos adhérents qui arrivent, on leur fait la bise [...]* »), une pratique potentiellement

³⁹⁹ Les médecins-conseil de victimes ou « médecins-conseil de recours » relèvent d'une sous-spécialisation des médecins-conseil permise par la loi Badinter du 5 juillet 1985 sur les accidents de la circulation (Ponet, 2007). Le médecin-conseil de recours assiste la victime en cas d'expertise médicale, en complément de l'avocat sur le versant juridique et exerce son activité, de fait, en libéral. Il est essentiellement sollicité dans le cadre de démarches de droit commun et peu présent, donc, dans le champ de la maladie professionnelle qui est structuré par des règles d'indemnisation spécifiques.

En ligne : <https://www.meimonnisenbaum.com/fr/lexique-juridique/id-1268-medecin-conseil-de-victimes>

⁴⁰⁰ Toutefois, cette rhétorique viserait également à légitimer l'existence d'un sous-groupe professionnel qui échoue à se réaliser en pratique, les modalités d'expertises étant finalement peu éloignées selon le « camp » choisi. L'identification au groupe professionnel, via l'intégration commune (et standardisante) de l'idée d'un « juste taux », prime sur le positionnement sur la scène judiciaire (*ibid.*).

incompatible, selon lui, avec des velléités politiques. Les champs de l'entraide et du militantisme sont ici mis dos à dos.

Ces positionnements interrogent, de cette façon, sur les motivations à s'engager dans cet espace associatif et syndical de la réparation des maux du travail.

D. S'engager dans l'espace de la réparation des maux du travail

a. Des motivations à « s'engager »...

Contrairement aux associations de lutte contre le cancer, généralement très largement féminines (Knobé, 2009)⁴⁰¹, la grande majorité des bénévoles (comme des adhérents⁴⁰²) au sein des associations de victimes du travail sont des hommes. De même, alors que l'espace associatif fait état d'une sur-représentation des catégories moyennes salariées, les bénévoles sont ici majoritairement ouvriers. Cette configuration est l'expression d'inégalités sociales (évoquées en introduction). Dans l'espace strict du cancer – sans caractérisation de son étiologie – Sandrine Knobé note que l'une des associations de malades qu'elle a étudiées présentait un « recrutement plus populaire de ses bénévoles, souvent d'anciens employés (à la retraite) ». Selon elle, cette spécificité laisse « entrevoir les variations en termes d'inégalités sociales devant la santé, l'incidence des cancers des voies aérodigestives supérieures [l'association en question étant dédiée à ce type de cancer] étant plus forte dans les catégories socioprofessionnelles basses (Herbert et Launoy, 2000). » (Knobé, 2009, p.29). Ici, de même, les caractéristiques sociales des bénévoles de ces associations de victimes du travail (au sein desquelles les cas de cancers ne sont toutefois pas majoritaires) reflètent celles de leurs adhérents : si elles sont largement masculines, c'est aussi que les hommes sont en général bien plus nombreux à faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie. De la même façon, si elles recrutent majoritairement dans la population ouvrière, c'est qu'ils sont les premiers à être exposés à des agents délétères⁴⁰³ sur le lieu de travail.

⁴⁰¹ L'engagement associatif est, de manière générale, plutôt féminin. En 2016, toutefois, il était légèrement plus masculin avec une tendance à la hausse (9 %) depuis 2010 (selon une étude par extrapolation).

Dominique Thierry (dir.), « L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France, de 2010 à 2016 », Rapport de France Bénévolat, 2016.

⁴⁰² Si tous sont membres de l'association, le paiement d'une adhésion distingue les adhérents des bénévoles - avec, donc, d'un côté des « aidants » et, de l'autre, des « aidés », dont l'aide est conditionnée à ce versement.

⁴⁰³ Je fais référence ici principalement aux substances chimiques et aux cancérogènes de divers types. Les pathologies psychiques représentent un problème de santé au travail différent.

Comme nous l'avons vu, les bénévoles sont souvent issus, aussi, d'importants sites industriels locaux : d'anciens collègues s'y côtoient, certains en tant qu'aidants, d'autres en tant qu'aidés, certains aidés passant aidants après avoir été aidés. Cet ancrage à la fois professionnel et territorial semble prévaloir sur l'orientation militante. En effet, les motivations à « s'engager » sont multiples et peu éloignées de celles que l'on retrouve pour d'autres associations (Prouteau et Wolff, 2004⁴⁰⁴) : aider en partageant son expérience des démarches, cultiver son « relationnel », ou encore s'occuper au moment du passage en retraite, marquant le poids des temps sociaux dans l'engagement associatif. L'association est donc souvent entendue comme un lieu de sociabilité et d'expertise profane avant d'être une instance politique, et ce malgré la volonté d'agir « contre le patron », une action localisée. C'est ce dont témoigne le discours du président du petit groupement lorrain de l'ANDEVA :

*« Et qu'est-ce qui vous a donné envie de monter cette association ?
- Ben déjà un peu révolté contre l'employeur parce qu'il disait que ce n'était pas vrai, et puis après, moi j'ai fait tout seul ma demande de maladie professionnelle, j'ai fait tout seul mon dossier d'indemnisation mais quand j'ai vu les problèmes qu'on rencontrait, j'ai voulu faire profiter de mon expérience les autres personnes. Et puis j'aime bien le relationnel, je savais que j'allais être en retraite, je voulais m'occuper un peu mais j'étais loin de penser que ça me prendrait autant de temps. »*

Cette volonté de partager une expérience vécue fait écho, dans une certaine mesure, à la notion de « savoir expérientiel » – plus consensuelle que le concept de « patient-expert » (Gross et Gagnayre, 2013) – qui se diffuse dans le champ de la santé. Il s'agit par ce biais d'affirmer l'expérience comme partie prenante d'une expertise profane qui, dans l'espace des mobilisations collectives, peut également s'exprimer par l'apprentissage des savoirs experts (données scientifiques, textes réglementaires, etc.) : on parle alors d'« experts-profanes » (*ibid.*). Les bénévoles, ici, se trouvent au croisement de ces concepts : ils additionnent souvent, en effet, expérience de la maladie, expérience des démarches administratives et expertise réglementaire.

Ainsi, si pour certains acteurs associatifs issus du tissu industriel local, ce sont les expériences de la démarche de maladie professionnelle et/ou des temps sociaux spécifiques qui orientent l'engagement, les motivations de la juriste de la FNATH sont, du fait de son statut de

⁴⁰⁴ Lionel Prouteau et François-Charles Wolff invitent toutefois à considérer ces résultats avec précaution, issues de données recueillies dans le cadre d'une enquête Insee qui proposait des réponses par choix d'items.

professionnelle notamment, bien différentes. En effet, ce sont avant tout des perspectives de carrière qui ont présidé à son investissement dans cette structure :

« Quand j'ai poussé la porte, je ne connaissais absolument pas la FNATH et en fait, le seul intérêt du poste à l'époque était que je suis habilitée à aller plaider au tribunal, et comme je voulais devenir avocat par la suite, ça me donnait déjà une expérience pour aller plaider, pour monter des dossiers et pour voir comment ça se passait. Donc je suis vraiment tombée dedans par hasard, après ça m'a plu parce que moi je viens du droit public [...] donc c'est un contentieux qui se rapproche beaucoup et pis c'est intéressant [...] on apprend beaucoup de choses.

- Du coup, c'est à temps plein ?

- Non, je suis à mi-temps. Après, je suis en cabinet. Et là je travaille pour les méchants employeurs qui ne veulent pas faire reconnaître les cancers de leurs petits salariés. »

Derrière ce qui semble être un engagement utilitaire, nous questionnerons toutefois l'effet d'origines sociales potentiellement modestes (cette question, en effet, n'a pas été posée à l'enquêtee, rencontrée tôt dans la recherche). En effet, en Belgique, J-P Godding montrait que les stagiaires avocats les moins aisés sont ceux qui fréquentaient, en tant que futurs professionnels, le plus régulièrement le Bureau de consultations gratuites. S'il ne s'agit pas, dans le cadre de la FNATH, d'une aide proposée gratuitement, elle paraît être « à moindre coût » comparativement aux tarifs demandés par un avocat qui exerce en libéral. Ainsi, l'expression individualisée des motivations omet tout un pan d'explication sociale à ne pas négliger pour prétendre saisir les ressorts de l'engagement au sein de ces associations.

b. ... et des lectures des motivations à prétendre à la catégorie

À ces motivations d'ordres différents répondent des représentations variées, pour les personnes investies dans ces structures associatives et syndicales, du sens que les malades donnent à leurs démarches. Monsieur Teyer et monsieur Mangin, bénévoles dans deux groupements différents de victimes de l'amiante, évoquent des démarches motivées avant tout par la recherche d'une indemnisation, pour eux-mêmes et pour les proches qui leur survivront. Monsieur Mangin, cependant, décrit également une angoisse générée par la démarche elle-même. Il l'exprime ainsi :

« Y'en a, ils viennent pour l'argent, il ne faut pas se leurrer, je te l'ai dit, y'en a qui viennent pour se dire "tiens, on va toucher pour une reconnaissance [...] autour de 20 000€". Y'en a certains, ils ont cette particularité qu'ils [...] prennent conscience de leur état de santé, même si ce n'est pas un handicap pour aller courir, pour faire tout ce que tu as envie, mais quelque part, y'en a qui le vivent mal, ils vivent avec une angoisse parce qu'ils se disent "tiens, on peut partir en maladie professionnelle donc ça veut dire qu'à 50 ans on peut arrêter de travailler" mais qu'est-ce qu'on fait derrière ? »

La procédure, en participant à faire advenir le sentiment d'être malade et de se trouver face à une bifurcation biographique, la chargerait négativement pour les adhérents, reprenant de cette façon les lectures médicopsychologiques relatives à l'anxiété développées par d'autres types d'acteurs (cf chapitres 4 et 5).

De son côté, monsieur Sotto, syndicaliste au sein de la section CFDT des anciens mineurs, postule une démarche plus revendicative. Pour lui, la démarche de reconnaissance revient à « *demander justice*. »

Ainsi, la perception des motivations des malades s'accorde, dans une certaine mesure, à la façon dont l'action collective est pensée, et ouvre plus globalement sur la définition du « bon demandeur », éligible à un soutien de l'association ou du syndicat, et dont il s'agira, *a posteriori*, de défendre l'intégrité.

3. Le « bon demandeur », entre critères médicolégaux et moralisation

A. Repérer les « légitimes », les critères de sélectivité de l'aide

a. L'application des critères médico-administratifs

« Mais nous, on est bien d'accord que les gens qui ont été indemnisés, ils avaient les critères pour l'être, hein ? »

(Monsieur Teyer, président du petit groupement local de l'ANDEVA)

Au sein des structures associatives et syndicales, la sélectivité de l'aide s'établit en premier lieu sur des critères médicolégaux. Les attendus administratifs en vigueur dans l'espace de la caisse conditionnent la prise en charge pourtant hors institution du dossier du malade. Dans cet espace associatif et syndical, la catégorisation du cancer du travail s'émancipe peu du construit institutionnel, négocié comme on l'a vu (cf chapitre 3). Monsieur Teyer présente ainsi le « tri » opéré parmi les malades qui s'adressent à l'association pour une atteinte liée à l'amiante :

« On leur demande un compte-rendu de scanner, si on estime que le compte-rendu ne correspond pas au tableau 30, on dit "ou vous faites refaire votre certificat médical ou on laisse tomber". On a des gens qui viennent nous voir comme je vous ai dit tout à l'heure, pour des nodules, on dit non. Il faut savoir qu'il y a beaucoup de personnes qui ont des nodules, un nodule il est bénin ou il est [malin], voilà, y'a des choses à voir. »

Le désaccord ici, concerne le libellé même de la pathologie : il s'agit dès lors de déterminer ce qui est, ou ce qui n'est pas, un cancer. C'est de cette définition que dépendra ensuite la décision de soutenir les démarches du candidat-adhérent. Le diagnostic de cancer, formulé et attesté par

un médecin, est donc central. Monsieur Mangin, bénévole au sein de la section ANDEVA de Loire Atlantique et membre du bureau national de l'ANDEVA, fait part d'une même tendance au contrôle médical : « *Il y a la partie juridique mais il faut aussi, dans l'étude d'un dossier, regarder les CR d'hospitalisation, parce qu'il y a des demandes qui peuvent être faites comme ça, en ne voyant que l'argent quoi.* » Vérifier les « preuves médicales », c'est donc opérer une première évaluation de l'honnêteté du candidat adhérent. Cette suspicion, développée dans l'espace de la caisse, n'épargne pas l'espace associatif. Pour lui, cette posture exigeante renvoie à une question de crédibilité, déterminante pour développer leur efficacité sur le terrain :

« Pour l'association, il faut garder la crédibilité qu'on a avec la caisse d'assurance maladie parce que c'est vrai que ça nous permet aussi de monter des dossiers [...] la sécurité sociale, des fois, nous envoie des gens, voire les assistantes sociales, ou même les hôpitaux, certains médecins [...] donc ça veut dire qu'il faut être assez juste dans le montage d'un dossier. Il faut que ce soit fait vraiment sur des critères sérieux [...] ce n'est pas parce qu'on a des connaissances ou qu'on a des liens d'amitié avec quelqu'un qu'on fera autrement, il n'y a pas de passe-droits dans ce domaine-là, c'est purement par rapport au médical. »

La distribution des compétences dans l'espace de la reconnaissance des atteintes du travail n'étant pas réalisée en leur faveur, les associations font face à une forme de « mise à l'épreuve » qui suscite un impératif de crédibilité. Or, pour être crédible, il s'agit de respecter les critères définis par l'institution. Dès lors, agir et négocier dans l'espace ouvert par les critères médico-administratifs, aussi restreint soit-il, permet aux associations de « récupérer » des malades qui, isolés, n'auraient probablement pas vu aboutir leurs démarches. Ces structures tendent ainsi à s'institutionnaliser, fonctionnant en réseau avec les autres acteurs de la réparation des atteintes du travail – caisse et médecins – et sortent pour partie d'une posture frontalement militante.

D'autres, pourtant, entretiennent une certaine distance avec la caisse et produisent un discours particulièrement critique à son encontre. L'organisme est accusé de prendre parti pour les employeurs et de répondre à des injonctions à maintenir dans l'invisibilité les maux du travail. Ainsi, pour la section locale de la CFDT, les agents du contentieux sont rémunérés au résultat, les « dés pipés » et les victimes spoliées⁴⁰⁵. Une autre association va jusqu'à accuser la caisse

⁴⁰⁵ En cas d'abus, monsieur Sotto explique solliciter, avec son syndicat, la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC), un organisme de contrôle rattaché à la sécurité sociale. C'est donc parfois par l'institution elle-même que les obstacles institutionnels sont contournés. Cependant, cette pratique concerne uniquement les cas qui se situent, selon lui, de façon manifeste en-dehors du cadre légal et non pas ceux qui seraient issus d'« interprétations » divergentes : « *Quand y'a une caisse qui déconne vraiment, qui est à côté des clous, vraiment, c'est pas une interprétation, ils sont hors la loi, moi je les appelle ou je fais une lettre, et dans*

d'avoir fait taire des maladies contractées par ses propres agents sur leur lieu de travail. La caisse, en tant qu'institution, est donc abordée comme particulièrement défavorable aux travailleurs.

Enfin, les structures associatives et syndicales développent généralement une certaine souplesse de lecture sur les critères temporels administratifs (délai de prise en charge, délai d'exposition) et la définition du lien « direct et essentiel » : elles conservent alors, avec le recours au judiciaire pour certains cas « hors tableaux » choisis, une marge d'innovation par rapport aux formalisations médicoadministratives actées par décrets. Et c'est peut-être dans l'investissement de cette marge que se définit – aussi – le militantisme, apte à peser sur le périmètre de la catégorie.

b. Une question (de) sensible

Le cancer du travail, en l'absence de marqueurs biologique clairs, se donne à lire comme une probabilité – probabilité que le facteur travail ait joué de manière prépondérante dans la survenue de la maladie. Cette absence de certitudes induit une certaine part de subjectivité et une projection sur les discours, qui peut se traduire par une « sympathie » ou une empathie pour des parcours et des vécus, notamment dans les associations d'aide aux victimes. Les récits de vie formulés dans ce cadre ouvrent sur le registre du perceptif, et font appel à des éléments difficilement objectivables. Les acteurs associatifs vont ainsi parfois appuyer la plausibilité de l'étiologie professionnelle et la légitimité de la catégorisation sur la base du discours et des éléments non verbaux qui l'accompagnent. La juriste de la FNATH s'exprime ainsi :

« Madame Kanziki : Sur d'autres types, comme la leucémie de chez M.I., ça c'est un dossier auquel on tient et sur lequel on se battra jusqu'au bout parce que déjà moi j'y crois, la personne y croit aussi [rires] [...]

- Sur quels critères vous y croyez alors ?

- Madame Kanziki : Han, ça dépend, c'est un sentiment personnel en fait. »

Ces critères sensibles conditionnent le degré d'investissement dans un dossier en influant sur la catégorisation de la maladie mais aussi du malade. D'autres critères, toutefois, vont participer à classifier les adhérents, dessinant des profils disqualifiés.

la semaine c'est réglé hein. Ah si vraiment on a raison, si ce n'est pas de l'interprétation, ça fonctionne. » Ce discours, ainsi, questionne sur les interprétations de la légalité et sur les marges de manœuvre conflictuelles qu'ouvrent les textes réglementaires.

B. L'élaboration de « profils » disqualifiés

a. Les « intéressés » : « c'est grave et ils ne parlent que d'argent »⁴⁰⁶

Certains acteurs associatifs n'hésitent pas à qualifier de manière plus ou moins explicite la démarche des malades qui s'adressent à eux d'initiative intéressée. On peut percevoir dans cette posture une forme de continuité du souci collectif pour la préservation de la légitimité de la cause commune (*cf* point A, c) : le groupe se définit et s'évalue, aussi, à travers ceux qu'il exclut, ou qu'il relègue dans ses marges. Ici toutefois, ce n'est pas tant la légitimité de l'indemnisation qui est mise en cause, que la priorisation des motivations. Par exemple, l'argument « la santé n'a pas de prix », formulé par les malades pour signifier que l'indemnisation ne les réparera pas, est détourné de façon culpabilisante par les différents acteurs de la reconnaissance. Certains vont ainsi décrire des malades prioritairement intéressés par le gain que représente l'accès à ce droit, et ce avant même de prendre conscience de la gravité de leur état : la hiérarchisation de leurs priorités, face à un diagnostic vital sombre, ne serait pas la « bonne », la plus convenable moralement. D'autres, en revanche, rappellent que l'argent, s'il ne répare pas, peut atténuer les maux des malades ou, à tout le moins, éviter le cumul de difficultés – de « soucis » – liées à la survenue de la maladie. Pour monsieur D., ainsi, bénévole au sein du groupement sécessionniste, l'indemnisation, « *ça atténue quand même un p'tit peu la douleur.* » : les registres médicaux et juridiques (de réparation, notamment), se croisent ici. À l'inverse, le préjudice d'anxiété suscite d'après critiques sur sa légitimité même. En effet, il est parfois présenté comme le sas d'entrée dans l'espace de la réparation des maux du travail d'un lourd effectif de prétendants ni malades⁴⁰⁷ ni réellement, selon leurs critères, victimes⁴⁰⁸. L'un et l'autre sont, en effet, généralement conditionnés : la gravité des atteintes participe à construire le statut de victime (*cf* chapitre suivant).

La posture des structures associatives et syndicales face à la question de l'indemnisation est donc relativement ambivalente : dans cet espace comme dans les organes institutionnels, l'idée

⁴⁰⁶ Ce sont les mots d'un bénévole du groupement de Loire-Atlantique.

⁴⁰⁷ Cette lecture de l'anxiété comme « faux mal » renvoie également à une possible hiérarchisation des troubles psychiques et somatiques.

⁴⁰⁸ Pour d'autres toutefois, à l'image de ce bénévole de l'ANDEVA interviewé par le journal L'Humanité, les indemnités importantes perçues par des « salariés non malades » pourraient servir d'étalon à l'indemnisation des (« vrais ») malades, ainsi revalorisées.

Fanny Doumayrou, « Amiante : avoir été exposé bouleverse l'existence », L'Humanité, 6 décembre 2011.

En ligne : <https://www.humanite.fr/social-eco/amiante%3F-avoir-ete-expose-bouleverse-1%E2%80%99existence-485275>

d'une juste compensation se heurte à la suspicion de la fraude – d'autant plus importante, semble-t-il, que l'on est moins militant⁴⁰⁹.

b. Les « trop conscients de leurs droits »

Disposer d'une (trop) bonne conscience de ses droits peut paraître, aux yeux de certains acteurs associatifs, suspect. La « bonne victime » est passive et « non-sachante ». Elle s'en remet à l'association dans toute sa méconnaissance, laquelle peut alors s'emparer des démarches sans se confronter à des velléités d'implication ou de débordements contestataires. Il s'agit là d'une forme de paternalisme, relativement similaire à celle qui peut parfois être développée par les médecins (cf chapitre 4). Cependant, si ces derniers craignent avant tout les « pinailleurs » de l'éducation nationale, la trop bonne connaissance de ses droits est associée ici à un autre type de groupe social, celui des « étrangers » (en somme, les individus catégorisés comme « non-Français », généralement ethnicisés). Cette approche, forme de classification raciste tant il s'agit d'associer des comportements moralisés à des individus ethnicisés, peut se lire comme l'expression d'une injonction à « rester à sa place » : la revendication doit être mesurée voire inexistante pour être légitime, et ce d'autant plus lorsqu'on est étranger au groupe des « nous Français ». Cette appréhension est potentiellement une expression de la « préférence nationale » qui a gagné les milieux populaires dans un contexte où « les étrangers cristallisent une menace multiforme, faite de peur devant l'avenir, de peur d'être abandonné, d'être ignoré de la société » (Beaud et Pialoux, 2012 [1999], p.395). Le droit de maladie professionnelle apparaîtrait dès lors comme un acquis potentiellement menacé par des recours douteux, fait notamment des « étrangers ». Ainsi, alors que j'interroge monsieur Teyer, le président du petit groupement local de l'ANDEVA, sur les éventuelles difficultés rencontrées par les migrants dans la réalisation de leurs démarches, celui-ci oriente sa réponse immédiatement sur une dimension qu'il qualifie de « culturelle » :

« Y'a des différences de culture, moi ça m'est arrivé là, y'a une personne qui est décédée, un Algérien, j'ai dû faire quinze dossiers d'ayants-droit. Ce sont des familles où y'a beaucoup d'enfants, voilà. Des gens qui ont du mal à écrire, donc y'a des choses qui ne sont pas faciles. »

⁴⁰⁹ Cette corrélation négative relève avant tout d'une hypothèse, un suivi au long cours des différentes associations nécessitant d'être mené afin de la valider ou de l'infirmier – ce qui permettrait, aussi, de construire une typologie des associations bien plus aboutie.

Sa réponse suscitant ma surprise, je tente de le recadrer, en lien avec les analyses effectuées dans le cadre de précédentes recherches (notamment : Lanna, 2010) – et que la seconde partie de son propos rejoint plutôt, sur la question d'une (mé)connaissance particulièrement forte de leurs droits et des difficultés inhérentes à la mauvaise maîtrise de la langue. Il me répond alors :

« Oh, plus que nous ces gens-là. Parce que je ne sais pas comment ils font, quand ils disent “c'est ça” c'est ça, bon, y'a des fois ils racontent des bêtises mais souvent ils sont mieux au courant que nous des droits [...] et pis ils sont plus exigeants aussi hein. Bon, y'a des Français aussi mais eux ils sont plus exigeants. »

S'attachant ensuite à nuancer et « dé-culturaliser » son constat, il va appuyer l'idée d'un lien de causalité étroit entre la bonne connaissance de ses droits et une démarche intéressée, voire même frauduleuse :

« Mais bon, en pourcentage je pense que ça existe pareil chez des Français, y'a des gens qui cherchent à, quand on sait que le copain a touché une forte somme d'argent, voilà, mais moi je ne marche pas dans les combines, il faut qu'on respecte la façon de remplir les dossiers et puis voilà. Aujourd'hui, même des anciens collègues de travail, je les envoie bouler, je leur dis “je ne ferai pas de demande en maladie professionnelle” [...] Je ne ferai pas un dossier pour quelqu'un que je ne crois pas qu'il est malade, voilà, c'est tout. »

L'enjeu ici est celui de la crédibilité : crédibilité des requérants, crédibilité des associations et parfois, aussi, crédibilité des ouvriers.

À chaque niveau de la reconnaissance, chacun va donc se charger d'évaluer l'honnêteté du « requérant » à travers la mobilisation de critères plus ou moins sensibles, posant ainsi son jugement sur la légitimité de la construction du « cancer du travail ».

c. Les « veuves joyeuses »

Dans cet espace, les veuves sont parfois surnommées, à l'image des femmes qui ont perdu leur mari mineur dans la catastrophe de Liévin en 1974, les « veuves joyeuses » (Fontaine, 2014), ravies de toucher de l'argent grâce au décès de leur mari. Sorj Chalandon, dans un roman récent dont il situe l'intrigue autour de cet événement tragique, écrit :

« Le temps du deuil était terminé. Soulagées d'avoir échappé au pire, des femmes crachaient leur poison. Après la catastrophe, de braves filles étaient retournées à leur mineur, à son maigre salaire, à la peur d'être réveillées par un porion tout enveloppé de mort. Ces douairières en noir leur faisaient presque envie. Elles avaient été dans la lumière. Leurs noms récités à la radio. Les voilà maintenant qui touchaient de l'argent pour simplement pleurer. Elles vivaient de la mort de leurs hommes. Logement gratuit, charbon offert. Les journaux disaient que Giscard d'Estaing avait fait un chèque de sa propre main. Le chanteur Serge Lama avait offert son cachet aux éplorées. Le Lion's Club du Nord, le Secours populaire, des associations, des

syndicalistes, des intellectuels, de simples gens émus avaient glissé un billet pour les soutenir.

- Elles ont touché des millions, grinçaient les corons.

Un jour qu'elle marchait dans la rue, Sylwia entendit le pire : *“Veuve joyeuse !”* » (p.87)

En écho, les veuves joyeuses désignent, dans le cadre d'une reconnaissance post-mortem d'un cancer lié au travail, des femmes mues par un unique intérêt monétaire, et donc bien peu préoccupées par l'idée de « faire justice » ou d'honorer la mémoire de leurs défunts maris. Madame Kanziki, la juriste de la FNATH, les décrit de cette façon, par opposition avec un profil dont la démarche est perçue comme moralement acceptable :

« En fait on a différents profils : on a [...] la veuve qui dit “bah oui mais c'est à cause de ce travail-là que mon mari est décédé prématurément donc je veux me battre pour faire reconnaître la responsabilité de l'employeur parce que, s'il n'avait pas bossé dans cette boîte-là, il n'aurait pas été malade et donc il ne serait pas décédé” – c'est le cas de la leucémie qu'on a chez M.I. – et de l'autre côté, on a des veuves qui viennent, ce que j'appelle moi “les veuves joyeuses” et qui savent très bien l'argent qu'elles vont récolter derrière. »

Ici, la légitimité n'est donc pas conditionnée à l'existence, ou non, de véritables expositions professionnelles, ce sont les motivations présumées de la veuve qui mènent à sa disqualification : la mort ne se paye pas.

Aussi, l'usage de ces catégories, qui fait état d'un certain mépris, semble confirmer une certaine tendance à la moralisation à la fois des classes populaires – déjà autrement exprimée *via* le courant hygiéniste (*cf* chapitre 3) – et des femmes en tant que catégorie sociale particulièrement soumise aux pressions normatives, comme nous l'a bien montrée toute une partie de la sociologie du genre. En effet, les femmes, dans l'espace familial, n'ont longtemps pas possédé de ressources financières et monétaires propres, un point d'ancrage, pour Christine Delphy, à la domination patriarcale. Les ressources financières, temporelles, physiques et cognitives des femmes y sont collectivisées ; dès lors, un gain monétaire exclusivement féminin paraît apte à concentrer la réprobation. Ici, domination de genre et de classes, et considérations morales sur la valeur de la vie, conduisent à la stigmatisation particulière des veuves des milieux populaires. Ce constat laisse supposer, en lien avec une perspective intersectionnelle⁴¹⁰, que la place des

⁴¹⁰ L'intersectionnalité, dont l'origine ne fait pas consensus mais est généralement attribuée au *black feminism* de la fin des années 1980, renvoie à la considération pour les croisements d'assignations, prises dans des systèmes d'oppression, et la façon dont elles se combinent pour (re)produire les inégalités sociales (Bilge, 2009).

femmes de milieux défavorisés est, dans cet espace de la réparation des maux du travail, spécifique, révélatrice de tensions sociales qui s'entrecroisent.

d. Les « passifs »

Pour être légitime, le malade ne doit généralement être ni trop revendicateur, ni trop préoccupé par sa propre situation. La figure de la « bonne victime » apparaît alors comme une figure passive, qui ne revendique pas et qui s'efface devant le collectif – généralement de travailleurs. Pour autant, la structure syndicale rencontrée se situe, toutefois, en opposition à ce registre d'appréhension : si c'est toujours le collectif qui prime, garantissant une lutte ouvrière, le malade doit, lui aussi, fournir une forme d'engagement. En effet, pour monsieur Sotto, syndicaliste, celui qui est aidé doit être prêt à se plier aux exigences du syndicat pour garantir un succès judiciaire aux retentissements collectifs :

« Nous on passe un temps fou lorsqu'on est en faute inexcusable à rectifier les témoignages, les gens viennent avec leur premier témoignage, on leur dit "c'est pas bon, il faut qu'on dise un certain nombre de choses donc tu retournes voir ton témoin" et les gens n'aiment pas ça [...] parce que nous c'est simple, c'est soit t'as des attestations qui tiennent la route, soit nous on n'y va pas, c'est pas compliqué, nous on ne veut pas perdre, on n'y va pas pour y aller, on n'y va pas pour faire plaisir, nous on y va pour gagner, donc si tu veux perdre, t'y vas sans nous, t'as pas besoin de nous d'ailleurs pour perdre. »

Les combats menés dans l'espace de la réparation des maux du travail sont présentés comme exigeants, nécessitant l'engagement de chacun afin de faire valoir des intérêts qui dépassent les simples histoires individuelles et agrègent bien plutôt ceux d'une classe sociale entière : ses membres, en effet, partageraient des conditions matérielles d'existences semblables mais aussi la même menace d'être touché tôt ou tard par une lourde maladie.

C. La légitimité de la catégorisation, un bien qui se défend collectivement

a. Garantir l'innocence des victimes

Souvent, l'argent, « objet moral » investi de discours sociaux normatifs (De Blic et Lazarus, 2007), se vit comme un tabou, une forme de « souillure » (Marchand, 2016) et suscite des stratégies défensives. Les discours des malades semblent généralement orientés par l'objectif

Michelle Paiva préfère quant à elle se référer à la notion de « consubstantialité » proposée par Danièle Kergoat qui postule, dans la lignée du féminisme matérialiste, le rôle central de la division du travail dans la dynamique des rapports sociaux – imbriqués et « consubstantiels » (Paiva, 2016).

de « ne pas trop en dire », une forme d'autocensure pour échapper à une catégorisation comme profiteur (cf chapitre suivant) que les acteurs associatifs participent également à entretenir. Les interventions de monsieur Teyer pendant les entretiens auxquels il a assisté à mes côtés, sont en ce sens révélatrices. Ce sera notamment le cas avec Monsieur Durand, un adhérent atteint par trois maladies dont l'origine professionnelle a été reconnue. Parmi elles, un cancer broncho-pulmonaire. Pendant l'entretien, auquel a également pris part son épouse, il relate son état de santé qui décline, source d'une forte amertume. C'est sur cette base que monsieur Teyer va déployer un discours visant à appuyer la légitimité de l'indemnisation perçue, les difficultés ainsi exprimées faisant office d'argumentation :

« Monsieur Durand : Ah nan mais y'a des fois m'sieur Teyer j'en ai... pfff, surtout quand je vois là, on va à des congrès tout ça, je vois tout le monde, même pour mon âge, même plus vieux, oh ça bouge, moi je suis là sur ma chaise... Ah y'a des fois... c'est dur hein, dur, dur. M'enfin bon, alors quand ça ne va pas je dis "t'es encore là, tu vois encore le soleil" [rires].

- Monsieur Teyer : ça veut dire qu'aujourd'hui, quand la CPAM ou le FIVA propose des indemnisations c'est quand même bien justifié, c'est quand même bien pour vous dire que vous avez perdu de vos capacités et puis votre façon de vivre. »

La dimension émotionnelle du discours porté par monsieur Durand paraît, en quelques sortes, utilisée stratégiquement dans le but de justifier l'action associative (Salaris, 2015) : la légitimité de la démarche est conditionnée à la gravité des atteintes et aux souffrances qu'elle engendre, une posture qui rappelle l'identité victimaire de ces associations⁴¹¹.

Ce type de contrôle du discours des adhérents se reproduira avec monsieur Chazal, atteint d'un mésothéliome, qui se trouve en tout début de parcours. Alors que je l'interroge sur ses motivations à initier des démarches, monsieur Teyer recadre son propos et suscite la co-construction d'un argumentaire moins « individualiste » :

« Monsieur Chazal : Ben je vous dis, peut-être, je ne peux pas dire que c'est l'argent, mais enfin, y'a l'argent derrière !

- Monsieur Teyer : Et puis peut-être savoir aussi...

- Monsieur Chazal : C'était plutôt, "si moi je ne fais rien, les autres vont perdre leur pouvoir", c'est-à-dire...

⁴¹¹ Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu questionnent en effet la spécificité des mobilisations de victimes qui passent, notamment, « pour utiliser des ressources et des formes d'action particulières, dans lesquelles les émotions constituent a priori un registre d'expression "naturel" » (Lefranc et Mathieu, 2009, p.13). Les corps, par ailleurs, sont mobilisés en tant que témoins de la souffrance, se muant ainsi en « corps-preuve » (*ibid.*, p.17).

- *Monsieur Teyer : Après, c'est plus facile quand on a une autre maladie professionnelle qui arrive derrière à faire reconnaître, on dit "y'a déjà Monsieur C., y'a déjà monsieur B.", voilà.*

- *Monsieur Chazal : Y'a déjà un groupe derrière quoi. »*

Cette intervention vise à investir un registre plus moral, celui du souci de collectif : il s'agit, toujours, de faire la démonstration de la pureté de la démarche, largement conditionnée à un désintéret pour les rétributions matérielles, d'autant plus lorsqu'elles sont individuelles. Or, cette injonction au désintéressement entre plus fortement en contradiction avec la situation de ces malades qu'ils sont souvent issus de milieux modestes et peuvent voir dans ces perspectives matérielles un réel soulagement. Leur demander de l'occulter relève d'une certaine violence sociale.

De manière similaire, alors que j'interroge monsieur Lombard, ouvrier retraité⁴¹², son épouse à ses côtés, sur l'indemnisation qu'il a perçue, monsieur Teyer veille à réaffirmer une démarche indépendante d'un calcul empreint d'une rationalité toute économique :

« Et du coup vous trouvez que vos indemnités sont à la hauteur du préjudice que vous avez subi ?

- *Monsieur Lombard : Ben... à la hauteur du préjudice, je sais que ça ne reviendra plus, hein ? J'ai plus les mêmes notions hein, mais ça c'est sûr si y'a plus d'argent ben j'accepterais volontiers, pour profiter de la vie.*

- *Madame Lombard : Ah c'est quand même, y'a quand même eu une bonne indemnisation hein, on ne peut pas...*

- *Monsieur Teyer : **Après, ça s'est quelque chose que vous avez découvert après la maladie.***

- *Madame Lombard : On ne pensait pas avoir quoi que ce soit.*

- *Monsieur Teyer : Eux, ils étaient loin de s'imaginer qu'ils allaient toucher ça.*

- *Madame Lombard : On ne pensait pas du tout avoir quoi que ce soit, lui, bon ben il était malade, bon, on a fait les papiers tout ça, sans s'imaginer qu'on aurait reçu de l'argent, finalement, pour ça. »*

La démarche ayant été amorcée sans connaître les rétributions matérielles possibles, monsieur et madame Lombard seraient dès lors « blanchis » de toute accusation de vénalité : la « bonne victime » s'inscrit dans une innocente passivité – à la fois dans la survenue du dommage et dans le processus de mise en lien. En effet, « la victime [...] suppose la passivité, garantie d'une forme d'innocence ; le moindre indice qu'elle ait pu d'elle-même contribuer au déclenchement de la violence [ici de la maladie] qu'elle a eu à endurer entache sa situation d'une forme de

⁴¹² S'il a occupé plusieurs postes l'ayant exposé à des agents nocifs, notamment au sein d'une filature, l'entreprise qui a supporté la charge de l'indemnisation est une usine de production de constructions métalliques.

responsabilité, ouvrant à une relativisation des torts subis et, éventuellement, à la suspension du soutien. » (Lefranc et Mathieu, 2009, p.19). De fait, pour accéder au statut de victime, le malade doit à la fois justifier de la pureté de sa démarche et s'inscrire dans un mode de vie conforme aux préceptes de santé publique – ou savoir, *a minima*, démontrer la moindre incidence de ses « habitudes délétères » (cf chapitres 4 et 7). C'est ce que l'association tend à défendre ici.

b. Légitimer par le langage, une visée performative ?

Monsieur D., bénévole au sein du gros groupement local de l'ANDEVA, développe une posture similaire de contrôle. Alors que j'interroge monsieur Santini, dont la leucémie a été reconnue en maladie professionnelle, il veille et le recadre :

« Monsieur Santini : Non, rancœur, non, mais bon, maintenant je dis “puisque'on est dans une association là, qu'on me donne une petite rente, eh ben c'est la bienvenue”.

*- Monsieur D. : **Une compensation.***

- Monsieur Santini : Une compensation. Au moins ça, je demande, je dis “ce n'est pas trop payé”. Au moins ça.

*- Monsieur D. : **Tout en disant que l'argent ne remplace pas la santé quoi.***

- Monsieur Santini : Non, voilà. L'argent ne remplace pas, comme je vous ai dit tout à l'heure, j'aurais préféré rien avoir, être en bonne santé et rien avoir. »

Ce recadrage repose notamment sur l'usage d'éléments de langage : l'indemnisation est une compensation avant d'être une rente. Aussi, le discours, sur le fond comme sur la forme, est surveillé : la rente doit être affirmée comme la compensation insuffisante d'un préjudice qui ne saurait être effacé par une somme d'argent. Au cours des entretiens que j'effectue en leur présence, Monsieur Teyer et monsieur D. se positionnent comme les gardiens de la légitimité des démarches de ces malades qu'ils s'attachent à aider – et, *a fortiori*, de la leur : *via* la crédibilité de ces anciens salariés et l'honnêteté de leur démarche qui, pour être « noble », doit être désintéressée, c'est finalement aussi de la leur qu'il s'agit. Le statut de « profiteur » d'un système trop clément et l'immoralité qu'il porte, par le fait du lien qui unit l'aidé à l'aidant, feraient tache d'huile. L'intégrité, dans l'association, se défend donc collectivement et ce d'autant plus qu'ils sont nombreux, parmi les bénévoles, à avoir eux-mêmes déclarés des pathologies dont l'origine professionnelle a été reconnue, une communauté d'expériences qui renvoie à un statut commun et appelle une vigilance collective. Mais ce qui est en jeu finalement ici, c'est aussi et surtout la crédibilité de la cause qui est portée collectivement : si les victimes sont « douteuses » (pour reprendre le terme utilisé par Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu, 2009, p.15), à quelle légitimité l'association pourrait-elle prétendre ? C'est cet impératif qui

conduit certains syndicalistes à rappeler que « *les victimes d'AT-MP sont d'abord des victimes et non des filous cherchant à profiter d'une assurance collective* »⁴¹³.

Cette démarche qui ouvre sur une indemnisation individuelle offre donc un cadre particulièrement opportun à la critique (*cf* chapitre suivant). Les associations qui soutiennent ces démarches individuelles (d'autant plus lorsqu'elles investissent peu le politique) ont alors à charge de défendre la légitimité de l'indemnisation perçue par leurs adhérents qui ont accédé à la catégorie afin de préserver leur crédibilité. Les associations s'inscrivent donc à la fois dans un jeu de validation de la légitimité des potentiels adhérents selon ses propres critères et dans des pratiques de défense, *a posteriori*, de la « pureté » des démarches de leurs membres face aux attentes généralement exprimées vis-à-vis de ceux et celles qui prétendent accéder à un statut de victime.

Ce cadre associatif et syndical que nous venons d'explorer au niveau local interroge, à un niveau plus macro, l'existence, dans l'espace public, d'une catégorie de « victimes du travail » et ses éventuelles évolutions.

4. Les « malades du travail », une catégorie fractionnée

A. Revendiquer des droits communs : s'affirmer en « victimes comme les autres »

La catégorie des victimes du travail est historiquement façonnée par le contact avec les autres catégories de victimes. En effet, alors que la première guerre mondiale voit se constituer la catégorie des « mutilés de guerre », dont les revendications indemnitaires sont rapidement écoutées⁴¹⁴, les accidentés du travail n'ont pas connu de revalorisation de leur rente depuis la loi de 1898. Ce succès va leur donner foi en l'action collective, ils dénoncent alors l'injustice de leur modalité d'indemnisation, cantonnée à une réparation forfaitaire. C'est donc la comparaison avec des droits émergents, obtenus pour d'autres catégories de victimes, abîmées pour d'autres raisons, qui soutient le regroupement. Ce mouvement va donner naissance, en 1920, à la fédération nationale des mutilés et invalides du travail (FNMIT), ancêtre de la FNATH. Par la voix de cette structure, ils revendiquent à cette époque une dette de la nation à leur égard, au même titre que les mutilés de guerre : le travail est abordé comme un bien commun. Après une

⁴¹³ Il s'agit d'un extrait d'un document intitulé « Pratiques des CPAM et des Caisses en matière de dossiers AT-MP » de 18 pages, daté de 2016, entièrement conçu par le syndicat des mineurs.

⁴¹⁴ Pour l'ensemble de ce paragraphe, je me réfère ici au travail de Damien De Blic déjà cité (De Blic, 2008).

période de démobilisation militante entre 1945 et les années 1980, la multiplication des victimes de la route et une nouvelle hausse des risques professionnels suscitent le renouveau de la revendication de nivellement indemnitaire pour les préjudices corporels, sans distinction de causalité. La rhétorique qui la sous-tend sort de cette vision spécifique du travail, développée par assimilation à l'engagement militaire, pour s'appuyer sur une égale condition de victime : le nœud d'identification n'est donc plus la cause du préjudice (un contexte de « service à la nation ») mais ses conséquences (un corps endommagé). Ainsi, à la suite d'un mouvement d'ouverture aux « invalides civils » dans les années 1950, la FNATH est accusée par certains de « trahison » : en investissant le champ du handicap, elle déstructurerait la catégorie des mutilés du travail. Il s'agissait, dès lors, pour l'association, de revendiquer l'assimilation à une catégorie de victimes qui transcende les causes du préjudice corporel. Pris dans un double mouvement d'assimilation et d'opposition aux autres catégories de victimes, le groupe des « victimes du travail » oscille de cette façon entre une identité propre et l'identification à d'autres catégories de victimes sur la base des corps abîmés⁴¹⁵.

B. L'enjeu des frontières

a. Scinder le groupe, un processus corporatiste stratégique

Dans l'espace judiciaire pourtant, une jurisprudence qui concernerait un groupe trop vaste de prétendants au statut de victime, n'apparaît pas stratégique. Reconnaître un préjudice implique une réparation, soit un coût important, ici pour les entreprises, mais aussi, dans le cas du FIVA, pour partie pour l'État. De ce fait, réduire l'ampleur de la revendication par un processus de cloisonnement corporatiste participerait à augmenter les chances d'aboutissement de la cause. C'est ce qu'explique monsieur Sotto, dans le cadre de la démarche portée par son syndicat, qui vise à faire reconnaître le préjudice d'anxiété de plus de sept-cents anciens mineurs⁴¹⁶ :

« Oui mais sur l'anxiété, finalement, vue la tournure que prend la jurisprudence de la Cour de cassation, on a compris maintenant que la seule chance de gagner, c'est qu'on soit les seuls. C'est de montrer qu'on a un problème spécifique, ce qui est vrai

⁴¹⁵ Ainsi, Jorge Muñoz montre bien que les revendications portées par la FNATH se concentrent principalement autour du mode de régulation des atteintes du travail (par l'alignement sur les autres catégories de victimes), au détriment d'une remise en question du cadre assurantiel (Muñoz, 2003 (2)).

⁴¹⁶ Parmi lesquels 230 maladies ont été reconnues d'origine professionnelle depuis le début des procédures en 2013. En outre, contrairement aux prévisions de monsieur Sotto, les démarches portées par son syndicat ont abouties le 11 septembre 2019, élargissant à l'ensemble des travailleurs exposés « à une substance nocive ou toxique générant un risque élevé de développer une pathologie grave », la possibilité de recourir au préjudice d'anxiété.

d'ailleurs, c'est quand même particulier hein, c'est particulier à plein d'égards, d'abord par la quantité de nuisances qu'on a subies, par le type de métier, par plein de choses comme ça et puis par le fait qu'il n'y en a plus d'autres, on est les derniers, donc c'est très particulier. Reconnaître le préjudice tel qu'on l'a demandé, ne les engage pas sur d'autres terrains, et ça c'est en notre faveur. »

Le préjudice d'anxiété a initialement été pensé dans le cadre des expositions à l'amiante. L'objectif, ici, est donc d'obtenir son élargissement aux expositions spécifiques subies par les mineurs, en tant que fraction spécifique de la classe ouvrière. Cette approche repose par ailleurs sur une appréciation large de la catégorie de victime : la victime du travail n'est pas uniquement celle qui est accidentée ou malade – celle qui possède les marques corporelles, en surface ou dans l'intériorité des organes, du travail – mais celle qui a pu développer une angoisse de rencontrer ce destin pathologique, et une amputation de son temps de vie. Pour les structures qui s'y réfèrent, cette appréciation spécifique de la catégorie de victime du travail tend à se fondre avec celle des ouvriers : l'ouvrier, par sa subordination et les conditions de travail qu'il endure, est une victime du travail (tel qu'il est socialement organisé de manière contemporaine).

b. L'impossible affirmation judiciaire de la classe ouvrière ?

Ce fractionnement de la « cause réparatrice » sur la profession et ses expositions emblématiques n'implique donc pas un affranchissement total de l'idée de classe. Monsieur Sotto exprime ainsi son adhésion à la classe ouvrière, tout en faisant part de l'impossible concrétisation d'une lutte ouvrière dans l'espace judiciaire – tout au moins sur cette question des conditions de travail et dans un temps court. Il raconte :

« En sortant du conseil des Prud'hommes de L. le 6 février, j'ai dit "ça y est, c'est une grande victoire pour la classe ouvrière", je ne le dis plus, je me tais là-dessus, je ne dis plus rien parce que je sais que si on met trop de monde en avant, ça va nous porter tort, donc pour l'instant on va gagner, après on verra ce qu'on en fait mais c'est clair que de perdre, ça serait bon pour personne, ni pour nous, ni pour la classe ouvrière. »

La lutte « sectorisée » serait ainsi un palier indispensable vers une conquête collective pour l'ensemble de la classe ouvrière afin de limiter les oppositions suscitées par leurs revendications – comme nous l'avons vu, le préjudice d'anxiété a été formalisé, à l'origine, pour concerner un nombre très restreint de travailleurs⁴¹⁷. Les ouvriers posséderaient donc des intérêts communs

⁴¹⁷ En effet, certains juristes craignent la diffusion du préjudice d'anxiété, symptomatique d'une tendance moderne à la marchandisation généralisée – y compris de la responsabilité, alors même que l'angoisse relèverait d'une « commune condition humaine ». En outre, cette généralisation du « principe de précaution » qu'impliquerait sa

dans la sanction financière imposée aux entreprises, signe d'un rapport de force qui tend à évoluer.

c. Une centration sur le risque

La catégorie des victimes du travail peut donc faire l'objet d'une scission par secteur professionnel afin d'optimiser son « efficacité judiciaire » mais aussi par substance toxique. La structuration de la catégorie administrative sous forme de tableaux monocausaux (pour les cancers tout au moins) participe à expliquer ce mouvement d'identification à un cancérogène spécifique ; la catégorie initiale, marquée par les premières luttes ouvrières contre les poisons industriels, paraissant ici se fragmenter. Cette dynamique de scission est entretenue par des stratégies médicales, et parfois associatives, qui se comprennent en regard de ce cadre légal et des dispositions exceptionnelles obtenues pour les victimes de l'amiante suite au scandale qui a marqué la fin des années 1990 (Henry, 2000) : comme nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit de constituer un dossier de maladie professionnelle pour un cancer, l'amiante, en cas de polyexposition, est incriminée de façon largement prioritaire, l'existence du Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ouvrant sur des perspectives indemnitaires plus favorables. Cet agent est, de plus, mieux connu et appréhendé que les autres (Durand et Ferre, 2016). L'organisation monocausale des tableaux de la Sécurité sociale ainsi que les filtres de lecture épidémiologiques soutiennent la focalisation sur une substance plutôt que sur un environnement – les conditions de travail. Cette orientation trouve un écho dans l'organisation associative (ANDEVA⁴¹⁸ pour les pathologies de l'amiante, Phyto-victimes pour les pathologies liées aux expositions aux produits phytosanitaires⁴¹⁹) et les appréhensions individuelles (« *j'ai contracté l'amiante* »).

diffusion pourrait représenter un frein au développement technologique, déresponsabiliser les individus, et autoriser une « surindemnisation » ou une « double indemnisation », soit un coût important et injustifié. Ces arguments, développés notamment par Cristina Corgas (Corgas, 2014), paraissent largement s'inscrire dans une lecture du risque commune à ce qu'elle était au début de l'industrialisation.

⁴¹⁸ Ce résultat est aujourd'hui à nuancer, l'ANDEVA ayant décidé en 2018 de s'ouvrir aux autres pathologies du travail. Cette nouvelle transversalité invite à interroger le possible refaçonnement des pratiques et des discours de ces associations.

⁴¹⁹ L'un des enjeux de cette mobilisation est la constitution d'un fond d'indemnisation spécifique aux victimes des pesticides, nouvelle matérialisation de ce processus de fractionnement de la catégorie des victimes du travail. Cependant, si cette proposition a recueilli un vote favorable du Sénat en juillet 2018, celle-ci a été censurée par l'Assemblée deux mois plus tard. Le Gouvernement défendait alors l'idée d'une priorité à donner à l'amélioration de « la réparation dans le cadre des régimes accidents du travail et maladies professionnelles en facilitant la reconnaissance des maladies professionnelles liées aux expositions aux produits phytopharmaceutiques et en

Aujourd'hui, pourtant, l'ANDEVA se situe à contre-sens de ce processus de fractionnement. À la suite de l'ouverture de certaines associations locales aux autres victimes du travail⁴²⁰, la question s'est progressivement imposée au niveau national. Le contexte dans lequel s'ancre cette évolution est d'abord celui d'un dilemme : il est probable que le « boom » des victimes de l'amiante, avec son interdiction en 1997, vive ses dernières années, à l'exception notable des cancers dont la latence est plus importante et la question toujours très actuelle du désamiantage⁴²¹. Le nombre de malades de l'amiante, potentiels adhérents des associations locales, risque ainsi de décroître et, à terme, de remettre en question le sens même de ces associations. Plusieurs interrogations ont ainsi été soulevées : celle de son identité, notamment, et d'une concurrence potentielle avec la FNATH ; celle de l'expertise constituée, utile à partager, mais aussi celle des capacités à assumer cette ouverture, la charge de travail consécutive à l'élargissement de leur champ d'action paraissant bien lourde pour le nombre de bénévoles engagés. Bien qu'ayant divisé les bénévoles et suscité des craintes et des adhésions diverses, l'arbitrage pratiqué au CA de l'association a, selon les informations recueillies sur mon terrain, finalement penché en faveur de l'ouverture.

Ce double travail « de regroupement, d'inclusion et d'exclusion » (Boltanski, 1982) débouche à la fois sur une division interne et sur le franchissement des frontières de l'exposition professionnelle, questionnant la cause revendiquée : ces associations qui dénoncent l'exposition à un cancérigène spécifique sont-elles toujours des associations de victimes du travail ? Militent-elles pour la suppression d'un cancérigène ou pour l'amélioration des conditions de travail ? En effet, les mobilisations contre l'amiante et les pesticides semblent dénoncer prioritairement un enjeu sanitaire : les risques au travail ainsi scindés, dénoncés par des groupes sociaux parfois relativement aisés (les cadres ou les exploitants agricoles, notamment), déplace le cadre sémantique de l'action collective en s'émancipant d'une lecture en termes de conditions

améliorant leur prise en charge ». La création de ce fonds devrait faire l'objet d'une nouvelle discussion dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, à l'automne prochain.

En ligne : <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180504840.html>

⁴²⁰ Un processus qui peut relever également d'une vision spécifique de leurs missions associatives.

⁴²¹ Cette question a largement fait l'objet d'un rapport présenté au Sénat en 2014 par la mission d'information de 2005 sur l'amiante. Elle met ainsi en garde : « Il faut éviter qu'au drame de l'amiante né de son interdiction tardive en 1997 s'ajoute un nouveau drame lié aux conditions du désamiantage. » (p.14). La quantité d'amiante présente dans le bâti français reste encore très importante (vingt millions de tonnes selon le journal en ligne Basta !), suggérant un marché « assuré d'un bel avenir » pour les Échos.

En ligne : <https://www.bastamag.net/En-France-il-reste-20-millions-de-tonnes-d-amiante-disseminees-dans-les>
<https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/idees-de-business/242-desamiantage-des-chantiers-d-avenir-27412.php>

professionnelles et/ou sociales. C'est donc la présence d'un risque qui est incriminée bien plutôt qu'un système d'inégalités sociales. Si la sortie du milieu professionnel permet au risque de gagner en visibilité – d'être publicisé – elle déconnecte aussi cette problématique d'une réflexion sur le salariat, sur le travail précaire et les rapports sociaux de domination (de classe, de genre et de race) qui s'y déploient. Toutefois, l'enjeu des liens tracés avec la santé environnementale est ambivalent : les plus vulnérables, ici aussi, sont souvent les plus défavorisés. Les entreprises les plus polluantes délocalisent dans les pays du Sud (les enjeux de santé au travail comme de santé environnementale s'internationalisent⁴²²) et les abords des entreprises à risque concentrent des populations précaires (Chauvier, 2007). Derrière les enjeux de santé au travail et environnementale, il s'agit donc de considérer la santé des précaires, soit de repenser les frontières des risques pour appréhender des inégalités qui sont souvent transversales.

Conclusion de chapitre

Les structures associatives et syndicales d'aide aux victimes du travail ne sont pas homogènes. Elles se positionnent différemment dans le champ politique et développent des pratiques plus ou moins militantes, plus ou moins proches de l'espace judiciaire. Certaines, par l'aide à l'élaboration des dossiers de malades et leur suivi, vont se consacrer prioritairement au soutien à la mise en catégorie et produisent, de cette façon, ce que certains appellent « du service ». Elles se constituent, ainsi, en intermédiaires avec les institutions chargées de la décision de catégorisation. D'autres vont également, en sus (toutes se positionnant *a minima* sur l'accès à la catégorie par l'information et le suivi des dossiers), viser le façonnement de la catégorie en participant à la production de connaissances sur les maladies du travail et en se construisant une place dans la négociation qui préside à l'élaboration et aux ajustements des tableaux. L'expertise associative et syndicale se constitue alors sur les plans administratif (la connaissance des pratiques des caisses de Sécurité sociale), technique (la connaissance des milieux de travail), légal (la connaissance des subtilités juridiques qui cadrent la réparation), politique (la maîtrise de la négociation dans les instances dédiées), scientifique (la connaissance des agents cancérigènes) et médical (la lecture de certains examens médicaux ou la définition

⁴²² Journée d'étude « Santé au travail, santé environnementale : quelles inclusions, quelles exclusions ? », RJCTS, Paris, 29 juin 2016.

En ligne : <http://gestes.net/aac-sante-au-travailsante-environnementale-queelles-inclusions-queelles-exclusions/>

de liens causaux entre certaines pathologies et les conditions de travail), balayant ainsi tous les aspects de cette catégorie multiface. La catégorisation qu'elles pratiquent de ce qui est, ou non, un cancer du travail, repose souvent sur les critères médico-administratifs institués, parfois court-circuités par des considérations sensibles ou des appréciations stigmatisantes, des attentes morales infiltrant aussi cette sphère de soutien. Les plus militantes, en revanche, tendent à remettre en question les constructions médico-légales (les tableaux) telles qu'elles sont définies à un moment donné et vont viser leur façonnement par l'action judiciaire. Dès lors, dans cet espace à la fois d'aide et contestataire, les pratiques locales et nationales ne tendent souvent pas à refonder la catégorie⁴²³ et la logique de rationalisation gestionnaire sur laquelle elle repose, mais bien plutôt à en élargir les bornes.

⁴²³ Paul-André Rosental parle de « reformulation de la notion de maladie professionnelle » (Rosental, 2009).

Chapitre 7. Le malade et ses proches : représentations « profanes » et rapports à la catégorie institutionnalisée

Dans ce chapitre, nous interrogerons – enfin – la catégorisation profane. Après avoir étudié les modalités de catégorisation médicales, administratives et associatives, nous porterons un regard sur les logiques de perception du « cancer du travail » développées par les malades ou leurs proches et sur les modalités d'identification à celle-ci. Pour Rémi Lenoir, « la prise de conscience d'un accident en tant qu'il résulte de l'activité professionnelle n'est pas une donnée immédiate de la conscience ouvrière, elle est solidaire, et des conditions matérielles d'existence qui permettent à l'individu de “s'arracher au monde pour le considérer” et de l'existence d'un système d'agents (syndicats notamment, mais aussi médecins, juristes, spécialistes du travail, *etc.*) qui, en constituant la définition de l'accident du travail selon des logiques et des intérêts qui leur sont propres, concourent à en diffuser la notion et, du même coup, contribuent à lui donner une réalité. » (Lenoir, 1980, p.80). Nous constaterons, en effet, que dans le cas du cancer, les exigences matérielles de survie, qui suscitent une relative acceptation du risque et une posture de dette envers l'employeur pourvoyeur de ressources, contraignent l'identification du cancer à une atteinte du travail. Ces rapports sociaux de domination, s'ils trouvent une

expression matérielle, se structurent également autour d'injonctions morales récurrentes, déjà évoquées dans les précédents espaces mais que nous détaillerons ici.

Nous venons d'expliquer, de même, que la catégorie se construit, par le haut, à travers la négociation d'agents aux intérêts divergents. Cependant, elle peut aussi être façonnée par l'autocensure médicale parfois mise en place face aux critères administratifs, consacrant la définition légale d'un problème social, ou redessinée, par le bas et par petites touches, par les pratiques de bénévoles, de médecins et de juristes, souvent réunis autour de structures associatives et syndicales, plus ou moins militantes et revendicatrices. Aussi, le rôle majeur de ces structures dans la définition de ce qu'est un cancer du travail ne doit pas faire oublier l'écho individuel que la catégorie peut susciter chez le malade, dans son univers social et subjectif : penser l'ancrage social ne signifie pas faire l'économie des expériences. C'est ainsi que nous aborderons, dans ce chapitre, les processus par lesquels les malades s'approprient cette catégorie, ou non, et la pluralité des sens qu'ils attribuent à leur démarche. Nous questionnerons, ensuite « l'effet retour » du processus d'accès à la catégorie sur ces malades. Enfin, nous aborderons, en filigrane, la question du devenir victime, et ses liens avec la catégorisation.

Introduction : Des conditions de vie et de travail qui forment et déforment les corps⁴²⁴

Le cancer hérité du travail est plus que la conséquence d'un risque, il est à saisir aussi en regard de différentes logiques politiques, économiques, sociales et culturelles qui structurent les histoires collectives (Thébaud-Mony, 2004). Ainsi, étudier les cancers professionnels revient à questionner, notamment, les effets de la division sociale du travail (et ses logiques structurelles) sur la santé des travailleurs (Lanna, 2010). Les ouvriers, nous l'avons vu, sont majoritairement concernés : les emplois les plus exposants ne nécessitent en général qu'une faible qualification. On les occupe aussi, souvent, de père en fils, une affaire d'homme, donc, qui appelle les

⁴²⁴ Selon la formule de Christine Détrez (2016). Toutefois, Pierre Bourdieu évoquait déjà ce processus de façonnement des corps (ici, de classes) par le travail : « Il est à peine besoin de rappeler en effet que le corps dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire, dans les dimensions et sa conformation visible (volume, taille, poids, etc.), est un produit social, la distribution entre les classes des propriétés corporelles s'accomplissant à travers différentes médiations telles que les conditions de travail (avec les déformations, maladies, voire mutilations qui en sont corrélatives) et les habitudes en matière de consommation qui, en tant que dimension du goût, donc de l'habitus, peuvent se perpétuer au-delà de leurs conditions sociales de production. » (Bourdieu, 1977, p.51).

injonctions genrées à « faire face » au danger⁴²⁵, des pratiques qui sont source de fierté⁴²⁶, mais qui permettent, surtout, de tenir. Tenir pour soi, tenir pour la famille faute de pouvoir prétendre à « mieux ».

Les inscriptions sociales de ces malades pèsent à la fois en amont et en aval de la pathologie. Les raisons qui mènent à se confronter aux procédures d'accès à la catégorie sont parfois les mêmes que les facteurs qui ont participé à générer la maladie. Les injonctions genrées – générationnelles et socialement situées – à tenir un rôle de pourvoyeur familial de ressources, par exemple, ont pu à la fois conduire à accepter un emploi dangereux afin de permettre une mise en ménage ou d'assurer un « confort pour la famille »⁴²⁷ et motiver la déclaration en maladie professionnelle, une fois le cancer déclaré, pour « mettre à l'abri » épouse et enfants en cas de décès. Monsieur J., Monsieur Clarizo et monsieur R. évoquent tous trois, en des termes similaires, les attentes sociales qui les ont contraints à occuper durablement ces emplois dangereux. Monsieur J. est un jeune retraité d'une usine de fabrication de véhicules industriels, adhérent du « groupe sécessionniste ». Après sa participation à une démarche collective pour faire reconnaître un préjudice d'anxiété, il est aujourd'hui atteint d'un cancer broncho-pulmonaire. Il décrit ainsi l'arbitrage matériel, dans un contexte domestique spécifique, qui a prévalu à son « engagement » au sein de l'usine dans laquelle il a travaillé pendant 36 ans, à la suite des différentes générations familiales :

« J'avais commencé à travailler dans la confection comme vendeur puis comme ça ne payait pas trop puis qu'on se fréquentait [en parlant de son épouse] il fallait de l'argent, on voulait se marier, bon, l'usine, on gagnait beaucoup plus. Donc je suis parti à l'usine, mon père a travaillé à l'usine, mon grand-père, c'était familial, on avait un nouveau : "t'es le fils de qui ?" tout le monde se connaissait. »

⁴²⁵ Marie-Aurore Ghis-Malfilatre note cependant, dans son travail de thèse, la mise à distance de ces injonctions par les travailleurs du nucléaire, généralement soucieux des risques qu'ils encourent – cet intérêt n'ayant pas forcément une valeur protectrice (Ghis-Malfilatre, 2018). Cédric Lomba fait un constat similaire dans son enquête au long cours sur les ouvriers d'ArcelorMittal, anciennement Cockerill, en Belgique. Il relève, ainsi, les différents arbitrages qui prévalent au respect des procédures de sécurité (la plupart d'entre eux portant les protections individuelles) et aux tactiques développées afin de se « préserver ». Il décrit, de plus, une diffusion de la thématique de la peur au sein de l'usine dans les années 2000. Dès lors, « le recours à l'explication des accidents par le virilisme ouvrier ou à l'identité masculine (et donc au « facteur humain ») pose problème. D'abord, parce que le concept de « virilité » reste flou et désigne des pratiques variées dans les travaux de sciences sociales [...] ensuite, parce qu'on observe surtout des pratiques de préservation de soi ou des rapports malheureux des ouvriers aux accidents et aux dégradations corporelles » (*ibid.*, p.296) – aujourd'hui au moins.

⁴²⁶ C'est la fameuse « bravade » ouvrière, relativisée notamment par Paul-André Rosental qui en « dénonce » la quasi-essentialisation par l'historiographie (Rosental, 2009).

⁴²⁷ Ce sont les mots de monsieur Gazeau, âgé de 66 ans à la date de l'entretien. Ouvrier retraité d'une chaufferie, il est atteint d'un cancer bronchopulmonaire reconnu en lien avec des expositions à l'amiante sur son lieu de travail.

Monsieur Clarizo, d'origine sicilienne, a travaillé pendant trente-six ans dans une grande entreprise de l'acier en tant qu'électromécanicien. Alors qu'il est déjà âgé de 75 ans, une leucémie lui est diagnostiquée. Il raconte, à l'époque, un arbitrage économique similaire :

« Sii, olala ! J'ai essayé de travailler au chemin de fer, mais je gagnais moins que là donc en ayant 20, 25 ans, jeune marié, c'était la paye qui comptait, là on faisait beaucoup d'heures supplémentaires, j'étais en train de construire ma maison, j'avais besoin d'argent donc il n'y pas de mystères. »

Monsieur R., 74 ans, était ouvrier au secteur production d'une plate-forme chimique. Parti en retraite à 56 ans, il décrit, six ans plus tard, le point de départ d'une succession de problèmes de santé. Parmi ceux-ci, un cancer broncho-pulmonaire qu'il fera reconnaître en maladie professionnelle avec le soutien du gros groupement local de l'ANDEVA. Son président est un ancien collègue, syndicaliste comme lui. Monsieur R. fait part, à son tour, d'un arbitrage économique dans un contexte de pressions normatives, mais pas seulement : ici, il intègre aussi l'existence d'un risque lié à l'activité professionnelle, mais un risque immédiat, sur la route, et non dans l'activité industrielle :

« J'ai commencé en 65 à travailler ici à la chimie, je venais de faire quatre ans en Afrique – militaire hein – il fallait bien que je me marie, j'avais une copine, je dis “je ne vais pas la laisser sur le carreau non plus celle-là” ah ben, il fallait que je bosse ! J'ai été embauché là-dedans, je me dis “je ne vais jamais rester là-dedans toute ma vie”, moi j'étais routier de métier, je voulais reprendre la route, tout le monde m'a dégoutté 'faut voir, “la route dans l'Est, tu verras comment que c'est... l'hiver c'est méchant” ils m'ont foutu les jetons, ben j'ai fait mon trou là-dedans [rires] mais pour en ressortir avec ce que vous venez d'entendre là. Voilà. »

Tenus par des rôles sociaux, les ouvriers semblent nombreux à ne pas avoir priorisé la préservation de leur santé dans la gestion du choix professionnel⁴²⁸. Il s'agissait, en effet, d'assurer un revenu décent à la famille alors même que les qualifications détenues étaient faibles⁴²⁹. La maladie devient alors le résultat d'arbitrages qui sont l'expression d'une situation sociale. Toutefois, quand bien même ce « souci » ait été considéré, leur manque d'information concernant les risques auxquels ils étaient exposés contraignait sa juste évaluation. La position subordonnée dans laquelle ils se trouvaient les ont ancrés dans une forme de dépendance aux savoirs techniques détenus par l'employeur ou des « organismes spécialisés » (Thébaud-Mony,

⁴²⁸ C'est, en tous les cas, ce qu'expriment leur discours du présent marqué par la maladie.

⁴²⁹ Continuité de cette perspective genrée, toutefois, leurs discours valorisent leur rôle central dans les ressources du ménage, invisibilisant la contribution des femmes.

2008), l'ouvrier ne disposant que de son corps pour détecter les situations dangereuses, alors même que les sensations corporelles ne sont pas toujours un indicateur fiable du risque encouru (*ibid.* ; cf point 2, C). Les outils de prévention et de protection restent également de la responsabilité de l'employeur : il est tenu à une obligation légale de sécurité⁴³⁰. Si les ouvriers peuvent développer des techniques de protection, elles relèvent alors bien plutôt du « bricolage » en situation et ne peuvent prétendre rééquilibrer des postures inégalitaires dans le pouvoir d'agir et de connaissance. Aussi, dans la vie active comme après, à la retraite, quand la maladie se déclare, le malade dispose rarement d'éléments plus tangibles que ses souvenirs des gestes techniques et de ses sens (la chaleur, l'odeur, la poussière) pour décrire ses conditions de travail (parfois, peut-être, le souvenir d'un nom de produit, solvant ou dégraissant, utilisé régulièrement⁴³¹). Le CCPP, ou le GISCOP, parfois les associations, apparaissent alors comme des dispositifs de traduction de ces discours : activités, outils, produits et temporalités⁴³² sont traduits en termes d'expositions afin de caractériser l'affection et de soutenir une mise en catégorie.

Enfin, la faiblesse du capital culturel dont dispose ces ouvriers participe à expliquer à la fois le type d'emploi particulièrement exposant (*cf* introduction) et les difficultés à s'approprier les démarches administratives de reconnaissance en maladie professionnelle. Ce phénomène témoigne, une fois de plus, du caractère cumulatif des inégalités (notamment : Bihl et Pferfferkorn, 2008).

1. Relectures de la catégorie et points d'accroche

A. Une relecture des codifications médico-juridiques

L'appréhension profane du « cancer du travail » se distingue de l'appréhension médicale. En effet, les catégories médicales, lorsqu'elles glissent dans l'espace des malades, tendent à se transformer : elles y sont relues à travers le prisme des expériences sociales et subjectives, d'un statut social spécifique, de l'âge, du genre ou encore du milieu social d'appartenance. Pourtant, ici, les malades et leurs proches sont nombreux à ne pas s'émanciper des catégories médicales,

⁴³⁰ Article L4121-1 et suivants du Code du travail.

⁴³¹ Un appui matériel dont les cancérogènes issus du processus même de production ne peuvent bénéficier (la silice sur les chantiers du BTP, par exemple : Thébaud-Mony, 2008).

⁴³² Alors que la régularité d'une tâche exposante associée à un poste de travail est évoquée, le médecin demande généralement au malade de procéder à une forme de quantification, soit de rationaliser son expérience du travail. Ainsi, la question : « *De temps en temps, ça veut dire quoi ?* » est récurrente pendant les entretiens de reconstitution de carrière menés au CCPP.

principales garantes de la légitimité à se percevoir comme atteint d'un « cancer du travail » (ou, plus souvent, d'un agent cancérogène bien spécifique présent en milieu professionnel).

a. La mécanique des risques cancérogènes

La notion d'organe-cible

La notion d'organe-cible, centrale dans le champ du cancer, peine à être bien saisie par les malades. Cette notion renvoie à l'action différenciée d'une même substance sur les organes du corps humain. En effet, définir des « organes-cibles » revient à définir ceux qui subissent les effets néfastes de l'exposition à un toxique. Il s'agit donc d'une notion relative, qui oriente la catégorisation : un malade souffrant d'un cancer de la prostate, quand bien même l'étude de sa carrière révélerait d'importantes expositions à l'amiante ou à la silice, ne pourra prétendre à une reconnaissance en maladie professionnelle, aucune relation causale n'ayant été validée à ce jour par la communauté médicale. Cette liste d'organes-cibles n'est donc pas figée et fait l'objet de recherches médicales qui visent à tester et valider de nouvelles causalités. Dans le cadre du C2RMP, expertiser le lien direct entre la maladie et le facteur travail, pour les cas de cancer, revient à mobiliser cette notion, révélatrice d'une vision d'un corps morcelé caractéristique de la biomédecine. L'extrait suivant, issu d'une séance de C2RMP, illustre bien les débats suscités par des organes « en tension », prétendants au statut d'organe-cible :

C2RMP, 2 mars 2016. Le dossier expertisé concerne monsieur G., dans le cadre d'une procédure devant le TASS. Âgé de 59 ans, il est atteint d'une tumeur maligne du rectum découverte en 2011. L'expertise attendue concerne la définition d'un rapport entre la pathologie et des expositions à l'amiante, monsieur G. ayant travaillé sur un site reconnu amianté jusqu'en 1993.

« [...] Dr Bernard : Nous on a une étude. On a regardé puisque le dernier C2RMP était il y a longtemps. J'ai demandé à [une interne]. Elle est tombée sur votre étude [au Pr Prioux]. Le problème c'est qu'on n'a pas trouvé de lien réel, plutôt avec le colon (pas de doutes) mais pour le rectum, c'est plus contrasté sachant que la plupart des études ne distingue pas les deux.

- Pr Prioux : Nous on trouve des choses très différentes mais c'est une petite étude, avec peu de personnes. Mais ce sont presque les mêmes muqueuses, ça se tient. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec l'absence de lien direct. Une étude néerlandaise a conclu que le lien avec le colon était favorable, le rectum un peu moins, mais on a un corpus plus ou moins solide, le colon ça va être acté. Pour moi, la possibilité d'un lien direct est plutôt établie. Mais est-ce qu'il y a des facteurs génétiques, d'autres

pathologies ? La question se joue plutôt là-dessus (sur le lien essentiel) [...]on fait un sursis là-dessus. »⁴³³

L'expertise du dossier de monsieur G., du fait de l'incapacité médicale à conclure à un lien direct entre une exposition à l'amiante documentée et le cancer du rectum, est donc repoussé à une prochaine séance. L'absence de classification consensuelle d'un organe comme organe-cible dans le cadre d'une exposition professionnelle spécifique contraint la catégorisation du cancer en affection du travail. L'exposition à un – ou plusieurs – cancérogène(s) en milieu professionnel n'est donc pas suffisante pour conclure à un cancer du travail : il s'agit préalablement de vérifier si la littérature médicale fait état d'un lien causal entre ces substances et l'organe touché par le cancer. En l'absence de consensus, la catégorisation est d'autant plus longue et complexe, et relève de la négociation entre experts.

En opposition, donc, la menace cancérogène est souvent pensée par les patients de manière indifférenciée pour l'ensemble du corps humain, non sans lien avec la perception commune « du » cancer comme tout uniforme, également menaçant : on évoque « le cancer » et non « les cancers ». Madame Da Costa, adhérente à la FNATH, lisse ainsi la complexité des formes pathologiques qu'il recoupe. Veuve, son mari est décédé d'une tumeur cérébrale rare, à un mois d'intervalle de son collègue, atteint quant à lui par une leucémie :

« Oui et puis les personnes ne réagissent pas de la même manière, vous voyez bien, deux hommes qui travaillaient ensemble, qui ont fait les mêmes choses, l'autre il l'a attrapé dans le sang et mon mari l'a attrapé au cerveau quoi, et pourtant c'était la même pathologie, c'était la même chose, ils respiraient les mêmes choses. »

C'est un même facteur travail – un environnement « malsain » – qui s'insinuerait ainsi de manière différente dans les corps, mais avec la même finalité : un décès précoce. La perception qui est ici sous-jacente est tout à fait distincte du corps médical parcellisé, la spécificité de l'organe touché s'effaçant derrière une causalité environnementale commune⁴³⁴. Elle s'assimile en ce sens bien plutôt aux lectures qui sont à l'origine de la médecine sociale : la santé est

⁴³³ Ici, il ne s'agit pas des formulations exactes des propos tenus par les membres du comité. Ils sont issus d'une reformulation des prises de notes : le fond est, quant à lui, tant que se peut fidèle.

⁴³⁴ Pour d'autres pathologies, à l'inverse, on supposera que l'appréhension se réalise par l'organe touché. Le docteur Harol raconte en effet le cas d'un ancien mineur, atteint d'une fibrose pulmonaire ayant provoqué la nécessité d'une assistance respiratoire. Le lien avec le travail est ici revendiqué, notamment par son épouse, sans fondement médical. L'atteinte étant pulmonaire, tout comme pour la silicose, emblématique de l'usure des corps des mineurs, la confusion paraît aisée. De même, le contexte professionnel des mines étant – localement en tous les cas – marqué par un fort syndicalisme, cet environnement paraît favorable à la constitution d'un lien maladie/travail sans validation médicale.

d'abord perçue comme intimement liée à l'environnement, le corps étant perméable à ce qui l'entoure (cf chapitre 3).

Aussi, dans un contexte de polyexposition, l'incrimination d'un risque isolé en fonction du type de cancer développé peut susciter l'incompréhension. Monsieur Mersing a été menuisier pendant plusieurs années, alors qu'il n'était pas encore majeur, avant d'occuper un poste de bobineur en Allemagne pendant douze ans. Il finira sa carrière à la cokerie, dans les mines de Moselle : ses expositions sont multiples. En octobre 2013, les médecins lui diagnostiquent un cancer des sinus. Le docteur Munet, chargé de l'opérer, l'informe alors du lien direct qui unit sa maladie et son environnement professionnel. Soutenu dans ses démarches par son médecin généraliste, il se voit malgré tout refuser la prise en charge de son cancer au titre de la maladie professionnelle, son exposition ne correspondant pas aux délais demandés par la Sécurité sociale. En 2017, quand je le contacte, ses démarches se poursuivaient toujours devant le TASS. Incité à se penser comme « malade du travail » par les catégorisations médicales – et ce malgré les blocages administratifs – restreindre la causalité aux simples poussières de bois, respirées de manière marginale dans sa carrière professionnelle alors qu'elle débutait à peine, ne relève pas, pour lui, de l'évidence :

« À la cokerie j'étais encore plus exposé je pensais, mais docteur Munet a dit "non, c'est uniquement la poussière" parce que là y'avait quand même aussi l'amiante, y'avait des poussières de charbon, de coke, bon, soi-disant ça, ça va plus sur les poumons... »

Circonscrire le périmètre des substances à la fois nocives et impliquées dans la survenue de la pathologie (la toxicité n'étant pas un critère suffisant) ne semble pas intuitif. La catégorisation profane, dès lors, revient à bricoler entre les données médicales et administratives, parfois conflictuelles, et qui vont faire écho, ou non, aux expériences individuelles et collectives. Le malade compose ainsi avec les discours médicaux, les constructions médicoadministratives, sa propre appréhension des mécanismes de pathogenèse et ses expériences – individuelles et au sein d'un collectif de travail.

La notion de multifactorialité

La notion de multifactorialité suscite, elle aussi, des difficultés d'appréhension. Pour les malades qui ont été informés du caractère probablement professionnel de leur cancer, si les agents cancérigènes peuvent effectivement être multiples, tous se recourent derrière la causalité professionnelle. Dès lors, les causalités individuelles (comportementale ou génétique) ou environnementale sont invalidées : le travail devient l'unique responsable de la maladie.

Plus souvent, encore, les malades invoquent le « cancer de l'amiante ». Monsieur Canet, par exemple, est ouvrier au sein d'une grosse entreprise locale de la sidérurgie. Il est toujours en emploi lorsqu'il développe un cancer de la vessie, reconnu en lien avec des expositions aux amines aromatiques⁴³⁵. En évoquant le père d'un collègue, autopsié à la suite d'un cancer bronchopulmonaire qui lui a été fatal, il conclut : « *donc il n'est pas mort d'un cancer du poumon du fumeur, il est mort... 100 % d'amiante.* »⁴³⁶ L'agent délétère, en effet, est perçu comme ayant été incorporé. Ainsi ingéré, il s'est logé durablement dans les corps en les endommageant lentement. Monsieur Genet, qui a longtemps travaillé dans le bâtiment⁴³⁷ et souffre aujourd'hui d'un cancer bronchopulmonaire, l'exprime ainsi : « *Y'a encore bien trois - quatre mois de ça, qu'ils retrouvent des plaques pleurales ! Moi je ne savais même pas ce que c'était les plaques pleurales. J'avais de l'amiante dans les poumons. [...] Mais j'en étais presque sûr, j'en avais tellement mangé. "Mangé" on peut dire.* »

La pathologie finit ainsi par se fondre avec la substance toxique. Monsieur Santini, ouvrier retraité du bâtiment et de la plate-forme chimique de Moselle, atteint aujourd'hui d'une leucémie, raconte ainsi le discours que lui aurait tenu son médecin : « *Il dit "mais ça, monsieur Santini, vous avez travaillé sur des produits dangereux, vous avez sûrement contracté l'amiante !"* ».

Lu comme une catégorie nosologique à part entière, « le cancer de l'amiante » comporterait des sous-catégories par localisation. Relatant le cas d'un représentant exposé de manière ponctuelle au sein de l'usine dans laquelle il travaillait, Monsieur Mersing explique que, malgré un temps d'exposition relativement faible, « *ça a donné le cancer de l'amiante aussi, celui des poumons* ». Ici, maladie et causalité se confondent, une lecture qui paraît spécifique à certains risques « médiatiques » : l'amiante et les pesticides⁴³⁸. Questionner la maladie professionnelle revient donc à questionner la maladie (et non la maladie et les conditions de travail) puisqu'elle

⁴³⁵ Les amines aromatiques sont « des composés solides ou liquides utilisés pour la synthèse des matières colorantes, des produits pharmaceutiques, dans l'industrie du caoutchouc et des matières plastiques. »

En ligne : <https://www.cancer-environnement.fr/319-Amines-aromatiques.ce.aspx>

⁴³⁶ Cette appréhension, cependant est biaisée : l'autopsie est mobilisée (dans les rares cas où elle l'est), non pas pour évaluer biologiquement la pertinence d'une catégorisation en « maladie professionnelle » mais afin de déterminer le lien entre une pathologie déjà déclarée au titre de la maladie professionnelle et le décès.

⁴³⁷ Sa carrière est très fragmentée : il a travaillé dans le textile et dans des charpenteries, où il a été ouvrier puis contremaître, et a fini sa carrière en tant que fonctionnaire, maçon pour une ville vosgienne.

⁴³⁸ Bastien Guillermin, qui s'est intéressé aux différentes pathologies suscitées par l'amiante, évoque de manière similaire une appréhension unificatrice, soit l'idée d'une seule et même maladie à différents stades d'évolution (Guillermin, 2016).

intègre le facteur travail, elle en est déjà la résultante évidente, maladie et travail sont imbriqués. Quand j'interroge monsieur J., ouvrier retraité d'une usine de fabrication de véhicules industriels, sur la mise en lien de son cancer et de sa carrière professionnelle, il la présente comme liée essentiellement au diagnostic :

« Et du coup, vous avez fait tout de suite le lien avec votre travail quand on vous a annoncé le cancer ?

- Madame J. : C'est le médecin qui nous l'a dit.

- Monsieur J. : C'est le médecin, oui. Oui-oui.

- Madame J. : Le médecin il a dit "vous avez le cancer de l'amiante". Le pneumologue aussi.

- Monsieur J. : Oui, il n'a pas tourné autour du pot, il a regardé mon scanner, oh !

- Madame J. : Il a fallu opérer de toute urgence. »

Plus en avant dans l'entretien, il affirmait également que, *« dès l'instant que ça a été reconnu qu'[il avait] un cancer de l'amiante, [il a été] reconnu tout de suite en maladie professionnelle. »* L'accès à la catégorie institutionnelle, dès lors, ne représenterait qu'une simple mise en correspondance de l'administratif avec le médical. Cette appréhension, si elle reflète bien la nature différenciée de ces deux types de catégorisation, omet les dimensions probabiliste et négociée de cette catégorie. Celles-ci, toutefois, restent généralement ignorées des malades.

De façon similaire, enfin, certains malades construisent le « cancer de l'amiante » à travers les technologies médicales. Monsieur Gazeau, par exemple, évoque une signature différenciée du « cancer pulmonaire de l'amiante », caractérisée par *« cette tâche qui pour eux n'était pas normale. Parce que pour le tabac, je suppose que c'est tout le poumon. »* Les instruments médicaux permettraient, dès lors, de repérer la cause – unique – du cancer.

b. Des catégories qui peinent à se rencontrer

Les catégories profanes ne se superposent donc pas toujours aux catégories médicales et aux « codifications juridiques » (Serre, 2019⁴³⁹). Madame Da Costa, engagée dans des démarches chaotiques avec la FNATH depuis 2012, souligne bien la distance qui sépare son appréhension des refus opposés par l'institution : *« c'est tellement tordu, c'est tellement compliqué, complexe, alors que c'est une évidence pour moi »*. Cette évidence se construit sur

⁴³⁹ Delphine Serre, « Les acteurs aux prises avec la reconnaissance des maladies professionnelles dans les tribunaux : logiques profanes versus stratégies juridiques », colloque *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)*, Paris, 20 juin 2019.

des éléments pris dans une même logique de construction d'un travail pathogène : des symptômes anciens, une première consultation dans un service de pathologies professionnelles vingt ans auparavant qui conclut à des expositions préoccupantes, ou encore le décès du collègue de son mari avec lequel il travaillait en binôme, à un mois d'intervalle. Ces indicateurs rationnels semblent par ailleurs peser d'autant plus qu'ils participent à construire une causalité qui apporte du sens à un décès trop précoce (cf point suivant). Proximité temporelle et proximité sociale se croisent ici : la catégorisation de « l'évènement corporel » passe par la lecture du sort advenant à ceux qui nous ressemblent socialement – auxquels on s'identifie – et desquels on se sent proches.

Lorsque celle-ci est impossible, la lecture de l'étiologie va essentiellement reposer sur des cadres médicaux. Monsieur Clarizo, ancien électromécanicien, est depuis près de vingt ans en retraite quand sa leucémie lui est diagnostiquée. Il évoque ainsi, à son niveau, les difficultés à évaluer le caractère potentiellement professionnel de sa maladie :

« Monsieur Clarizo : Ben y'en a qui sont morts assez jeunes, 60, 65.

- Mais vous savez de quoi ?

- Madame Clarizo : Ah ben... On ne le disait pas trop avant.

- Monsieur Clarizo : Personne ne dit rien. Puis j'ai plus de contact, mes copains ça fait quand même dix-neuf ans que j'ai quitté l'usine, alors il y en a beaucoup qui sont déjà partis. Et puis c'est gênant d'aller voir la veuve, de lui dire "excusez-moi, votre mari est décédé de quoi ?" »

La latence de la maladie est telle qu'il ne peut prétendre mettre en œuvre une forme de recensement des éventuels cas pathologiques parmi la population des anciens collègues. Dans l'incapacité de se constituer une forme d'expertise profane, il s'en remet, dès lors, aux catégorisations médico-administratives.

Souvent, toutefois, l'appréhension profane repose sur une identification médicale préalable. La légitimité de la déclaration nécessite alors la formulation de certitudes médicales qui trouveraient une expression dans les tableaux de la Sécurité sociale. Monsieur Clément a occupé un poste de menuisier pendant trente-deux ans avant de travailler dans le gardiennage. Aujourd'hui retraité, il est atteint d'un cancer des sinus, une affection typique de cette profession – monsieur Clément en parle comme de « la maladie de la poussière ». Madame Clément, son épouse, affirme l'évidence d'une déclaration dans un contexte de certitude médico-administrative :

« Franchement, vous faites partie du tableau, vous êtes une maladie professionnelle, qui est-ce qui ne ferait pas la démarche ? Non, franchement, voilà, ce ne serait pas sûr, ce ne serait pas reconnu dans le tableau, je me dirais "bon, on va quand

même pas”, on n'est pas du genre du tout à être, mais là, tous les éléments sont là [...] si on nous avait dit que c'était pas sûr d'être une maladie professionnelle déjà [...] parce que y'a certaines maladies, la vessie tout ça, on n'est pas sûr [...] mais là, étant donné qu'elle est dans les tableaux, que c'est un cancer rare, que c'est reconnu de poussières de bois, on a tous les critères pour [...] là oui, on veut la reconnaissance et on ira jusqu'au bout. »

Le discours médical, associé à l'existence d'un tableau, soutient, avec une « caution institutionnelle », la catégorisation profane. Le cancer du travail est ici abordé comme une catégorie médico-institutionnelle, formalisée par des critères rationnels. Cette appréhension diffère d'une lecture en termes de catégorie médicale (une entité nosologique à part entière), politique (un moyen d'agir sur les conditions de travail, la reconnaissance d'une condition ouvrière précaire) ou légale (la reconnaissance d'un préjudice).

L'évocation d'un « cancer du travail » suscite donc, pour les malades et leurs proches, une relecture des catégories médicales et administratives. Conséquence parmi d'autres d'un environnement délétère, catégorie nosologique à part entière ou catégorie médico-administrative rationalisée, les appréhensions sont variées. Toutefois, la définition profane du cancer professionnel nécessite également certains « points d'appui ». Si le rôle du médecin dans la suggestion du lien cancer/travail puis dans sa construction est central, son intervention jouant ainsi régulièrement le rôle d'« élément déclencheur » (Ponet, 2009, p.72), celle-ci nécessite, pour s'arrimer aux histoires individuelles et contourner l'incrimination prioritaire des comportements individuels, l'existence de « prises ».

B. La nécessité d'avoir des « prises » pour penser le « cancer du travail »

Les prises à la catégorisation profane en cancer du travail relèvent d'éléments de natures différentes et parfois contradictoires.

a. Les « prises »

L'existence de symptômes passés, prémices de la maladie

Souvent, comme le souligne également Anne Marchand (Marchand, 2018), les symptômes et les atteintes passés sont relus à l'aune de ce lien nouvellement suspecté ou validé par l'institution : les bronchites à répétition, ou l'asthme, par exemple, deviennent les prémices de ce mal aujourd'hui diagnostiqué. Monsieur Lombard, ouvrier retraité des industries locales, souffre d'un cancer bronchopulmonaire. Pour lui, il porte en germe son cancer depuis des années : « *Des bronchites. Ça, j'étais le roi de la bronchite. Et ça a tourné en asthme, et puis*

c'est là qu'ils se sont aperçus qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas mais au bout de combien de temps... ça faisait plus de 20 ans. » Cette appréhension est confirmée par son épouse qui va souligner le caractère évitable de cette atteinte. Pour elle, le cancer de monsieur Lombard se serait développé insidieusement, une lente progression qui aurait pu être combattue si la vigilance des médecins avait été plus importante : *« Oui, parce qu'il revenait tout noir de chez noir, les yeux tout noirs, il n'avait pas de masque, rien du tout, mais ça devait durer depuis un certain temps, il aurait été soigné plus tôt, je pense qu'il n'en serait pas arrivé là. »*⁴⁴⁰ L'environnement professionnel (*« l'aciérie, c'était le coton, c'était les cheminées chez L., tout ce qui avait eu de la poussière »*) aurait ainsi contaminé son organisme et envoyé différents signaux avant que ne soit découverts les véritables dégâts qu'il avait provoqué. Dans ce contexte, chaque ouvrier devient un malade en puissance, un destin qui serait volontairement dissimulé par l'institution. En outre, les ressentis corporels désagréables à l'occasion du travail (la chaleur, les odeurs, etc.) comme les pictogrammes qui figuraient sur les produits utilisés (la tête de mort est en ce sens marquante)⁴⁴¹, en tant qu'indicateurs de la présence d'un risque, peuvent également être saisis comme des prises à la catégorisation : (re)construire un contexte professionnel dangereux est un palier nécessaire. Dès lors, les manifestations symptomatologiques et les ressentis passés de son propre corps comme les corps – usés ou morts – des anciens collègues deviennent les indices du caractère délétère de leur travail.

Paradoxalement, pourtant, certains malades évoquent un passé vierge de maladies. Expérience de vulnérabilité physique, le cancer est un choc, une surprise qui fait rupture avec la représentation que l'on avait de son corps, une appréhension de soi réalisée sur le registre de la force et de la résistance souvent associé à la culture ouvrière (Pillon, 2014 (2)). Pour monsieur Agnelli, ainsi, l'étiologie professionnelle semble s'appropriier d'autant mieux qu'il n'aurait pas « une nature à être malade » :

« Je n'ai jamais été malade dans ma vie, c'est maintenant que je suis tombé malade, j'ai été malade de l'appendicite mais ça tout le monde l'a, j'étais cinq jours à l'hôpital, le reste je ne connais pas, les médicaments c'est maintenant que je connais

⁴⁴⁰ Cette appréhension des conséquences du travail par des « symptômes physiques remarquables » (Lanna, 2013, p.10) est récurrente, notamment pour les familles de malades.

⁴⁴¹ Toutefois, l'injonction d'information sur les risques propres aux produits chimiques a pris de l'ampleur de manière relativement récente, portée par le règlement REACH en 2007. L'étiquetage à proprement parler des produits cancérogènes a quant à lui été organisé par une directive européenne en 1990. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/TXT/?uri=CELEX:31990L0394>
<https://journals.openedition.org/communicationorganisation/4543#tocto1n2>

[...] à 23 ans quand je suis arrivé ici j'étais bien, jeune, j'ai passé toute ma vie ici, ma santé elle est entre S. et D.W.⁴⁴² »

Ainsi, si la maladie ne provient pas de sa « constitution », d'un « donné » du corps inné, celle-ci relèverait forcément d'une responsabilité externe. Qu'elle s'exprime à travers le mode de vie ou l'appréciation d'une « constitution » plus ou moins fragile, la causalité privée, reste, parmi les autres facteurs possibles, celle qui est questionnée de façon prioritaire, servant, ou non, à terme, la saisie de la causalité professionnelle.

Les décès nombreux d'anciens collègues, signe d'un destin commun

L'existence de nombreux décès perçus comme précoces et inexplicables parmi les anciens collègues est également une « prise » récurrente, qui est revenue de manière quasi systématique dans les discours. Madame Da Costa, par exemple, dont le mari est décédé d'une tumeur cérébrale rare, est engagée dans une procédure de reconnaissance avec la FNATH depuis plusieurs années. Lorsqu'elle évoque les démarches qu'elle met en place pour consolider son dossier, elle rebondit inévitablement sur ces décès, à la fois freins à sa procédure et témoin de la nocivité de l'entreprise dans laquelle son défunt mari travaillait :

« Y'a beaucoup de personnes qui ont travaillé aussi avec eux et qu'on a essayé de rechercher et qui sont déjà décédées depuis longtemps. On essaie de savoir [...] “ah ben non, il faisait un peu d'asthme” mais avec le recul, tous ces gens-là, c'est ça qu'ils ont eu ! »

Madame Silva, dont le mari, ancien ouvrier sidérurgiste, est atteint d'un mésothéliome⁴⁴³, exprime, de manière plus précautionneuse, la suspicion d'un même lien :

« Y'a pas longtemps, il regardait le journal, il me dit “tu te rends compte, tous les gens qui ont mon âge ils meurent”. Ça se trouve, ça vient de ça, parce que y'en a, ils ne veulent pas passer des radios. Y'en a qui ont peur des médecins. »

⁴⁴² La famille De Wendel, incarnation pour certains du « capitalisme triomphant », a été à la tête d'un « empire » industriel pendant trois siècles. Particulièrement influente sur le territoire lorrain, elle y a été propriétaire d'usines sidérurgiques pour lesquelles elle faisait extraire du charbon dans des mines avoisinantes. Aujourd'hui encore, une commune porte ce nom, et les ruelles de Petite-Rosselle, ce village qu'elle a très largement bâti afin de loger et « soigner » ses travailleurs, les prénoms de ses membres les plus influents. « Ironie du sort » si l'on peut dire, le groupe De Wendel s'est transformé en société d'investissement. Or, forte d'une famille nombreuse gérée comme un capital, elle possède de nombreux actifs, notamment dans une grande entreprise de l'acier particulièrement concernée par les déclarations de maladies professionnelles (plusieurs des malades rencontrés dans le cadre de cette thèse ont en effet travaillé sur l'un de leurs sites).

L'Express, « Les Wendel se forgent un autre avenir », le 1er octobre 2013.

En ligne : https://lexpansion.lexpress.fr/entreprises/les-wendel-se-forgent-un-autre-avenir_1443063.html

⁴⁴³ Monsieur Silva est décédé quelques mois à peine après l'entretien que j'ai mené avec lui en présence de son épouse et de sa belle-fille.

Monsieur Agnelli, ouvrier retraité de la sidérurgie mosellane, dépeint sans ambages un environnement toxique :

« Moi je faisais du travail lourd hein, j'ai travaillé en maçonnerie, dans les fours [...] avec la poussière, au chaud, et on rentrait là-dedans [...] parce que vous êtes à moitié rouge, et parce que le convertisseur à côté, il soufflait et nous on était au milieu, pour travailler, mais tous les types-là ils sont morts, tous. »

De même, monsieur Clarizo évoque les nombreux décès qui ont affligés ses anciens collègues de la fonderie, s'annonçant ainsi comme un « rescapé ». C'est alors sur cette base, qu'il va lui-même entreprendre de rechercher des « prises » à la catégorie, en sollicitant notamment son médecin traitant :

« Parce que moi j'avais demandé à mon médecin traitant si dans ses patients à L. il n'y avait pas d'autres leucémies. Il a répondu "J'ai des maladies mais je n'ai jamais fait le lien avec la fonderie". »

Tous potentiellement victimes, c'est un destin funeste que partageraient aujourd'hui ces anciens ouvriers, dès lors en sursis.

La catégorisation : une carrière ?

La définition de soi en « victime du travail » s'apparente ici à une forme de carrière tant la méconnaissance totale initiale du risque vient trancher avec l'appréhension progressivement construite d'un phénomène d'ampleur considérable. C'est ce que semble exprimer monsieur Silva qui, selon son épouse, a persisté à nier l'effectivité de son exposition à l'amiante, même après les doutes importants exprimés par son cancérologue, jusqu'à ce qu'il évoque le sujet avec ses anciens collègues – ses pairs : *« Il fallait trois témoignages des collègues de travail, remplis, et puis on est allé en voir un "oh mon pauvre, j'en ai fait pour untel, pour untel, pour untel, tu n'es pas le seul à avoir de l'amiante dans les poumons !" mais moi je ne savais pas du tout. »*

La procédure peut elle-même soutenir la catégorisation : c'est en se frottant (se heurtant, aussi, parfois) au dispositif et à ses exigences d'évaluation que le malade se construit comme victime. Elle est ainsi créatrice, c'est elle qui participe à faire advenir la réalité du préjudice. Par exemple, monsieur Marchal, exploitant agricole, s'est vu diagnostiquer un syndrome myéloprolifératif (une forme de cancer du sang) à l'âge de 44 ans. Face à cet événement, son épouse enclenche un véritable travail d'enquête avec l'ambition d'« aller au bout de la démarche et savoir. » Largement déconnecté de ces démarches dans un premier temps, monsieur Marchal est, aujourd'hui, vice-président de l'association des victimes de produits phytosanitaires. La catégorie se fixe donc au terme d'un parcours collectif, la catégorisation est, pour le profane et ses proches, « un travail de mise en récit, d'intelligibilité des causes de ce qui a insensiblement

et irrémédiablement conduit au mal » (Sarfati et Waser, 2013) qui peut se réaliser sur un temps parfois très long.

Le rôle de la sociabilité territoriale

La sociabilité territoriale, généralement industrielle, joue également un rôle dans ce processus d'appropriation de la catégorie (cf chapitres 6 et 8). La rencontre avec un ancien collègue permet de questionner la causalité professionnelle et de la légitimer – bien que, nous l'avons vu, les médecins décrivent des expositions différentes selon les postes de travail occupés dans l'entreprise et une dispersion des localisations cancéreuses éligibles à la catégorisation. Madame Duval décrit ainsi le rôle qu'a tenu un ancien collègue dans le processus de catégorisation : « *C'est un collègue qui lui a dit "oh si tu devrais le faire à la centrale y'en a eu et puis tu sais qu'on a eu des collègues qui sont morts de ça alors il faudrait peut-être", alors il en a parlé là-haut [à l'hôpital], quand il y était, c'est comme ça que ça s'est fait.* »

Pour certains, ce contact avec un pair permettra également la redirection vers une association locale auprès de bénévoles, ouvriers de la même entreprise ou d'une entreprise d'un secteur industriel proche, un soutien souvent déterminant dans l'accès à la catégorie (cf chapitre précédent). Toutefois, alors même que le malade s'est saisi de la catégorie, il arrive également que le contact avec un pair décourage d'investir les démarches. C'est le cas de monsieur Genet, qui raconte son entrevue avec une connaissance : « *là on n'en sort plus, ce n'est pas la peine. C'est infernal, et le gars qui était à côté de moi : "j'ai envoyé tout péter moi", un artisan de maçonnerie à R., il a eu envie de tout péter, on en finit plus [...] il me dit "je serais toi... j'avais les papiers, t'es pas prêt d'en finir".* » Ainsi, monsieur Genet avait débuté des démarches de MP seul une première fois, alors qu'il était régulièrement hospitalisé, avant d'abandonner puis de les reprendre suite à la découverte de plaques pleurales, soutenu cette fois par le petit groupement local de l'ANDEVA, et largement encouragé par son pneumologue : « *J'irai jusqu'au bout, y'a pas de raisons puisqu'ils ne veulent pas que j'abandonne, docteur L. lui-même il ne veut pas que j'abandonne. Il m'a déjà demandé pourquoi j'avais abandonné le premier coup.* » – donnant à voir le rôle connexe du médecin.

La quête de sens, une prise favorable

Enfin, la quête d'un sens à attribuer à la maladie (cf point 3, B) peut offrir à la catégorie des points d'accroche. Flavienne Lanna, à la suite de son expérience passée au sein du GIS COP au cours de laquelle elle a, entre autres, mené des entretiens de reconstitution professionnelle, souligne que ceux-ci étaient plus facilement acceptés lorsque les malades étaient en recherche

d'une explication à donner à la maladie (Lanna, 2013). La connaissance des maladies du travail par le biais des proches ou de l'histoire professionnelle avait également un impact positif. Si accepter l'entretien ne signifie pas adhérer à la catégorisation, il apparaît toutefois comme un signe d'ouverture à cette explication causale et ce d'autant plus qu'ici, l'entretien n'est pas sollicité par un médecin, fort de son autorité institutionnelle, contrairement au processus d'accès au centre de consultations de pathologies professionnelles. L'« adhésion » à la catégorisation paraît donc favorisée, dans une certaine mesure, par une quête de sens et la proximité d'expérience avec cette question du travail qui abîme.

b. Les facteurs individuels : freins et « leviers »

La tendance à lire des symptômes, la maladie et son étiologie à travers le filtre des comportements individuels, largement véhiculée comme on l'a vu par les corps médical et politique (*cf* chapitres 3 et 4), débute avant même le diagnostic. Ainsi, face aux premiers symptômes de la maladie (notamment l'essoufflement dans les cas des cancers broncho-pulmonaires), les comportements individuels ou l'âge sont bien souvent incriminés en premier lieu, freinant le sentiment même d'être malade. Le rapport de Santé publique France concernant les cas de mésothéliomes constate ainsi le rôle de la classe d'âge dans l'accès à la catégorie institutionnalisée, les déclarations de maladie professionnelle étant moins fréquentes avec l'avancée en âge⁴⁴⁴. Souvent, donc, ces malades, ouvriers retraités pour la plupart, fumeurs pour beaucoup, tardent à voir leur cancer diagnostiqué et leur origine professionnelle reconnue. Toutefois, de façon paradoxale, l'absence de « conduites à risque » (selon les termes de santé publique), peut également retarder le diagnostic (*cf* chapitre 4), certains médecins ne percevant pas l'urgence de scruter les poumons d'un patient qui ne fume pas. Ainsi, l'appréhension de la maladie par les comportements individuels combinée au manque d'information des salariés concernant les risques auxquels ils ont été exposés (point 2, C) contraint la lecture des symptômes puis de la maladie comme les conséquences d'expositions délétères sur le lieu de travail. En effet, une fois le cancer diagnostiqué, les comportements individuels dits « à risque » viennent freiner l'identification à la catégorie en contraignant la saisie des prises précédemment évoquées. Si les malades que j'ai rencontrés pour cette thèse ont, en très grande majorité, procédé à une déclaration (certains d'entre eux l'ayant déjà réalisée au préalable) suggérant

⁴⁴⁴ L'âge est toutefois lissé dans cette étude autour de trois classes : >65 ans, 65 – 75 ans, <75 ans.
Op.cit.

l'effet « ralentisseur » des comportements individuels, il est possible que, pour d'autres, ils aient définitivement clos l'accès à la catégorie de maladie professionnelle. Monsieur Duval, ouvrier retraité du tissage puis d'une centrale électrique, explique ainsi qu'il a prioritairement relié son cancer broncho-pulmonaire à son tabagisme : « *oh ben je n'ai pas cherché parce que comme j'étais fumeur, je me suis dit "c'est ça".* » C'est la consultation au CCPP, organisée dans le cadre du repérage systématique parmi les malades opérés au CHU, qui le mettra sur le chemin de la causalité professionnelle. Une étude psychosociale constate en ce sens que « dans le cas des cancer broncho-pulmonaires, les patients exposés professionnellement à des substances cancérogènes ont souvent fumé. Pour ces patients, l'attribution causale semble rarement envisagée comme externe » (Britel et al., p.576), mais plutôt comme la conséquence de leur tabagisme. Toutefois, l'explication avancée par les auteurs en termes de croyance en « un monde juste » (une action socialement perçue comme « bien » engendrant nécessairement des conséquences positives et inversement) paraît peu convaincante – réductrice *a minima*, omettant ce qui relève des rapports sociaux. La question de la bonne diffusion dans le corps social du lien scientifique causal entre la consommation tabagique et le cancer du poumon et la « méconnaissance des cancers professionnels », avancées comme explications annexes, paraissent quant à elles relativement plus en adéquation avec les résultats issus de mon terrain. Cette incorporation des normes de santé publique peut donc susciter une définition causale aisée et simplificatrice qui va consacrer la responsabilité individuelle, en même temps qu'elle va susciter l'incompréhension du malade qui s'y conforme. Par exemple, Monsieur O. va, au cours de sa consultation au CCPP, évoquer ses questionnements sur l'origine de son cancer broncho-pulmonaire alors même qu'il a « *toujours fait du sport* ». Ce type d'intégration des recommandations de santé publique, constatée sur d'autres terrains⁴⁴⁵, renforce le sentiment d'incompréhension face à la survenue de la maladie : dans ces conditions, c'est le corps qui trahit (souvent bien plus que les messages de santé publique).

Le cas de l'épouse de monsieur Marchal relève du même processus. Ce dernier s'est en effet vu diagnostiquer un syndrome myéloprolifératif alors même que ses habitudes quotidiennes étaient perçues comme conformes à un bon maintien en santé. Cette perception d'un « mode de vie

⁴⁴⁵ C'est également le cas, en effet, de certains des malades atteints d'une insuffisance cardiaque que j'ai rencontrés dans le cadre de mon mémoire de master 2, pour lesquels il apparaissait bien peu compréhensible que le cœur défaille alors même que les messages de santé publique sont respectés : ils prenaient ainsi conscience que cette forme d'ascétisme ne garantissait pas de manière infaillible le salut des corps.

sain » et d'un âge relativement jeune⁴⁴⁶ – trop jeune pour développer un cancer –, combinée à une absence d'antécédents familiaux, suscitent le questionnement étiologique :

« Si mon cas ne venait pas de ça, bon, j'avais 44 ans, je ne fume pas, je ne bois pas, enfin, pas plus que [...] et pas d'antécédents familiaux, donc je pense que, pour [son épouse], c'était une évidence, elle s'était mis l'objectif de le prouver et d'aller jusqu'au bout de la démarche. »

Monsieur Berger est, lui aussi, exploitant agricole et adhérent de l'association Phyto-victimes. Toujours en activité, il est reconnu travailleur handicapé du fait du lymphome que les médecins lui ont diagnostiqué en 2013. Son cheminement semble être le même que celui qui est développé par madame Marchal :

« Quand ça vous tombe dessus, ça fait drôle, parce que bon, je ne bois pas, je ne fume pas, et puis moi, tout de suite dans ma tête, pour moi c'était les pesticides, et à l'époque, ce n'était pas reconnu, on n'osait pas en parler, quand j'en ai parlé à l'hématologue des pesticides, elle m'a dit "ce n'est même pas la peine de se battre, ce n'est pas reconnu en maladie professionnelle" et puis je suis tombé sur Phyto-victimes. »

Le mécanisme qui sous-tend ces dernières situations se donne à lire en miroir des cas évoqués précédemment. Pour chacun, la maladie est prioritairement questionnée à travers les facteurs privés (comportements individuels, essentiellement de consommation tabagique et alcoolique ; âge ; antécédents familiaux⁴⁴⁷), au détriment des facteurs collectifs. C'est la nature de ces comportements privés qui va influencer sur la considération des facteurs collectifs : plus ceux-ci seront conformes aux préceptes de santé publique, plus l'étiologie professionnelle aura de chances d'être questionnée et admise. Précisons également que monsieur Berger ainsi que monsieur Marchal sont tous deux exploitants agricoles, propriétaires, donc, de leurs exploitations et non pas salariés : ainsi extraits d'une relation de subordination, ils sont relativement bien au fait des substances avec lesquelles ils ont été en contact⁴⁴⁸ – dans la limite de ce que les fabricants mentionnent sur les emballages. La privation d'information se joue donc à un autre niveau : celui de la relation commerciale, certains produits utilisés ayant contenus du

⁴⁴⁶ Selon les chiffres de l'INCa, l'âge moyen de prise en charge pour un cancer serait de 67 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes.

En ligne : https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-cancers-huit-chiffres-a-connaître_15490.html

⁴⁴⁷ Ces questions sont également les premières que le médecin pose en consultation de pathologies professionnelles avant d'entamer la reconstitution de la carrière du malade.

⁴⁴⁸ La nature du cancérigène est probablement également agissante ici. Le produit chimique possède une matérialité – par le fait des pictogrammes qu'il arbore ou tout simplement de son état liquide - qui le rend plus facilement saisissable qu'une fumée ou une poussière.

benzène, un toxique classé cancérigène avéré pour l'humain par le CIRC, fortement réglementé depuis 2001⁴⁴⁹, sans pour autant le signaler. C'est une analyse toxicologique, mobilisée dans le cadre des démarches judiciaires menées par madame Marchal, qui le révélera.

Afin de construire la catégorisation, les malades et leurs proches vont ainsi mobiliser des expériences, des savoirs médicaux ou des données techniques et administratives : la relecture de symptômes passés, l'appropriation des discours et des données médicales, les cas de cancers ou de décès précoces connus d'anciens collègues, le respect des critères de santé publique de « maintien en santé », nourrissent cette élaboration. Pour autant, ce processus de catégorisation comme la procédure de reconnaissance peuvent être contraints par les rapports sociaux de domination qui structurent cet espace de la réparation des atteintes du travail et induisent pour le malade des injonctions morales multiples.

2. Une procédure ancrée dans des rapports sociaux

A. Cantonner par la morale : rester un « bon salarié »

a. Des injonctions à penser d'abord le collectif

Dans l'espace de la réparation des atteintes du travail, le salarié est invité à être à la fois un « bon salarié », un « bon malade » et une « bonne victime ».

Être un « bon salarié » renvoie souvent ici à faire la preuve de sa qualité de « bon ouvrier », une étiquette conditionnée notamment à une priorisation du collectif sur ses propres intérêts. Ces injonctions s'expriment en creux dans l'accusation portée à celui qui prétend accéder à la catégorie de vouloir faire « couler l'entreprise ». En effet, on l'a vu, la sanction financière inhérente à la reconnaissance institutionnelle du cancer professionnel peut constituer une somme importante, certains acteurs vont alors mettre en avant la nécessité d'en amortir le coût, avec ses impacts possibles sur les autres salariés. Cette tentative de culpabilisation est relatée par exemple par monsieur Tardy, ouvrier retraité de l'usine de pneumatique locale aujourd'hui atteint d'un cancer broncho-pulmonaire. Il affirme s'être entendu répondre, alors qu'il informe

⁴⁴⁹ « Depuis 2001, le benzène et les préparations en renfermant plus de 0,1 % en poids ne doivent pas être mis à la disposition du public (usage contrôlé réservé aux professionnels) (Décret 2001-97, 2001). En milieu professionnel, il est interdit d'employer des dissolvants ou diluants renfermant plus de 0,1 % en poids de benzène sauf lorsqu'ils sont utilisés en vase clos (INRS, 2007) ». Aussi, son impact est tel qu'entre 5 et 18% des leucémies seraient dues à une exposition professionnelle au benzène.

En ligne : <http://www.cancer-environnement.fr/248-Benzene.ce.aspx>

son médecin généraliste de la déclaration en « maladie professionnelle » qu'il a entrepris de réaliser avec l'aide d'une association, que « *la maladie de l'amiante, c'est très bien, mais avec tous ces gens qui font des déclarations, ça peut couler des boîtes.* »⁴⁵⁰ L'ouvrier, ainsi investi de la responsabilité du devenir économique de son entreprise, est poussé à « rester à sa place », soit à se « sacrifier » pour le collectif, une posture solidariste qui fait appel à l'imaginaire des ouvriers faisant corps – Stéphane Beaud et Michel Pialoux évoquent en ce sens « la force du nombre », les « gros bataillons ouvriers » (Beau et Pialoux, 2012 [1999], p.8). Au-delà du collectif ouvrier cependant, ce sont peut-être les intérêts d'une société entière qui sont perçus comme étant en jeu : comme on l'a vu dans le chapitre 5, les intérêts des entreprises sont parfois définis en intérêts collectifs, conformément à une doctrine libérale.

Dénoncer un risque et demander la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie relèverait donc d'une forme de trahison envers ses pairs. Dans le secteur agricole, Coline Salaris constate que, pour les exploitants concernés par des pathologies potentiellement liées à l'usage de pesticides, les divulguer et en revendiquer le caractère professionnel reviendrait à mettre en cause le paradigme dominant au sein de leur profession – soit « l'utilisation systématique, abondante et banalisée des produits phytosanitaires » (Salaris, 2014⁴⁵¹). La démarche de reconnaissance s'assimilerait ainsi à un « acte de trahison vis-à-vis des intérêts de la profession » (*ibid.*). Dès lors, les travailleurs du régime agricole, face au « tabou » des pesticides, peuvent choisir de taire leur maladie plutôt que de subir l'isolement professionnel (Salaris, 2014 ; Jouzel et Prete, 2014).

Déclarer une maladie professionnelle peut donc, pour le travailleur toujours actif, avoir d'importantes répercussions sur son lieu de travail. Monsieur Périssé, qui demande à retravailler après une longue maladie, se heurte à l'hostilité de son employeur. Il raconte ainsi leur entrevue :

« Ben déjà : “on ne comptait pas te voir de si tôt” [...] “qu'est-ce que tu veux ?” j'ai dit “je veux travailler vu le salaire que je me fais, j'ai plus que 70% du salaire, vous voyez bien” et puis j'ai encore un gosse à charge quand même... aah et puis il n'a rien voulu savoir. Et puis, ce qui me reste en travers de la gorge : “t'as fait un dossier de MP ?” ben je lui dis “oui”, c'est ça qui ne lui a pas plu, voilà. »

⁴⁵⁰ Monsieur Tardy réagissait alors aux propos tenus par monsieur Teyer, le président du petit groupement local de l'ANDEVA, qui évoquait le « cancer de l'amiante » récemment reconnu chez un cadre de leur usine commune : « *ce monsieur-là il était contremaître et c'était quelqu'un qui a évolué dans l'usine, il est rentré comme ouvrier et quand les MP ont commencées chez Michelin, qu'on a monté l'association, il a dit qu'on allait faire couler l'usine* ».

⁴⁵¹ En ligne : <https://journals.openedition.org/nrt/1480>

En bons termes avec sa hiérarchie avant la déclaration, il postule le rôle de cette dernière dans la mise à distance qu'il a subie. L'entreprise a par ailleurs entrepris de contester la maladie professionnelle en choisissant de responsabiliser bien plutôt leur salarié :

« Ben y'avait le chef du personnel, et puis y'avait un mec sécurité aussi, ben pareil, le mec sécurité, il était dans la poche du chef du personnel hein ? [...] j'ai même des gros soupçons que c'est l'ancien chef du personnel de chez nous, qui est en retraite, qui a fait la lettre [à la CRAM].

- Parce que vous n'étiez pas en bons termes avec lui ?

- Si ! Oh bah si, justement ! Je lui livrais du bois, je lui sciais du bois, tout ! Et ils m'ont enfoncé, tous ! Oui, oui, directeur administratif, pareil ! Je l'ai vu encore, y'a 15 jours, l'autre il a fait semblant de ne pas me voir ! Non, non, c'est pour ça, moi je n'accepte pas, non, non. Mon vieux, si j'étais bien avec, justement ! Mais comme ils ont réagi là, oh non. »

De la même façon, monsieur Canet (cf chapitre 8) décrit à la fois un médecin du travail culpabilisant et un manque de soutien généralisé, sur son lieu de travail, dans l'amorce de ses démarches judiciaires. Monsieur Teyer, quant à lui, fait part d'un avant et d'un après la déclaration de ses plaques pleurales, changement amer qui a motivé l'investissement de l'espace judiciaire par une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur.

Dans cet espace, les salariés sont donc investis d'une double responsabilité morale vis-à-vis de leur santé et de leur employeur. La responsabilité légale de l'employeur tend alors à s'effacer derrière une opportune responsabilisation morale du travailleur. Cependant, ce sont parfois aussi ces réactions hostiles face à un comportement présenté comme inadapté et individualiste, qui vont susciter la volonté, pour les salariés, de se saisir de ces dispositifs afin de sanctionner, avec les outils dont ils disposent, l'employeur et son entreprise (cf point C).

Certaines associations vont toutefois se positionner dans la continuité de cette appréhension libérale. Pour elles, enclencher des démarches contre un employeur comporterait un coût social et économique ; dès lors, l'investissement de l'espace judiciaire confère une responsabilité collective aux structures associatives et syndicales incitées à développer une posture de « clémence ». C'est ce qu'explique monsieur D., bénévole au sein du gros groupement local de l'ANDEVA :

« Voilà, donc parmi ces objectifs-là aussi, le fait de faire des FIE contre des petites entreprises, notre but ce n'est pas de la couler parce que ça a un coût pour l'entreprise, donc quand on a des gens qui ont travaillé dans un garage, on ne va pas attaquer un garage en particulier, on va dire "il a travaillé dans plusieurs garages, on ne sait pas lequel l'a contaminé" donc ça part dans la caisse commune mais ça ne coule pas la boîte. »

De la même façon, au cours d'une permanence médicale, un bénévole de Loire Atlantique avance la plus grande précarité des dossiers de malades qui ont travaillé chez un artisan, les enjoignant à ne pas contester d'éventuelles décisions défavorables au malade : dans ces cas-là, en effet, l'artisan est présumé ne pas avoir été informé des risques qu'il faisait encourir à son salarié. La contestation, dans cette configuration, relèverait d'une mauvaise opération juridique, les avocats se faisant « démolir » lorsqu'ils présentent ce type de dossier devant un tribunal. Les petites entreprises suscitent ainsi des arbitrages spécifiques, mêlant, pour l'association, des considérations économiques, une rationalité juridique, et une interrogation relative à la responsabilité de l'employeur, conditionnée à la connaissance du risque. Cette situation fait par ailleurs écho au sentiment de proximité que peuvent développer les salariés employés au sein d'entreprises familiales (*cf* point b).

Certaines associations, ainsi, vont parfois tenter de « bricoler » pour préserver les intérêts des uns et des autres, déplaçant ainsi le curseur de la domination et des capacités d'agir : le petit employeur peut, lui aussi, être un dominé.

b. L'intégration d'un sentiment de dette

Tout proche de cette injonction à penser d'abord le collectif, certains malades ont intégré un sentiment de dette envers leur employeur, actuel ou passé. Celui-ci est en effet perçu comme leur ayant donné la chance de travailler et de percevoir un salaire. Le patron est ainsi un pourvoyeur d'emplois, mettant en exergue une représentation spécifique des rapports de production héritée du paternalisme industriel. Monsieur Teyer, président du petit groupement local de l'ANDEVA, en rend compte ainsi : « *Y'en a qui ne veulent pas déclarer parce que le patron les a nourri* », ce que d'autres associations ont également déploré. Lui-même, alors qu'il évoque le parcours de monsieur Durand, clôt avant d'investir l'espace judiciaire, s'exprime en ces termes : « *Monsieur il n'a pas engagé d'action contre l'employeur, contre la maison* », usant ainsi d'un lexique évocateur. Ce sentiment est parfois si profondément intégré qu'il resurgit alors même que l'on se sait avoir été exposé à un cancérigène, et que l'on a saisi la catégorie. Ainsi, monsieur Gazeau, s'il donne à voir une rancœur tenace contre son ancienne hiérarchie et une amertume teintée de fierté lorsqu'ils évoquent ses conditions de travail difficiles, avoue avoir connu des difficultés à « mettre en cause sa boîte » parce qu'il se sentait coupable.

Côté médical, alors qu'il évoque différents facteurs explicatifs de la sous-déclaration, le Pr Prioux cite d'abord ce rapport de « redevabilité » :

« Nous, en consultations, on pêche un certain nombre de motifs qui sont "oh bah je ne veux pas attaquer l'entreprise dans laquelle j'ai travaillé pendant 30 ans" ou "ça ne sert à rien, de toute façon je suis déjà en ALD, je suis pris à 100 %" ou "je n'ai pas besoin d'argent", "je veux pas d'argent", "c'est compliqué, j'ai pas envie de m'embêter", enfin bon, y'a plein de raisons pour lesquelles ils ne déclarent pas. »

Cette tendance à vouloir préserver l'employeur de toute forme de sanction est par ailleurs amplifiée par certains contextes : celui des petites entreprises, où le rapport à l'employeur est plus aisément un rapport de proximité⁴⁵², ou pour les travailleurs migrants, qui peuvent se considérer comme non-légitimes, et donc d'autant plus chanceux d'avoir été embauchés.

Madame Ferrand est venue consulter au CCPP à la suite d'une hémopathie diagnostiquée en 2009 et dont le caractère professionnel a suscité l'interrogation de son hématologue. Elle a travaillé toute sa carrière au sein d'une même entreprise de stérilisation d'appareils médicaux. De petite taille, elle y décrit de très bonnes relations professionnelles, y compris avec la hiérarchie, une « familiarité » qui vient contraindre l'imputation d'une responsabilité :

« J'étais dans une boîte qui était très bien, une boîte familiale, et puis après ça a été vendu par des Allemands donc c'était moins personnel donc on prend des distances mais j'ai travaillé 30 ans avec le père et le fils où c'était vraiment une affaire de famille donc... je ne regrette rien du tout, et puis, comme je vous dis, ils n'y sont pour rien. »

De son côté, monsieur Santini, immigré italien, est arrivé en France à sa majorité. Employé dans le bâtiment pendant vingt-sept ans, il passera le reste de sa carrière (quinze ans) dans une entreprise sous-traitante de la plate-forme chimique qui borde le gros groupement local de l'ANDEVA dont il est adhérent. S'il cumule ces deux situations – parcours de migration et proximité avec l'employeur – c'est la seconde qui paraît expliquer prioritairement sa réticence à investir les démarches, ici en faute inexcusable de l'employeur. Il affirme ainsi que, puisqu'ils étaient une « quarantaine de personnes » seulement dans l'entreprise, son patron « c'était un

⁴⁵² Un autre type de frein est également agissant dans les petites et très petites entreprises. En effet, la représentation salariale et l'organisation collective y est particulièrement complexe : « Au fil du temps la catégorie des TPE s'est donc caractérisée de plus en plus par ce qui lui faisait défaut en termes de dispositifs de démocratie sociale, à mesure que le législateur et les acteurs sociaux continuaient d'en faire un espace dénué de contre-pouvoirs internes. Les TPE constituent ainsi l'un des exemples les plus purs de relations asymétriques entre l'employeur et les salariés. » (Rey, 2014, p.37)

copain ». Le bénévole présent, monsieur D., commente : « *Pour le ramener au tribunal ce n'était pas évident.* »

Source d'une autre forme de proximité, le rapport à l'employeur est également parfois vécu, pour les malades les plus âgés, sur le registre du paternalisme. Monsieur Clarizo est d'origine sicilienne, il est arrivé en France en 1958, à sa majorité. Ayant réalisé l'ensemble de sa carrière⁴⁵³ au sein d'une grande entreprise de l'acier (Monsieur Clarizo était électromécanicien), il a connu les derniers temps d'une forme de direction paternaliste de l'entreprise avant de céder la place à une « société impersonnelle », dont les patrons sont eux-mêmes salariés et, pour lui, parfaitement invisibles. Monsieur Clarizo décrit un attachement relativement fort à celui qui était son premier patron :

« C'était un patron, c'était lui le patron, il avait son château, son chauffeur, son taxi, il avait sa femme de ménage [...] mais tous les matins il passait et il venait nous serrer la main, il nous disait bonjour, c'était vraiment un patron, comme il y avait avant [...] si on avait besoin d'un logement, d'une aide, d'un prêt, de quoi que ce soit, il était là, c'est lui qui se débrouillait. Moi j'ai construit ma maison [...] il m'a dit "ne prends pas de comptable, le comptable de l'usine fera tes dossiers" [...] quand il a pris sa retraite, qu'il est parti, il avait plus de 80 ans, il a dit "j'arrête", il a vendu à X, c'était quand même de la famille. Donc on est passés société et là on a eu un changement. [...] On a perdu beaucoup d'avantages [...] les actionnaires, faut que ça rentre, le patron, lui, il en avait toujours assez. C'est vrai, déjà il n'est pas dans le besoin, plus tout ce que ça lui rapportait, il était tout seul à encaisser si je peux m'exprimer comme ça. »

Les « petits avantages » octroyés par ce patron – suffisamment riche, à ses yeux, pour se les autoriser – et la relation de proximité qui s'est nouée décuplent le sentiment de redevabilité : au niveau macro de la domination salariale et du rapport social de classes s'ajoute le niveau plus micro des relations interindividuelles qui, s'il ne lisse ou ne masque pas les positions de chacun, participe à en façonner le vécu. De cette façon, monsieur Clarizo décrit une démarche qui aurait probablement été plus contenue si son patron était resté le même :

« Je ne crois pas que j'aurais été aussi loin. Bon, pour la sécu, peut-être, pour être reconnu malade, mais jamais je n'aurais parlé de faute inexcusable, je n'aurais pas essayé d'intervenir non plus parce qu'il était tellement gentil avec nous, il faut aussi être un peu... lui c'était un père de famille. Pour nous, c'était un père de famille. »

⁴⁵³ A l'exception de trois ans, de 1958 à 1961, pendant lesquels monsieur Clarizo a travaillé dans une menuiserie.

Le rapport à l'employeur, mêlant ici paternalisme industriel, rapports sociaux d'âge et relations interpersonnelles favorisées par un statut d'électromécanicien (au nombre de trois seulement, ils sont responsables de la bonne marche de l'usine – et de la production – et plus facilement identifiables que la « masse impersonnelle des ouvriers »), peut contraindre la volonté de catégorisation institutionnelle pour le risque de sanction qu'elle fait peser sur le patron, envers lequel on se sent redevable.

Pour ceux qui entrent malgré tout dans une procédure de reconnaissance, il s'agira peut-être ainsi de « militer sans accusation », selon l'expression utilisée par Janine Barbot et Emmanuelle Fillion pour les victimes du sang contaminé et de l'hormone de croissance (Barbot et Fillion, 2007). Certaines d'entre elles, en effet, auraient initialement « tenté d'intégrer [le drame] dans leur forme d'engagement initiale » comme un « aléa du progrès thérapeutique » avant d'être portées par le scandale naissant (*ibid.*, p.221). De la même façon, certaines victimes du travail ont pu intégrer, dans un premier temps, la maladie comme un aléa des exigences productives.

c. Derrière les résistances à investir la procédure, les contours d'une catégorie ouvrière ?

Le « fatalisme du subordonné »

Certains malades semblent également investir une forme de fatalisme. Pour eux, ces démarches, par ailleurs perçues comme chronophages et complexes, seraient perdues d'avance. Cette résignation naît – entre autres – d'une conceptualisation de soi comme membre d'une frange de la population soumise aux injustices, soit du sentiment de faire partie, pour utiliser les termes de Janine Barbot et de Nicolas Dodier, des « petits », destinés à perdre face aux « nantis » (*cf* chapitre suivant). C'est le recours à l'association qui, en ouvrant les conditions de sa réalisation, va permettre d'investir la procédure et d'éviter de « céder »⁴⁵⁴ face à la hiérarchie – et ce alors même qu'il s'agit souvent d'une association de « petits » : la mobilisation collective et l'expertise constituée reconfigure, dans une certaine mesure, les rapports sociaux.

⁴⁵⁴ Ce terme est consciemment utilisé en référence aux travaux de Nicole-Claude Mathieu concernant les rapports sociaux de sexe et ce qu'elle conceptualise comme une oppression – plutôt qu'une domination – des femmes. Il s'agissait ainsi pour elle de s'opposer à la notion de consentement sous-jacente aux conceptualisations classiques de la domination. Elle évoque bien plutôt le rôle des moyens de pression matériels – la possibilité de représailles – et la constitution d'une mystification dans la reproduction des rapports de pouvoir.

La crainte du chantage à l'emploi

Comme nous l'avons vu, le rapport de force dans lequel sont pris les salariés leur est défavorable. Leur statut de subordonné freine les vellétés de catégorisation institutionnelle : coûteuse pour l'entreprise, celle-ci pourrait susciter des réprimandes de la part des supérieurs. Monsieur Santini, par exemple, raconte le cas d'un ancien collègue sous-traitant, qui, au cours d'une réunion du gros groupement local de l'ANDEVA, a refusé de figurer sur la photographie prise par un journaliste afin de se prémunir de sanctions. De même que « la menace au licenciement, parfois associée à la menace du dépôt de bilan de l'entreprise, permet d'obtenir des ouvriers et de l'encadrement un surcroît de travail et de performance, voire de sacrifice, au nom de la nécessité de donner chacun et collectivement un coup de collier » (Dejours, 1998)⁴⁵⁵ elle peut ici contenir les vellétés de reconnaissance du caractère professionnel de l'atteinte dont l'ouvrier est victime. Ainsi, monsieur R., ouvrier retraité de la plate-forme chimique mosellane, exprime la menace qui pesait sur lui en tant qu'ouvrier : « *t'es pas content, tu pars, y'en a dix qui attendent devant la porte !* », rappelant l'armée industrielle de réserve marxienne « formée par l'*infima plebs* des surnuméraires », solide outil de contrôle des prétentions ouvrières (Marx, 1867, p.280). Cette peur de potentielles représailles, qui peut se jouer pour le malade toujours en emploi lui-même, ou pour ses enfants (ou autres membres familiaux), en poste dans la même entreprise, se cristallise ainsi autour d'un enjeu fondamental : celui du maintien en emploi.

L'exposition au risque, un moindre mal

L'emploi est toujours pensé avec son pendant : le chômage. Aussi, quand bien même il serait peu chéri, son absence effraie. Unique source de revenus, source de valorisation sociale et d'intégration (Castel, 1995), se situer en-dehors, c'est risquer la pauvreté et la disqualification (Paugam, 2009 [1991]). C'est ce qu'exprime monsieur Agnelli, ouvrier à la retraite :

« Y'a personne qui l'aime le travail. Y'en a qui aiment les sous, mais pas le travail [...] il y en a beaucoup qui ne veulent pas travailler... moi je vois des jeunes, mais des jeunes qui ont les bras, ils sont costauds mais ils sont au chômage, ils se mettent au chômage parce qu'ils ont du chômage ça marche cinq, six mois et puis après il n'y a plus rien, moi je n'ai jamais arrêté un jour, ja-mais ! Moi j'ai travaillé 27 ans, c'est 27 ans. »

⁴⁵⁵ Stéphane Beaud et Michel Pialoux évoquent également cette « épée de Damoclès suspendue sur la tête des salariés les moins diplômés » (Beaud et Pialoux, 1999, éd.2012, p.8)

L'assiduité au travail, tout comme le travail de force, sont sources de fierté, une appréhension classique dans le corps ouvrier. Il s'agit en outre ici de la description d'un temps révolu, un passéisme mobilisé également pour évoquer le marché de l'emploi, présenté comme incomparablement plus favorable « à l'époque ». Dans les discours, des assertions de type « *au moins, on avait du boulot* » sont ainsi récurrentes. La préservation de la santé est, dès lors, reléguée derrière l'impératif de se maintenir en emploi. Persévérer dans une activité professionnelle, malgré des risques parfois connus, relève du choix contraint. C'est ce qu'exprime madame A., dont le mari est décédé en quelques mois d'un cancer broncho-pulmonaire. Si, pour elle, c'est sa dernière activité, au contact du goudron, qui l'a particulièrement exposé à des agents nocifs, sa carrière s'est déroulée au sein de secteurs multi-exposants à des substances cancérigènes (tissage, aciéries, BTP). C'est donc de ce dernier qu'elle parle ici :

« Comme il dit “quand on a du travail, ben voilà, c'est bien, arrêter là pour retrouver quand, où, comment ?” voilà, donc il dit “quand on a un travail, on le garde”, voilà, c'est ce qu'il disait. [...] il disait “je travaille dans ce métier mais c'est respirer que de la saleté hein” mais bon, il disait toujours “on a un travail”, c'était le truc primordial quoi, le travail, et la santé on la voyait après. »

L'impératif de se situer en emploi, obligation à la fois matérielle et morale, instaure une mise en balance avec le risque défavorable à la préservation de la santé des travailleurs et au développement d'une force revendicative allant en ce sens⁴⁵⁶. En écho, la perception du maintien en emploi comme « faveur et privilège » (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012), traduction d'une nouvelle affiliation à la catégorie des « *in* »⁴⁵⁷, participe de cette occultation du risque au profit de l'activité. Pour autant, les malades concernés étant régulièrement retraités, il s'agit d'un processus de relecture du passé à l'aune du présent, soit de la transposition d'un contexte économique et social présent à un contexte professionnel passé.

Cette place dans les rapports sociaux soutient donc une forme de vulnérabilité collective qui vient cultiver redevabilité, crainte et fatalisme, soit autant de freins à l'enclenchement d'un

⁴⁵⁶ Pour Me Girard, la problématique du chômage aurait entravé les processus de reconnaissance : lorsque les effets délétères de l'amiante ont commencé à être publiquement connus, les syndicats auraient avant tout cherché à préserver l'emploi, au détriment du danger sanitaire dans une sorte de « vision court-termiste néfaste » – problème qui se poserait de la même façon aujourd'hui avec les pesticides ou les perturbateurs endocriniens.

⁴⁵⁷ Stéphane Beaud et Michel Pialoux évoquent en effet un nouveau découpage du monde social en termes d'inclus et d'exclus, les ouvriers en emploi se trouvant placés dans la première catégorie, celle des « *in* ». Cette nouvelle modalité de lecture des problèmes sociaux participerait ainsi à expliquer la relégation de la question ouvrière. (Beaud et Pialoux, 2012 [1999]).

processus de catégorisation. Toutefois, c'est parfois dans cette condition professionnellement et socialement dominée que certains vont trouver un levier à l'action.

L'accès à la catégorie de maladie professionnelle et à ses prolongements judiciaires comme forme de résistance ?

La condition d'ouvrier, combinée à une injonction sociale à être pourvoyeur de ressources dans la sphère familiale, peut devenir un levier à l'action, notamment pour passer au-delà des réticences à intégrer l'espace judiciaire. Monsieur Santini explique ainsi : « *Je savais ce que lui gagnait et moi ce que je gagnais comme ouvrier [...] je dis "écoute, lui il est dans une bonne situation, et c'est un peu grâce à nous aussi."* » La situation économique confortable de son employeur permet de contenir un sentiment de culpabilité. Aussi, en évoquant le rôle des ouvriers dans les gains que l'employeur perçoit, monsieur Santini tend à inverser le sens de la dette. Monsieur R., de la même façon, dessine les contours d'une catégorie ouvrière qui repose sur un statut commun d'exécutants :

« Dans les années 95 ça a commencé à pourrir, la mentalité. Pas les ouvriers, la hiérarchie. Ah ouais [...] l'ingénieur il venait, il venait le matin avec sa machine à calculer lui, et puis pouf, devant le tableau de contrôle, tac-tac-tac, il ne disait pas bonjour aux gens, alors celui-là il était aussi, vite remballé, je m'en fous [rires] y'a pas de gants à prendre avec ces gens-là hein, c'est tout. Même si, les études, et alors ? Le boulot, c'est nous qui le faisons, c'est pas eux ! »

Pour autant, cette appréhension est fragile et révèle une posture en tension, frôlant parfois l'ambivalence, avec un sentiment de devoir persistant envers l'entreprise. Monsieur Santini ajuste ainsi son discours : « *Il ne faut pas trop buter contre l'entreprise, parce que l'entreprise, elle doit quand même travailler, elle a des ouvriers, elle fait vivre des gens. Alors, c'est un peu délicat quand même* », reprenant ainsi le discours libéral déjà évoqué.

Face à l'annonce d'un cancer qui serait hérité du travail et la possibilité de le faire reconnaître comme tel, la posture fataliste et la peur des représailles (qui n'est pas uniquement subjective mais aussi matérielle, dessinant un contexte oppressif) exprimés par certains malades suggèrent la conscience de ce qui se joue en termes de rapports de force face à l'employeur et, de façon générale, à l'institution. En revanche, le sentiment de redevabilité entretenu par beaucoup donne bien plutôt à voir une appropriation des représentations dominantes, soit d'un système représentationnel justificatoire d'une domination capitaliste : l'entreprise est créatrice d'emplois, elle prime sur les intérêts du travailleur qui résideraient, avant tout, dans le fait de « gagner leur vie » pour eux-mêmes et pour leur famille. Le rapport à la catégorie se

comprend donc en regard, notamment, d'un système de domination qui s'impose aux travailleurs majoritairement ouvriers.

B. Garder ses distances avec l'indemnisation : être une « bonne victime »

a. « On a l'impression qu'on est des mendiants »

Sémantique de l'indemnisation

En ouvrant sur une indemnisation, la démarche de reconnaissance individuelle est parfois perçue comme se réalisant au détriment du collectif pour certains, ou comme vénale, quasi impure, pour les autres. Elle entrerait donc en dissonance à la fois avec une tradition de mutualisation ouvrière et une certaine morale chrétienne, caractérisée par un rapport spécifique à l'argent. Monsieur Sotto, ancien mineur et syndicaliste CFDT particulièrement actif dans l'aide aux victimes du travail, l'exprime ainsi : « *Et donc, parce que c'est une action individuelle, pour les communistes, c'est une action petit bourgeois qui cherche des sous, il faut se battre sur le reste, etc., et pour les chrétiens, c'est mal vu aussi.* » Ainsi, pour être légitime, le malade ne doit pas être trop revendicateur. Cette figure de la « bonne victime » est une figure passive (cf chapitres 5 et 6). Carole Gayet-Viaud et Anne et de Labrusse, qui ont étudié les parcours de reconnaissance de victimes d'accidents du travail et de maladie professionnelle soutenues par la FNATH, le résumant ainsi : « tout se passe comme si le fait d'agir pour faire valoir ses droits entraine en tension logique avec la perception morale de ce que c'est que d'être une victime, l'innocence requise s'arrimant à une absolue passivité. » (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012, p.135). C'est pourquoi ils sont nombreux à rappeler que les démarches d'accès à la catégorie et aux dispositifs complémentaires ne relèvent pas de leur propre initiative mais d'une sollicitation extérieure, souvent médicale. Ils affirment ainsi leur passivité tout en suggérant un processus de collectivisation des corps.

En tant qu'ouvrier, toutefois, la revendication individuelle et la revendication collective ne se valent pas : si la première est dévalorisée par « les communistes », comme le souligne monsieur Sotto, la seconde paraît mieux considérée. Dès lors, la revendication, inadaptée sous toutes ses formes au statut de « bonne victime », peut être souhaitable, lorsqu'elle est collective, pour devenir « un bon ouvrier » aux yeux des acteurs militants. Le « bon ouvrier », dans cette frange militante, est un travailleur qui a conscience des intérêts de sa classe et qui est prêt à soutenir l'action collective en ce sens.

Des risques de stigmatisation

Les malades qui entrent dans une démarche de reconnaissance sont nombreux à décrire des pratiques de stigmatisation et des accusations de démarche vénale, voire de fraude. Dans ce contexte de la réparation des maux du travail, l'argent potentiellement recevable peut être investi d'une signification spécifique (Zelizer, 2005). Pour les veuves, parfois, recevoir une indemnisation reviendrait à « monnayer » la mort de leur mari (Marchand, 2018) – une forme d'intégration, aussi, des pressions morales qui peuvent s'exercer sur elles. Carole Gayet-Viaud et Anne de Labrusse évoquent ainsi, chez les malades, un fort souci de justification et d'affirmation de leur légitimité à avoir bénéficié d'une indemnisation (cf chapitre précédent). Pour les auteures, ces pratiques mettent en lumière un arrière-plan de suspicion, cristallisé en une phrase unique : « *on dirait qu'on est des voleurs* » (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012, p.134). Ce « trouble moral » incite donc à la retenue et à la prudence, souvent mêlées de fatalisme.

Les démarches d'accès à cette catégorie institutionnalisée font en effet régulièrement l'objet d'une appréciation négative, suscitant, comme on l'a vu, des accusations de vénalité ou de malhonnêteté. Monsieur Teyer, président du petit groupement local de l'ANDEVA, le déplore :

« Aujourd'hui, quand on parle de malades qui sont dans des dossiers d'indemnisation, on a l'impression qu'on est des mendiants, c'est vrai que [...] des fois dans la même entreprise des personnes qui ne sont pas touchées, elles ne comprennent pas que leur collègue qui est touché fasse une demande d'indemnisation, alors [...] est-ce que c'est de la jalousie[...] je parle de jalousie quand c'est des p'tites maladies hein. »

Monsieur J., ouvrier pendant trente-six ans au sein de la même usine, relate une expérience de ce type d'accusations. Ici, elles sont formulées par un collègue :

« Ben un jour on m'a dit "t'as été touché par l'amiante, il ne faut pas que tu te plains, t'as touché des sous". On me l'a dit. "Ne te plains pas, t'as touché des sous". "Ben oui, j'ai peut-être touché des sous mais je te donne mes sous et tu prends ma place". Il s'est retourné il est parti. »

Il précisera toutefois que cette accusation concernait le versement d'une indemnité consécutive à la reconnaissance d'un préjudice d'anxiété, et non de la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Il se trouve cependant que son cancer va être diagnostiqué au même moment :

*« Monsieur J. : Ben c'est quand même quelqu'un qui travaillait à l'usine.
- Madame J. : C'est quand t'avais eu les 10 000€ de l'anxiété. Il est tombé malade à ce moment-là.
- Monsieur J. : On a touché 9 000€ pour l'anxiété, tous.
- Madame J. : C'est à ce moment-là qu'on a découvert ta maladie.
- Monsieur J. : Voilà, et il m'a dit "bah te plains pas, t'as touché 9 000€", je lui dis "tu sais, les 9 000€, je te les donne, pis tu prends mon cancer" parce que je dis "avec*

9 000€, j'ai tout juste assez pour me faire enterrer"... Il n'est pas revenu. Parce que dès l'instant qu'on touche de l'argent, on n'a plus à se plaindre. »

La maladie, ainsi, s'efface derrière l'indemnisation qui contraint l'empathie. L'argent délégitime la reconnaissance sociale de la souffrance et scinde le collectif de collègues.

Parfois occultée, la souffrance peut également être décrite comme « trop visible » et manipulateur. Au cours du procès pour préjudice d'anxiété qui l'oppose aux mineurs de Moselle, Daniel Cadoux, le liquidateur des HBL et ex-PDG de Charbonnages de France, s'exprime ainsi :

« Les gens qui sont derrière moi, ils ne vont pas mourir plus vite que le reste de la population⁴⁵⁸, et ils nous disent qu'il faut les indemniser. On recherche l'émotion, liée à la mort et à leur métier de mineur⁴⁵⁹, mais c'est une imposture. » (Rachel Noel, France Bleu, 23.03.16)

La souffrance et l'imaginaire associé à une profession emblématique seraient instrumentalisées par les mineurs et leurs soutiens afin d'accéder à un statut illégitime de victime, la rhétorique du *pathos* étant ainsi mobilisée de façon à la fois stratégique et douteuse. Précisons toutefois que, dans ces deux exemples, il s'agit de critiques formulées dans un contexte de démarches réalisées dans l'espace judiciaire afin de faire reconnaître un préjudice d'anxiété – et non un cancer du travail – un dispositif qui va, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, jusqu'à partager les associations elles-mêmes.

Les critères de la « bonne victime », incompatibles avec les critères du « bon malade » ?

Les malades atteints d'un cancer n'en restent pas moins soumis aux mêmes appréciations culpabilisantes visant à désigner les « victimes douteuses »⁴⁶⁰. Madame Adamiak, par exemple, a travaillé en tant que caissière. Atteinte d'un cancer bronchopulmonaire, un poumon lui a été retiré. C'est dans ce cadre que le CCPP la contacte afin d'effectuer un diagnostic étiologique.

⁴⁵⁸ Dans une interview pour France Inter, Daniel Cadoux ira jusqu'à affirmer l'espérance de vie plus importante dont bénéficieraient les mineurs – et ce alors même que Charbonnage de France recevrait 1000 demandes de MP par an.

En ligne : <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/interception-15-octobre-2017>
<https://fresques.ina.fr/memoires-de-mines/fiche-media/Mineur00164/la-silicose-maladie-professionnelle-du-mineur.html>

⁴⁵⁹ Un métier que Jean-Louis Tornatore, alors qu'il questionne « l'invention de la Lorraine industrielle », qualifie de « hautement héroïsé et fortement corporatif » (Tornatore, 2005, p.679).

⁴⁶⁰ L'expression est empruntée à Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu. La « victime douteuse » renvoie à la victime « exposée au soupçon de présenter des attentes de reconnaissance et de réparation indues », soit celle qui ne bénéficie pas, ou pas encore, du statut de « victime attestée ». (Lefranc et Mathieu, 2009, p.15).

La consultation la conduit, alors, à interroger le rôle de son environnement de travail dans le déclenchement de sa maladie. Elle évoque ainsi ce qu'elle suppose être de l'amiante présente à nu dans les plafonds du centre commercial au sein duquel elle était employée. L'exposition apparaissant ici relativement peu évidente en regard d'une figure plus classique du malade d'un cancer du travail (elle-même déjà délégitimée), madame Adamiak décrit une réaction hostile de ses médecins :

« En fait on m'a fait comprendre partout que si j'avais demandé ça c'est parce que je pensais toucher de l'argent. D'abord je ne savais pas qu'on pouvait toucher de l'argent, je ne savais pas que j'avais un problème de cancer qui pouvait venir de l'amiante, y'a qu'après quand on m'a dit "ben voilà, vous avez travaillé où ?" j'ai travaillé pendant 16 ans, au CHV à Châlons-en-Champagne, c'était dans les sous-sols, et les plafonds n'étaient absolument pas protégés [...] on était vraiment à même les tuyaux du dessus qui étaient emballés évidemment dans l'amiante, et à nu, donc moi le matin je faisais la poussière de ma caisse... »

Amorcer les démarches conduisant à la catégorie de maladie professionnelle suscite chez elle une forme de conflit entre ce droit qu'on lui présente comme potentiellement accessible, le regard social qui lui est associé et les valeurs qu'elle revendique. Elle se défend alors avec véhémence contre un statut dans lequel le repérage systématique pratiqué par le CCPP l'a placée sans qu'elle en exprime l'intention :

« Donc je veux bien faire de mon côté des efforts comme le font beaucoup de malades mais c'est vrai qu'au bout d'un moment on est découragé, donc c'est vrai qu'après, on vous met sous le nez "tiens, si tu te plains, tu touches tout ça", oh non je n'en veux pas, c'est diabolique comme réaction ! Je ne sais pas, moi je n'ai rien demandé, mais rien, je vous montrerai les papiers que j'ai reçu, du docteur, enfin du service du docteur Prioux et du docteur Harol, je n'ai rien demandé. »

Madame Adamiak est ici au centre d'assignations conflictuelles qui provoquent un fort tiraillement. Femme, de milieu modeste, et malade, elle est triplement invitée à « rester à sa place ». Pour autant, et sans que ne cessent ces injonctions, un médecin l'incite à se penser en malade du travail et, potentiellement, à en demander la reconnaissance, générant une situation, selon le terme qu'elle emploie, « diabolique ». D'un côté donc, l'injonction faite au malade de « faire des efforts », de prendre sur soi, d'être combatif et de « garder bon moral » pour faciliter la guérison (notamment : Carricaburu et Ménoret, 2004) ; de l'autre, ce qu'elle perçoit comme une contrepartie à l'investissement du registre de la plainte et dont la revendication susciterait, dans le même temps, méfiance et stigmatisation. L'accès à la catégorie, dès lors, serait conditionnée à l'expression d'une plainte qui entrerait en dissonance avec les attentes médicales – et sociales – associées au statut de malade : pour être un « bon malade », il s'agit d'être battant et observant (soit respecter l'autorité médicale tout en se prenant en charge,

suscitant d'ores et déjà une certaine tension – Fainzang, 2005). Accéder à la reconnaissance de l'origine professionnelle du cancer se joue donc au prix du statut de « mauvais malade ». Parfois, cependant, lorsque c'est le médecin qui incite à la déclaration, le « bon malade » devient précisément celui qui investit les démarches d'accès à la catégorie. De cette façon, le patient se montre observant tout en répondant potentiellement à une perspective politique ou de recherche portée par son médecin.

« Bien » hiérarchiser les priorités

On retrouve, ici, l'idée d'une hiérarchisation peu morale des priorités (*cf* chapitre précédent, point B) et les accusations sous-jacentes de vénalité (*cf* chapitre 4). Ces appréciations récurrentes de la démarche de reconnaissance des atteintes du travail est, par ailleurs, commune à bien d'autres dans le secteur de l'aide sociale. Le cas de madame Adamiak, en effet, fait écho à la littérature qui traite du non-recours au droit, et notamment du non-recours « choisi » (la « non-demande »)⁴⁶¹. Il est parfois décrit, en effet, comme étant motivé par la mise à distance d'une étiquette dévalorisante : Pierre Mazet évoque « le refus de ce que l'offre fait de son bénéficiaire », l'aide proposée pouvant susciter un sentiment de stigmatisation et/ou « une incompatibilité de normes » (Mazet, 2010⁴⁶²).

L'exposition de monsieur Canet, pourtant plus évidente en regard de la figure classique du malade du travail, fait l'objet d'une même stigmatisation par son médecin du travail. Ce dernier paraît mettre en œuvre une forme de culpabilisation plus qu'il ne nie l'effectivité du caractère professionnel de sa maladie (*cf* chapitre 8) : des considérations morales collectives priment parfois sur la légitimité de la catégorisation.

Ainsi, le malade reconnu comme étant un « malade du travail » est, de manière récurrente, confronté à un regard social négatif : il devient, avec l'indemnisation sur laquelle ouvre l'accès à la catégorie, un « mendiant » voire un « voleur », soit un individu de moindre moralité, une

⁴⁶¹ Anne Marchand précise ainsi qu'il existe trois voies menant au cantonnement en périphérie du droit : « 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). » (Marchand, 2018, p.15) Cette précision rappelle la nécessité de complexifier le regard porté sur le recours au droit : la perspective indemnitaire et l'information ne sont pas des éléments explicatifs suffisants.

⁴⁶² En ligne : <https://laviedesidees.fr/La-non-demande-de-droits-pretons-l.html> .

qualification aisée pour des individus souvent déjà socialement dominés. La catégorie, dès lors, peut s'en trouver fragilisée.

b. Face au risque de stigmatisation, défendre sa légitimité

La définition d'une démarche intéressée, répandue dans l'espace de la réparation des maux du travail, peut parfois être le fait des malades eux-mêmes. Monsieur Durand, retraité, successivement ouvrier (chaudronnier – soudeur – monteur dans une entreprise vosgienne) puis fonctionnaire, s'exprime ainsi : « *Ah ben y'en a qui veulent toucher...* », appuyé par son épouse : « *Nous on n'a jamais rien dit nous.* » Monsieur Duval, ouvrier dans une centrale électrique et atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, développe une posture similaire, qui rappelle les tensions qui se jouent entre la « bonne victime » et le « bon malade » : « *Moi j'ai dit "vous voyez, je ne suis pas là pour les primes moi, moi je suis là pour me soigner" parce que c'est vrai que vous avez des gens, ils essaient de profiter.* » Derrière ce qui apparaît comme une stratégie de disqualification des « moins méritants » et d'identification de « profiteurs », il s'agit aussi, face au risque de stigmatisation, de se relégitimer soi. Certains malades définissent dès lors en négatif une posture de « bon demandeur », revendicateur dans la juste mesure, et peu compatible avec le devoir de guérison qui incombe au malade. Parfois même, ce processus de disqualification devient moteur de la déclaration : c'est l'écart entre une démarche présentée comme lourde et difficile pour des victimes pourtant méritantes et une démarche à moindre coût, aboutie favorablement pour des victimes qui le seraient moins, qui suscite un sentiment d'injustice et la volonté de la compenser. Monsieur Berger exprime ainsi ce conflit de légitimité :

« Je me suis battu parce que je me suis rendu compte qu'on a mis des gens en maladie professionnelle dues à l'amiante, des gens qui travaillaient dans des bureaux [...] alors ça m'a un p'tit peu révolté, quand on voit que nous, on était quand même en contact des pesticides et qu'on avait du mal à reconnaître, parce qu'au niveau de la médecine du travail, il fallait quand même se battre, parce que les médecins, c'est pas facile ».

Dans un contexte de légitimité précaire, le groupe des malades s'avère, dès lors, peu solide, contraignant les injonctions à l'investissement du collectif formulées par les plus militants. Aussi, les identifications se refont au contact du risque et de la maladie : certains évoquent le groupe des travailleurs manuels, qui engageraient pleinement leur corps dans le travail, d'autres le collectif d'entreprise (*cf* point suivant).

C. Des inégalités de ressources

a. Des risques mal connus

Une lecture sensorielle des risques

Pour le salarié, l'identification des risques cancérigènes auxquels il peut, ou a pu être exposé, est particulièrement ardue. Or, sans elle, la construction du « cancer du travail » est contrainte : c'est l'identification des risques qui construit le lien de causalité. La connaissance du travail de l'ouvrier est une « connaissance par corps » : le geste, l'odeur⁴⁶³, le bruit, la sensation de chaleur, d'étouffer, d'être « pris au piège »⁴⁶⁴, ou la poussière qui oscille entre le visible et l'invisible, qui salit les corps, parsèment les discours. Cette poussière, parfois révélée, parfois masquée, matérialise le risque. Elle est au cœur de cet échange entre monsieur Teyer et monsieur Durand :

*« Monsieur Durand : Oh non, on ne savait pas. Après, quand on m'a expliqué ce que c'était, bah ça ne m'a pas étonné, on voyait toujours plein de poussières qui volaient.
- Monsieur Teyer : Quand y'a le soleil d'ailleurs on voit des fibres.
- Monsieur Durand : Ben ça faisait que ça, nous c'était que ça chez [X]. On ne savait pas. Ils ne nous ont jamais rien dit, hein.
- Monsieur Teyer : Mais bon, ce n'est pas spécial à [X], chez [Y] on ne savait pas non plus [...] on n'avait pas d'informations, on n'avait pas de moyens de protection, on n'avait rien [...]
- Monsieur Durand : ah oui nous, notre atelier, c'était que ça, je vous dis, quand il y avait du soleil, "mais qu'est-ce que c'est que toute la saleté là ?" On n'a jamais pensé que c'était de l'amiante. »*

De la même façon, ces échanges avec monsieur Silva et ses proches illustrent à la fois le processus d'incorporation des substances dangereuses⁴⁶⁵ par leur ingestion au cours des repas, et une appréciation du risque, en l'absence de connaissances sur les produits utilisés, liée essentiellement aux ressentis thermiques et à la vue du feu :

*« J. (belle-fille) : Mais elle était où l'amiante, elle était dans les murs, elle était dans quoi ?
- Monsieur Silva : Elle était partout...
- Madame Silva : Elle est partout, dans le fer, dans le plomb, dans tout – c'est une usine de fer. C'est ça hein Jean ? [Monsieur Silva : Hm] c'est une usine de fer, tout*

⁴⁶³ L'historien Alain Corbin nous le rappelle, l'odeur comme support à la perception des risques est chose ancienne. Elle sera notamment au cœur de la première considération légale pour « l'inconfort » provoquée par l'activité de fabrication, en 1810. (Corbin, 1983)

⁴⁶⁴ En consultation, monsieur F, atteint d'une leucémie et toujours en emploi dans une aciérie, dira : « *Même avec le masque on crevait, on toussait, on était pris comme des rats là-dedans, on était comme des rats. [...]* » .

⁴⁶⁵ Thierry Pillon réalise un constat similaire : « C'est un fait remarquable de ces témoignages que de décrire en détail l'incorporation des substances manipulées, des matières travaillées, des vapeurs en suspension. » (Pillon, 2014, p.100) - le cas notamment, des poussières d'amiante.

ce que tu touches, et puis après ils vont manger, ils se mettent les mains au visage. [...]

- Et vous n'avez jamais eu l'impression d'être exposé à des risques quand vous travailliez à l'époque ?

- Monsieur Silva : Oh non, mais moi ni les autres hein [...] Non, au feu. C'est tout. Parce que le feu, bon bah...

- Madame Silva : Il avait ses maillots troués.

- Monsieur Silva : On était contraints de... tous les jours, un peu comme le pompier, quand il y a le feu, il faut qu'il y aille, ben nous c'est pareil.

- Madame Silva : Et pis y'avait beaucoup d'accidents, des gens qui tombés comme ça, dans des...

- Monsieur Silva, en même temps : La chaleur, ouais, la chaleur.

- Madame Silva : La chaleur et puis y'a un gars qui est tombé d'un pont, non ?

- Monsieur Silva : Ah non, il est mort sur le pont, c'était un ami à moi [...] ah ça, des accidents, j'en ai vu hein ! [...] y'en avait un, une fois, coupé en deux, ah oui ! Ah, des accidents, j'en ai vu pas mal ouais mais c'est tous des accidents graves hein, tous des morts. »

Monsieur Silva dépeint toutefois ici un environnement de travail délétère dont l'appréciation se comprend avant tout en regard d'un risque accidentel et immédiat, une visibilité supérieure qui participe à expliquer la considération première, au niveau réglementaire, pour les accidents du travail (cf chapitre 3).

L'épaisse couche de poussière noire qui recouvre les corps est également mentionnée de manière récurrente. Monsieur Canet l'évoque ainsi, la référence à cette œuvre emblématique paraissant marquer une identification – labile – à la condition ouvrière, prise dans une tension avec l'appréciation d'une tromperie individuelle (point 4, A) : « *T'as déjà vu le film *Germinal*⁴⁶⁶ ? [...] Ils mettent 20 minutes à se laver, c'est le temps qu'il faut pour me laver parce que, quand il fait chaud comme ça, moi je ressort, toutes les muqueuses, t'as tout le noir qui ressort. »*

Les données sensorielles sont à la base de la catégorisation du risque potentiel. Dès lors, si la contrainte est invisible, elle peut néanmoins orienter les usages du corps (Mohammed-Brahim, 2009). Toutefois, cette appréhension débouche également sur un décalage entre la gêne ressentie et le facteur réellement cancérogène. Le « véritable » cancérogène, en effet, est souvent parfaitement imperceptible (Thébaud-Mony, 2006).

⁴⁶⁶ Précisons que l'un des personnages de cette œuvre, Vincent Maheu, est atteint d'une silicose, une affection pulmonaire classique des expositions professionnelles.

Des données techniques non maîtrisées : une dépossession ?

Les produits utilisés, la composition des pièces mécaniques, la nature des fumées respirées, ne sont quant à eux pas connus, ou très peu : les ouvriers sont privés de ces données techniques. Pour monsieur Lombard, le lieu de travail s'assimile à un lieu de privation d'informations : « *Oh non, on ne vous dit rien là-bas. Oh non, non, autrement ça aurait été interdit, surtout qu'on travaillait pour le Bourget.* » Au-delà de ce manque d'informations, pour certains, c'est la connaissance même d'une substance et de son caractère pathogène qui peut faire défaut. Madame M., bénévole au sein du « groupement sécessionniste », raconte : « *J'ai eu une petite dame, donc une mamie forcément, qui était venue avec son fils, qui est partie en sanglots en me disant "mon mari est décédé de l'amiante, je ne sais même pas ce que c'est que l'amiante, je n'avais jamais entendu parler de ce truc-là avant"*. » Cette expérience témoigne des difficultés que les travailleurs exposés à des cancérogènes ou leurs ayants-droit peuvent connaître pour établir un lien entre leur cancer et leur carrière professionnelle, un défaut de capital culturel qui vient alimenter des inégalités déjà prégnantes. Cependant, la méconnaissance du risque n'est pas une variable suffisante pour expliquer le maintien de l'activité en contexte dangereux. Laurent Vogel⁴⁶⁷, par exemple, souligne le fort tabagisme persistant chez les infirmières qui, pourtant, sont bien placées pour en connaître les effets délétères. La démarche des individus, au travail comme ailleurs, ne relève pas d'une rationalité mathématique et anticipable (cf chapitre 2, point 3, A). Il s'agit, dès lors, de penser le rôle des conditions de travail, soit d'aborder le risque par l'organisation et non uniquement par l'individu invité à être responsable de sa protection.

De même, la connaissance des agents délétères auxquels le salarié a pu être exposé dans son activité professionnelle ne le conduit pas automatiquement, au moment du diagnostic de cancer, à lier ces deux éléments. Ainsi, monsieur Brochard, a participé, avec son syndicat, à tout un processus de mesure des fibres d'amiante dans les bâtiments de l'entreprise de transport routier au sein de laquelle il travaillait. Pour autant, ce sont des recherches personnelles, après une lourde phase de traitement pour un adénocarcinome bronchique, qui le mettent sur la voie de l'amiante. Sa consultation au centre de pathologies professionnelles lui en apporte la

⁴⁶⁷ Laurent Vogel, « Les stratégies de prévention et de reconnaissance des cancers professionnels en Europe », *Congrès Santé dans le monde du travail – Cancers et travail en Suisse : mythe ou réalité ?*, Lausanne, 15 juin 2018.

confirmation et le praticien qu'il y rencontre alors l'incite à réaliser les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle. À cette occasion, en effet, il apprend que « *la tumeur correspondait bien au truc de l'amiante de la sécu* » : c'est finalement à travers la découverte du potentiel de « *déclarabilité* » de son cancer que sa connaissance du risque va véritablement faire écho. La catégorisation est dès lors permise, ouvrant l'éventualité de sa concrétisation par une procédure institutionnelle. La déclaration n'est toutefois pas immédiate : reconnu en invalidité, il bénéficie déjà d'une rente. Dès lors, malgré l'appropriation d'une définition de sa maladie en « cancer de l'amiante », accéder à la catégorie institutionnalisée lui paraît complexe et potentiellement défavorable⁴⁶⁸ (point 3, A, c).

Enfin, les soupçons face au risque ont également pu être contenus par des pratiques de pression mises en œuvre par la hiérarchie. Ainsi, lorsque les risques de l'amiante ont commencés à être médiatisés, selon monsieur Gazeau, « *tout le monde en parlait au vestiaire* » mais pas dans les bureaux des chefs. Ayant choisi de s'adresser à la hiérarchie, il en regrette les conséquences : « *c'était des bâtons dans les roues, des reproches, toujours en train d'emmerder, harcèlement psychologique quoi.* » Face à ces formes de représailles, et en l'absence d'un collectif qui ferait levier⁴⁶⁹, le risque est appris à être tu.

Parallèlement à la méconnaissance et à la mise sous silence des risques, les droits auxquels peuvent prétendre ces malades restent également mal saisis.

b. La méconnaissance de ses droits

Souvent, les malades ne sont pas bien au fait de leurs droits. La catégorie institutionnelle « maladie professionnelle » elle-même n'est pas systématiquement connue, ou fait l'objet d'une appréhension partielle. Les modalités de financement sur lesquelles elle repose, ainsi, ne le sont pas plus. Cette méconnaissance semble pouvoir s'expliquer par un manque de ressources sociales, culturelles et temporelles, soit une condition sociale défavorisée. Monsieur Lambert,

⁴⁶⁸ Il exprime ainsi à quel point la saisie de la catégorie par l'appréciation du risque délétère peut être détachée de la procédure en regard de considérations matérielles : « *Disons que j'ai été quand même secoué sur le truc, et puis après j'ai un peu recherché et puis je savais pas ce que je voulais faire parce que je sais que la reconnaissance sur la maladie professionnelle, enfin pour l'amiante c'est pas évident du tout, j'avais vu pas mal de gens qui se sont battus là-dessus et comme j'avais une rente d'invalidité, je disais "bon ben j'ai ça, si je vais voir ailleurs, est-ce que ça va pas tout me faire sauter ?" [...] et puis bon, comme je savais que je pouvais refuser après la sécu suivant ce qu'ils me donnaient [...] j'ai dit "bon bah allez, on se lance". Mais bon, je n'y croyais pas !* »

⁴⁶⁹ Il dépeint, en ce sens, un CHSCT parfaitement inefficace, l'un des élus l'ayant invité, avec l'un de ses collègues, à cesser de faire courir le bruit d'une présence d'amiante dans certains locaux.

président du « groupement sécessionniste », souligne ainsi la situation particulièrement précaire des travailleurs migrants (cf chapitre précédent) : « là je suis en train de créer une association à Belfort, où y'a énormément de dossiers puisqu'on a P. où ils étaient 20 000 salariés, beaucoup d'immigrés, qui ne connaissent pas leurs droits donc y'a toute une information à faire auprès des familles. » Monsieur Mangin, bénévole à l'ADDEVA⁴⁴ souligne de son côté que, les travailleurs des petites entreprises notamment (« mécaniciens et chauffagistes par exemple »), « ce ne sont pas des gens qui prennent le temps de savoir qu'ils ont des droits »⁴⁷⁰. Cette question des temporalités se prolonge avec la dissonance que peut susciter l'indemnisation pour une maladie du travail alors même qu'on se situe en-dehors de la sphère professionnelle. Monsieur Canet l'explique ainsi :

« Moi [mon cancer] je l'ai eu de bonne heure quoi. Beaucoup l'ont alors qu'ils sont en retraite. Donc ils se font opérer, ils peuvent finir avec une poche [...] ou morts, mais y'a pas de suites parce que les gens sont mal informés, ils pensent que comme ils sont en retraite, ils ne peuvent plus faire une demande de MP. »

C'est, en effet, ce que monsieur Figeac a prioritairement pensé. Menuisier dans une usine, ouvrier du bâtiment, puis ouvrier d'entretien dans un collège, il est atteint d'un cancer des sinus que son chirurgien encourage à déclarer, du fait d'expositions notables aux poussières de bois : « Ben vous savez, moi j'avais dit au médecin "à mon âge, j'ai 67 ans, alors maladie professionnelle..." il me dit "non non ça n'a pas d'importance [...] y'en a qui ont 75 ans qui le font pareil" et voilà. »⁴⁷¹

Ainsi, si une situation défavorisée rend plus vulnérable aux maux du travail, elle éloigne aussi d'autant plus de la catégorie. L'intervention du médecin ou des associations – d'un tiers qui tiendra le rôle de déclencheur – paraît de cette façon indispensable.

c. Des temporalités contraignantes

Les malades se trouvent dans un temps de vie spécifique qui enferme dans le présent immédiat (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012) et qui suscite une hiérarchisation des priorités. Parvenir à faire reconnaître leur cancer en affection professionnelle apparaît comme une démarche longue,

⁴⁷⁰ Cette appréhension, qui repose à la fois sur un statut professionnel et des conditions d'existence, rappelle combien la conscientisation de ses droits comme forme de réflexivité échappe à certains groupes sociaux.

⁴⁷¹ Monsieur Figeac est venu en consultation au CCPP. Si les médecins ont effectivement constaté une exposition aux poussières de bois, lorsque je prends contact avec lui, ses démarches sont embrouillées, prises dans ce problème récurrent du double régime. Je l'encourage alors à reprendre contact avec le CCPP, mais n'ai pas eu connaissance des éventuels démêlés ultérieurs.

coûteuse en temps, en argent, voire en capacités cognitives, un investissement qui ne semble dès lors pas prioritaire. Pour les médecins, comme pour les malades, il s'agit de donner priorité au soin. Monsieur Duval, qui se trouve en début de parcours de reconnaissance (après consultation au CCPP, sa déclaration de maladie professionnelle vient d'être renvoyée à la Sécurité sociale), donne priorité à la guérison, ou, a minima, à la survie : « *moi je 'ai qu'une chose dans ma tête, c'est que le diabète descende. Moins de piqûres et puis que mon cancer, puisque je ne peux pas appeler ça autrement, eh ben ma foi, soit stationnaire [...] pouvoir respirer encore, aller au fond du jardin.* » Madame A., dont le mari est décédé d'un cancer bronchopulmonaire, fait part quant à elle de ses difficultés à évoquer le sujet devant son mari malade : « *Moi, personnellement, je ne voulais pas ennuyer mon mari toujours avec ça parce que je dis "lui, ça doit tourner aussi."* » Évoquer la potentialité d'accéder à la catégorie de « cancer professionnel » et la procédure que cela nécessite revient à évoquer la maladie et son éventuelle issue funeste ; dès lors, la pudeur suscitée par la souffrance du proche contraint les démarches. L'accompagnement du proche malade, aussi, s'avère parfois peu compatible avec l'investissement dans la procédure et ses suites judiciaires. C'est le cas de monsieur Masson, par exemple, qui a laissé en suspens le travail de récolte de témoignages qu'il avait engagé en vue d'un recours en FIE afin de rester à son chevet : « *pendant plusieurs mois j'ai été obligé de lâcher un petit peu, je n'osais plus trop partir longtemps.* » Madame Da Costa, dont le mari est décédé d'une tumeur cérébrale, raconte quant à elle que « *quand la maladie est là [...] on fait abstraction de ça, moi la première puisque moi, mon but, c'était de sauver mon mari, ce n'était pas de me battre.* » Le cancer de monsieur Da Costa est diagnostiqué en 2008, alors même que son collègue se voit poser un diagnostic de leucémie. Tous deux décéderont trois ans plus tard, à un mois d'intervalle. Monsieur Da Costa avait engagé des démarches de son vivant, qui butaient déjà sur la problématique du « hors tableaux ». Mises de côté avec l'aggravation de la maladie, c'est « *quand les choses se sont un peu calmées, un an après [le décès]* », en 2012, que sa veuve décide de poursuivre les démarches entreprises. En 2018, la catégorisation institutionnelle n'est toujours pas acquise. En effet, la désignation problématique du régime en charge de l'indemnisation (monsieur Da Costa a travaillé successivement dans le régime privé et dans le régime public) s'ajoute à la nécessité d'attester du lien direct entre cette forme cancéreuse et les expositions professionnelles subies par monsieur Da Costa, une obligation pour les maladies non référencées dans les tableaux de la Sécurité sociale (cf chapitre 4). Au temps prioritaire du soin peut donc succéder le temps prioritaire du deuil, les parcours étant ainsi scandés par la maladie et ses conséquences.

La disparition du malade, si elle suscite un temps « d'accusation du choc » semblable à celui que peut provoquer la maladie, contraint également, avec la disparition des mémoires, la reconstitution des conditions de travail (ce que les associations d'anciens travailleurs cherchent à pallier en produisant des témoignages, comme nous l'avons vu dans le chapitre 5). Madame Da Costa l'exprime ainsi : « *C'était des sources, [...] ils savaient des choses que nous on ne savait pas, parce qu'ils travaillaient dedans donc eux, ils auraient pu sortir des choses avec le nom des chefs et tout ça, nous il a fallu qu'on recherche tout ça [...]* ». Elle poursuit en expliquant qu'elle aurait pu rester ignorante de données centrales concernant l'activité de son défunt mari sans l'aide apportée par l'un de ses anciens collègues :

« Ce chef-là était formidable, il a fait une attestation comme quoi les produits dont ils se servaient, ils ne les achetaient pas comme vous les achetez chez un fournisseur, ils achetaient ce qu'il fallait et ils fabriquaient le mélange pour contrôler les pièces, c'était de la fraude ! Vous vous rendez compte ? Et ce monsieur-là, il a été exemplaire de nous faire une attestation en disant que c'était lui, le chimiste, qui fabriquait les produits, alors à des dosages, bien sûr, à l'œil quoi. »

Les bricolages qui participent à faire le « travail réel »⁴⁷² et les arrangements parfois pratiqués par les entreprises avec la réglementation (Thébaud-Mony, 2007) ne laissent souvent pas de traces matérielles, les travailleurs en restant alors les seuls porteurs (cf chapitre 5).

Ainsi, les temporalités dans lesquelles s'inscrit la catégorisation peut également en contraindre le processus.

3. Accéder à la catégorie institutionnalisée : sens et effets

Janine Barbot, Myriam Winance et Isabelle Parizot, présentent, dans le cadre d'une étude portant sur la demande de réparation des dommages consécutifs à l'activité de soins, une typologie des registres associés à la mobilisation du dispositif national conçu pour l'indemnisation des accidents médicaux (Barbot, Winance et Parizot, 2015). Si le contexte qu'elles étudient est bien différent de celui d'un « cancer du travail » (latence, construction du lien de causalité, acteurs mis en cause, contexte d'antagonisme social⁴⁷³, etc.), cette typologie

⁴⁷² Pour Yves Schwartz, le travail réel correspond au « travail qui a été fait réellement par une personne dans un lieu particulier » par opposition au travail prescrit, « pensé théoriquement à l'avance » (Schwartz, 2003, p.26). Ainsi, le travail réel renvoie ici à l'ensemble des tâches effectuées – qui peuvent sortir des seules tâches spécifiques à une fiche de poste – ainsi qu'aux libertés prises dans la réalisation de l'activité vis-à-vis des recommandations de mise en œuvre.

En ligne : <http://actal.aract.fr/portal/pls/portal/docs/5240413/12808379.PDF>

⁴⁷³ Ce qui ne signifie pas l'absence de tout rapport social : le rapport médecin/malade en est un.

éclaire certaines des motivations formulées sur mon terrain. Elles évoquent ainsi en premier lieu la demande de compensation financière. Il s'agit, dans une démarche comptable, de dresser une liste des dépenses associées au préjudice afin d'être rétabli dans ses pertes financières. C'est, nous le verrons, la posture adoptée par monsieur et madame Clément, dans l'attente de « rentrer dans leurs frais ». Parfois aussi, la demande est plus pressante, elle renvoie à une aide d'urgence face un quotidien bouleversé – c'est moins le cas ici du fait de la nature du préjudice considéré. Cette posture, lorsqu'elle s'accompagne de la désignation d'un responsable, glisse vers la demande de sanction : l'indemnisation doit, dès lors, être à la charge de celui qui est désigné comme responsable, à la mesure de ce que la victime a souffert (une justification que les auteurs qualifient de « vindicative », p.97). Toutefois, au-delà d'une seule recherche de réparation inter-individuelle (un responsable face à une victime), la justification prend parfois aussi une dimension « altruiste », plus militante, la plainte se présentant comme un outil de prévention. Pour les auteures, la demande de sanction peut associer plusieurs de ces justifications. C'est ce que donne à voir l'étude des « motivations » associatives évoquées dans le chapitre précédent, qui oscillent entre la réparation individuelle (« ce sont des victimes qui souffrent ») et l'incitation, pour l'entreprise, à prêter plus attention aux conditions de travail. En écho, ce registre collectif se retrouve parfois également chez les malades, mais jamais de façon exclusive. Ainsi, « l'indemnisation par exemple, tout autant qu'un moyen de “compenser” les conséquences d'un dommage, peut être présentée par les plaignants comme un moyen de “faire payer” un coupable, au sens propre comme au figuré ; son montant est alors perçu comme devant être calculé à la hauteur de la faute commise. » (p.100-101). Toutefois, la « demande de sanction » telle que présentée dans cet article correspondrait, plutôt qu'aux démarches effectuées auprès de la Sécurité sociale dans le cadre d'une MP, à un recours à la faute inexcusable de l'employeur – en-dehors peut-être, des malades ou des ayants-droit les plus jeunes qui investissent différemment cette procédure, nous le verrons. Enfin, le dernier type de demande a trait à une réhabilitation de soi, de son intégrité et de son estime, ou de celle d'un proche, par la reconnaissance des souffrances vécues. C'est ce que nous constaterons par exemple chez monsieur Durand ou encore chez les malades ou les ayants-droit les plus jeunes, chez qui elle se combine à une posture revendicative. Ces différentes lectures, toutefois, peuvent évoluer avec la procédure et la confrontation au dispositif, c'est ce que nous évoquerons également. Précisons en ce sens que les justifications apportées au recours au(x) dispositif(s) et à l'indemnisation perçue interviennent parfois après coup, les donnant à voir à un instant T : celles-ci ne correspondent pas forcément à ce qu'elles étaient au moment initial de recours au dispositif.

Cette typologie présentée, il s'agit d'évoquer ce qu'elle ne recoupe pas. Sur le terrain de la réparation des maux du travail, les malades sont relativement nombreux à solliciter les dispositifs (MP, FIVA, FIE), par suite des encouragements formulés par des médecins, des proches ou des associations, sans autre objectif que celui de recourir à un droit, légitimé par les incitations de tiers. D'autres encore conçoivent la démarche comme une simple procédure administrative, souvent le fait des épouses, et assimilable aux autres régimes de prise en charge proposés par la Sécurité sociale. L'idée même d'une réparation est ici invalidée tant la catégorie paraît « lâche ». Le contexte spécifique – l'arrière-plan du contexte professionnel – est également à considérer, le sentiment d'avoir été un travailleur investi agissant en support à la définition de l'anormalité de la maladie et, par conséquent, à la légitimation de l'indemnisation. La nature de l'atteinte considérée, de même, introduit des spécificités. Le caractère multifactoriel du cancer suscite « un enjeu de causalités » : conséquence d'une sensibilité génétique héréditaire⁴⁷⁴, de comportements individuels délétères ou d'expositions « environnementales », le recours à la MP permettrait d'officialiser une causalité sans incidences sur le collectif familial déjà éprouvé par la maladie et/ou le décès. Ce sont ces motivations exprimées à accéder à la catégorie et les sens dont elle est investie qui seront développés dans cette partie.

A. La « neutralité » du droit

a. Une légitimité légale

Dans certains cas, l'existence même du droit suffit à le légitimer. Les démarches, alors, ne sont pas associées à un discours revendicatif mais bien plutôt à une posture passive d'acceptation – et ce quand bien même le lien de causalité soit abordé par le médecin comme très probable ou bien plus incertain. Monsieur Agnelli et madame Adamiak sont tous deux venus consulter au CCPP. Le premier a passé sa carrière dans la sidérurgie et s'exprime ainsi : « *Si on me donne quelque chose, c'est que les lois existent, sinon y'a personne qui vous donne quelque chose.* » Monsieur Genet, adhérent du petit groupement local de l'ANDEVA, aborde la catégorie de manière similaire : « *Ben j'attends à ce que j'ai droit dans ce cas-là parce que je me suis renseigné, comme le maire de la ville c'est mon cousin, il m'a dit "prends ce que t'as droit et puis c'est tout, y'a pas de raisons."* » C'est donc la dimension institutionnelle de la catégorie

⁴⁷⁴ L'attention individuelle portée à cette causalité est sans doute à mettre en perspective de la diffusion de la médecine génomique.

qui la justifie. De fait, la catégorie existe souvent en tant que construction légale bien plutôt qu'en tant que catégorie de référence identitaire ou militante. Ainsi, elle ne suscite pas, *a priori*, de vellétés combattives : monsieur Figeac résume de cette façon sa réaction en cas de refus d'une prise en charge de sa maladie au titre de la maladie professionnelle par la Sécurité sociale : « *Je ne vais pas aller pleurer non plus* », bornant strictement son périmètre d'action. Ainsi, la demande qui sortirait du cadre administratif est assimilée à un « pleur » illégitime, montrant le pouvoir de légitimation du droit et de catégories administratives dont nous avons pourtant évoqué l'arbitraire social.

L'accès à la catégorie « cancer professionnel » fait rarement l'objet d'une lutte. Pour autant, s'ils sont largement minoritaires parmi mes enquêtés.e.s, les « jeunes » ayants-droit (ou époux.ses) se distinguent par leur grande combativité. Ainsi, madame Marchal, madame Da Costa et monsieur Masson ont pu mener un travail d'enquête minutieux dans l'objectif, pas toujours atteint, de garantir la catégorisation et ses suites. Leur engagement est parfois tel qu'il s'attire la critique des bénévoles. Monsieur Masson, par exemple, est décrit par des bénévoles du petit groupement local de l'ANDEVA comme excessivement revendicateur, trop « prêt à tout », sollicitant de lui-même l'investissement de l'espace judiciaire et une médiatisation de son histoire – le décès de son épouse d'un mésothéliome, à 57 ans (*cf* chapitre 5) : le périmètre de l'action légitime est concentré, par l'association, sur les cadres administratif et réglementaire dans lesquels la réparation des maux du travail a été cantonnée, révélant les enjeux liés à l'organisation d'une parole publique sur cette question, et à sa monopolisation par certaines associations (*cf* la question des procès intentés au pénal dans le cadre de l'affaire de l'amiante, chapitre précédent).

Si madame Marchal a « œuvré » dès le diagnostic du cancer de son mari, madame Da Costa et monsieur Masson se sont inscrits dans la continuité des démarches initiées du vivant de leur conjoint.e décédé.e avec une volonté d'aboutissement alimentée par le deuil. Ici, l'anormalité perçue de l'âge au moment du diagnostic et/ou du décès (qui fait du cancer – et d'autant plus du cancer « mortel » - une pathologie voire un risque du sujet âgé) soutient le sentiment d'injustice et la revendication. Elle refaçonne également le cadre sémantique de la situation : il s'agit d'évoquer un préjudice voire des responsabilités pénales. Monsieur Masson a ainsi évoqué son souhait d'attaquer l'ancien employeur de son épouse pour homicide au motif de sa

conscience du danger auquel il exposait son épouse et ses collègues⁴⁷⁵. Cependant, le droit reconnaît précisément ce fait dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur alors même qu'il n'engage que des responsabilités civiles. Le registre investi par ces proches est ainsi plutôt de type vindicatif, renvoyant à la fois à une demande de sanction et de réhabilitation.

La catégorisation devient dès lors un véritable enjeu symbolique, mais sur un plan individuel ou pour un collectif réduit, le collectif familial, participant à brouiller les frontières entre le professionnel et le domestique.

b. L'expression banale d'une « culture de la paperasse »

Une démarche administrative classique

La procédure de catégorisation par la caisse, souvent conçue comme une unique démarche administrative suscite, selon les expériences passées et les ressources dont le malade dispose, une crainte ou une banalisation. Anne Marchand relate en ce sens la confusion dans laquelle se trouvent les salariés :

« 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). » (Marchand, 2018, p.26-27).

La catégorie est ainsi abordée par le prisme de l'État social : remplir un questionnaire renvoie à demander une aide, répondant ainsi à leur appréhension en tant qu'« assurés sociaux » par les acteurs de la caisse (cf chapitre 5). Dans certains cas, cette dimension conflictuelle est donc identifiée tardivement, avec la confrontation aux différents dispositifs de réparation, tandis qu'elle restera, pour d'autres, définitivement silencieuse.

⁴⁷⁵ Monsieur Masson déplore ainsi jusqu'à l'euphémisme que représenterait, pour lui, le qualificatif « involontaire » : « À partir du moment où on a toutes les informations, même [homicide] involontaire j'ai presque un peu de mal. On a au départ toutes les informations, en sachant qu'on met en danger son personnel, à partir de quand c'est involontaire ? Parce que là... je me fais aucune illusion là-dessus mais sérieusement, à partir de quand, quand on sait tout, quand on vous dit tout, quand on vous donne des résultats qui sont alarmants... quand on expose quinze années de plus son personnel à l'amiante, même si c'était uniquement des outillages et non pas des produits finis... ».

Pour madame A., dont le mari est décédé d'un cancer broncho-pulmonaire présumé en lien avec ses activités professionnelles par un médecin du CCPP, cette démarche n'est ni plus ni moins que l'une des nombreuses procédures qui lui incombent du fait du décès de son mari :

« Quand mon mari est décédé, j'ai pris D. le truc funéraire et c'est eux qui m'ont recommandé le monsieur-là parce que c'est vrai qu'ils disent que dans ces cas-là, les personnes sont en difficulté pour beaucoup de papiers qu'il ne faut pas oublier, à envoyer partout, donc [...] j'ai dit "dans les quarts d'heure-là, on ne pense pas, on oublie" donc il est venu et c'est lui qui a fait toutes les démarches auprès des caisses et tout, donc je l'ai là quand j'ai besoin des papiers ou au cas où, à remplir, je fais appel à lui et puis comme ça ce n'est pas oublié. »

Le deuil, dès lors, représente un temps de « foisonnement administratif » qui paraît noyer la procédure de reconnaissance du cancer professionnel dans un ensemble confus de démarches. Madame Ackermann et madame Zeckler dépeignent de la même façon des méandres administratifs dans lesquels elles se débattent difficilement. C'est ainsi que la première a délégué la procédure auprès du FIVA⁴⁷⁶ à un ancien collègue de son mari, délégué syndical, parallèlement aidée par une assistante sociale, tandis que la seconde est largement soutenue, dans ses démarches de MP, par une association (cf chapitre 8). Ainsi, si l'idée d'un « cancer du travail » fait sens – toutes conçoivent bien que leurs maris aient pu être exposés à des produits dangereux, bien que ce ne soit pas là la dimension centrale de leurs discours – la procédure est déconnectée de ce travail de définition, et la maladie, pourtant admise comme probablement liée au travail, non constitué en préjudice.

Une démarche souvent prise en charge par les femmes : le rôle des épouses

En outre, ces démarches sont souvent déléguées aux épouses des travailleurs exposés. Pour Laurent, bénévole au sein de l'ADDEVA de Loire Atlantique, « dans 90% des cas, c'est la femme [qui s'occupe des démarches]. Manque de bol, la plupart du temps [quand elle s'adresse à une association] elle tombe entre deux hommes. » Comme on l'a vu, les bénévoles des associations de victimes du travail, recrutés sur les mêmes sites industriels que les victimes, et parfois eux-mêmes victimes, sont très généralement des hommes ouvriers. Paradoxalement, ce sont souvent des femmes qui deviennent les interlocutrices de ces associations, soit contraintes par un veuvage, soit par délégation volontaire du mari – qui, s'il est bien présent pendant

⁴⁷⁶ Elle perçoit toutefois le FIVA comme une structure associative d'aide aux familles des victimes de l'amiante relativement floue, engagée dans des procès lucratifs. Elle dit ainsi avoir investi ces démarches sous l'impulsion du pneumologue de son mari, qui lui a notamment indiqué que le FIVA était « bardé de pognon ».

l'entrevue avec le bénévole, laisse la gestion des documents à son épouse, un phénomène qui s'observe également au cours des consultations au CCPP. Cette observation fait écho au rôle de la « Mère » tel que le décrit Olivier Schwartz pour les familles ouvrières du Nord (Schwartz, 2012 [1990]). Généralement, en effet, les mères y sont en charge de la gestion des relations aux institutions, effet notamment d'une socialisation genrée. Pour autant, Yasmine Siblot constate que la prise en charge des tâches administratives relève d'une mixité relativement plus importante que les autres « tâches ou écritures domestiques » (Siblot, 2006) : dans certaines familles, la prise en charge des tâches administratives relève de la spécialisation, c'est le conjoint le plus diplômé qui va s'en acquitter. Cependant, ici, gestion administrative et travail profane du soin s'entrecroisent : en consultation au CCPP, ce sont souvent les femmes qui gèrent le « classeur santé », matérialisation d'une assignation féminine à ce qui relève du soin (Cresson, 2006). Les épouses, ainsi, peuvent inciter aux démarches de santé et solliciter le diagnostic, lorsqu'elles ne se heurtent pas aux refus des époux. Madame Ackermann explique ainsi les réticences de son mari aujourd'hui décédé à consulter un médecin, dessinant des postures genrées bien nettes :

« Il toussait, ce n'était pas une toux normale ! c'était quand il faisait froid. [...] tous les jours je lui disais "tu me fais chier à tousser comme ça, je vais appeler le toubib" "non, fais pas chier, occupe-toi de ton cul" qu'il me disait, tu sais un bonhomme qui ne veut pas se soigner. Il ne savait pas qu'il était malade, mais il n'a jamais été malade de sa vie, c'est la première fois et ça a été la dernière. Et puis un soir [...] il me dit "tu me prendras rdv au toubib demain", "ah bon, qu'est-ce qui se passe ?" "je crache du sang". »

C'est donc l'atteinte d'un seuil corporel spécifique qui semble déterminant dans la décision de solliciter l'expertise médicale. Toutefois, c'est bien son épouse qui se chargera de la prise de rendez-vous, ainsi renvoyée à un rôle classique de « secrétaire médicale ».

En outre, si la délégation féminine des démarches n'est pas systématiquement le marqueur d'une neutralisation de la procédure, les épouses – les proches – sont à interroger dans leur capacité à soutenir, ou à contraindre, la catégorisation et à imposer leur définition – soit l'éventualité d'un rôle de « victimisateur.rice ». Ainsi, les proches jouent non seulement un rôle incontestable de soutien voire de substitution dans la réalisation des démarches d'individus souvent affaiblis par la maladie, mais ils sont impliqués, aussi, dans le processus même de catégorisation : le rôle des proches, époux et épouses en premier lieu, s'étend au-delà du simple exercice administratif.

De fait, du côté des malades, alors même que certains investissent leur statut de victime du travail avec un engagement associatif, d'autres peinent à s'engager dans la première étape qu'est

la procédure administrative – par contrainte ou par logique domestique, parfois par distanciation volontaire. Cependant, cette mise à distance n'est pas figée, c'est ce dont témoigne le parcours de monsieur Marchal, évoqué dans le point précédent (cf point 1, B).

c. L'invalidité, un « droit concurrent »⁴⁷⁷

Pour un salarié toujours actif, accéder à une compensation financière des séquelles laissées par son cancer implique un arbitrage entre deux catégories : celle de maladie professionnelle, pour ceux qui auraient été exposés sur leur lieu de travail, et celle d'invalidité (cf chapitre 3). Si elles relèvent toutes deux d'un même processus d'expertise médico-légale, la seconde ne possède pas de dimension « réparatrice » : l'invalidité est financée par la branche maladie de la Sécurité sociale, et non la branche spécifique AT/MP qui est alimentée par les cotisations des employeurs. Dans ce cadre, il n'est pas question de définir une quelconque responsabilité, le processus s'en trouve entièrement neutralisé. Or, pour un malade toujours en emploi, les deux prises en charge sont possibles : si la causalité diffère, les conséquences sur la capacité de gain sont les mêmes. L'accès à l'une de ces deux catégories relève de l'orientation choisie par les agents de la caisse, parfois d'un arbitrage économique pratiqué par le médecin du travail. Le malade semble, quant à lui, peu revendicateur d'une affiliation à l'une ou à l'autre. Monsieur C., par exemple, est atteint d'une myélodysplasie qui succède un lymphome diagnostiqué en 2011. D'abord aide familiale sur une exploitation agricole, il a ensuite travaillé dans le secteur des travaux publics. Lorsque le docteur Guen lui présente les démarches de maladie professionnelle, il explique : « *Moi, ils m'ont mis en invalidité catégorie 2 depuis juillet mais ils ne savent pas me dire à la caisse la différence entre les deux, ils me disent que c'est l'un ou l'autre.* » Le docteur Guen lui confirmant l'incompatibilité des deux démarches, il précise : « *Vous savez, moi je n'ai rien demandé, moi ils m'ont dit "maintenant, vous êtes obligé d'aller en invalidité" je n'avais pas le choix, c'était comme ça et... comme moi ça fait quand même la cinquième année que ça traîne alors...* » C'est donc l'institution elle-même, par le biais de ses agents (en sus d'outils d'indemnisation communs, cf chapitre 5), qui participerait à neutraliser ces catégories. Elles se trouvent ainsi fondues dans un même principe d'indemnisation compensatoire malgré des justifications et des modalités de financement bien distinctes. Monsieur C. ajoute : « *Ça a mis quand même 6 mois, c'était long. Maintenant que c'est fait,*

⁴⁷⁷ C'est Anne Marchand qui l'évoque en ces termes (Marchand, 2018).

que c'est en place, je ne sais pas si j'ai envie de recommencer. » La lourdeur des démarches, une volonté initiale de retrouver son emploi (« *je voulais reprendre le travail, le médecin du travail ne voulait pas. Puis je suis retombé malade, de nouveau en arrêt, c'est là qu'on m'a dit "vous devez vous mettre en invalidité". Je ne suis pas encore licencié.* ») freinent, une fois l'une de ces deux catégories intégrées, l'ajustement de sa situation. De même, monsieur Brochard, atteint d'un cancer bronchopulmonaire alors qu'il était toujours en emploi, a prioritairement été orienté vers le régime d'invalidité. Après avoir sollicité une consultation au CCPP où il a été informé du lien possible qui unissait son cancer – présenté (ou compris) comme une signature d'une exposition à l'amiante – et ses conditions de travail, et à l'approche de sa retraite, monsieur M. a formulé une demande de reconnaissance en MP. Toutefois – et alors même qu'il se définit, quand je le rencontre, comme une victime – il affirme qu'en cas de refus de la CPAM, il n'aurait pas sollicité l'aide d'une association afin de contester : « *Non, je ne pense pas, je n'aurais pas insisté. J'aurais dit "bon ben j'ai une pension d'invalidité, je fais avec" et puis voilà.* » Cette mise en balance avec un « droit sans responsabilité », révèle en même temps qu'elle entretient la neutralité de la catégorie institutionnalisée. L'accès à une indemnisation répond, en ce sens, à des significations d'ordres différents.

B. Des lectures symboliques

a. Faire reconnaître la souffrance et la maladie

Le corps comme moteur

Tout comme la souffrance ressentie influe sur le sentiment d'être victime, demander la catégorisation de son cancer en maladie professionnelle peut être motivé par le désir de faire reconnaître la maladie et les souffrances qu'elle engendre. À l'inverse, une maladie qui n'handicape pas, ne bouscule pas le quotidien, aura tendance à éloigner de la catégorie et de la procédure à laquelle elle renvoie. Monsieur Marchal, pourtant aujourd'hui dans une démarche militante, entretenait initialement un rapport particulièrement distancié à la catégorisation de sa maladie. C'est en effet son épouse qui s'est saisie de la procédure, vite mue en véritable quête :

« Donc mon épouse – je dis mon épouse parce que, bon, c'est grâce à elle ou à cause d'elle, c'est elle qui a mené tout le combat parce que moi [...] bon, j'aurais été plus malade je n'aurais peut-être pas eu la force de le faire mais, bon, dans la mesure où je pouvais continuer mon travail et que ça m'handicapait pas trop, je n'aurais rien fait du tout pour chercher à me faire reconnaître. »

Un quotidien qui reste relativement inchangé malgré la maladie semble éloigner à la fois le sentiment d'être malade et d'avoir subi un préjudice – ou, *a minima*, de vivre une situation qui légitime la déclaration. D'une part, parce que les ressentis corporels jouent sur le sentiment

d'avoir vécu un préjudice, l'absence de souffrance ressentie contraint la définition de soi en victime⁴⁷⁸. D'autre part, parce que la maladie n'exige pas une interruption de travail, l'indemnisation que permet le régime de prise en charge de la maladie professionnelle n'est pas perçue comme nécessaire, aucune perte de salaire ne demandant à être compensée. Le sentiment du préjudice se construit à la fois sur le corps sensible et sur le corps outil⁴⁷⁹.

L'injustice d'un destin pathologique solitaire

Le « sentiment d'injustice vécu », chez ces malades, n'est pas automatique. Parfois, c'est le cas pour monsieur Durand, l'injustice réside plutôt dans le rapport aux anciens collègues « indemnes » – plus que dans le cadre d'un préjudice avec désignation d'un tiers responsable. C'est l'isolement suscité par les maladies dont il est atteint et l'appareillage qu'elles lui imposent (l'assistance respiratoire le contraint dans ses déplacements mais elle agit aussi, symboliquement, comme le marqueur ostensible de son statut de malade), qui cristallisent son amertume :

*« Tous les copains que j'ai, ils ne sont pas atteints à mon niveau, c'est ça que je ne comprends pas [...] y'en a encore quelques-uns qui sont reconnus mais je crois pas qu'il y ait qui soient vraiment, vraiment atteints, d'abord déjà rien que ça hein [il désigne son tube à oxygène] je n'en vois pas beaucoup de **chez nous**. »*

Seul entre les morts et les « vivants en bon état », il vit avec d'autant plus de difficultés sa condition de malade du travail. Ainsi, c'est sa maladie qui remet en question son appartenance au groupe d'entreprise. À l'inverse, ce destin collectif existe bel et bien pour Monsieur Santini. Ce destin commun des corps, qui ne questionne pas son sentiment d'être redevable aux employeurs, paraît, au contraire, adoucir sa rancœur. Partager ses souffrances – qui, par ailleurs, ont permis la subsistance – rend le préjudice moins douloureux :

« Rancœur... ils m'ont donné du travail hein, c'est vrai qu'on a attrapé des maladies mais je ne suis pas le seul à la fin. Bon, j'ai vécu, j'ai gagné ma vie comme ça. Non, rancœur, non, mais bon, maintenant je dis "puisque'on est dans une association là, qu'on me donne une petite rente, eh ben c'est la bienvenue". »

⁴⁷⁸ Le sentiment d'être victime croise ici l'appréhension de la perte de santé. La « moindre santé » s'apprécie en effet en regard de différents facteurs, parmi lesquels les limitations de la capacité de travail, le « faire quotidien » contraint ou « le bruyant réveil des organes » (selon la formule, célèbre mais peu consensuelle, de René Leriche). Ces facteurs restent évidemment partiels sans la prise en compte des positions sociales des malades.

⁴⁷⁹ Le ressenti, en effet, n'a pas automatiquement une conséquence pratique : s'ils sont imbriqués, et d'autant plus par l'expérience de la maladie, le corps sensible n'est pas le corps du faire ou le corps-outil.

La maladie devient la contrepartie collective d'un certain environnement de travail, attaché à une profession qui leur aura permis « de gagner leur vie » (malgré toute la dimension paradoxale de cette formule, leur vie se trouvant aujourd'hui amputée par la maladie). Pour Monsieur Périssé, ce destin partagé, à travers les cas appréhendés comme plus graves que le sien et les décès de certains de ses anciens collègues, le conduit à relativiser sa situation et, conjointement, la formulation du préjudice :

*« Vous en voulez, à votre ancien employeur, pour ça ?
- Non parce que je n'ai pas été le seul dans ce cas-là [...] j'ai encore du bol, parce que j'en connais beaucoup qui s'en vont quoi, ils ont été 4/5 ans en retraite et puis pffft. Vous voyez, le collègue qui m'a fait faire la déclaration, là, il était en retraite à la fin de l'année hein. Puis lui il n'est pas opérable, alors... j'ai encore du bol, j'ai été opérable et ils disent que, pour l'instant, je touche du singe, c'est bon, on verra bien. »*

Ces lectures révèlent en creux la nature du préjudice perçu ici : il ne réside pas dans l'exposition à des substances délétères, soit une situation considérée comme anormale⁴⁸⁰, mais dans sa résultante, la maladie. Lorsque celle-ci est vécue sur un registre de souffrance modérée, avec une issue relativement favorable (la possibilité d'une opération, avec un contrôle relatif de la maladie et de son évolution), le préjudice semble se constituer moins aisément. En effet, les ressentis corporels, l'âpreté du vécu avec la maladie qui bouleverse le quotidien et marque les corps, pèsent fortement dans la définition de soi en victime.

Considérer la gravité de l'atteinte

Si l'usure engendrée par le travail tend à être banalisée, il s'agit, pour ceux qui en sont le plus affectés, d'atteintes qui dépassent ce cadre normalisé. On peut questionner, dès lors, l'appréhension de l'anormalité du risque dès lors qu'il touche les organes, soit l'intériorité du corps. Monsieur R. insiste bien sur cette atteinte organique : « *c'est un gars qui est malade comme moi, il a les poumons perforés, bouffés par l'acide sulfurique.* » Cependant, cette lecture nécessiterait de pouvoir croiser ces modalités d'appréhension avec ce qui se joue pour les travailleurs atteints de silicose, une autre atteinte des poumons, le cancer portant une charge représentationnelle souvent présentée comme spécifique⁴⁸¹.

⁴⁸⁰ Ce qui correspondrait au préjudice d'exposition formulé par monsieur Sotto.

⁴⁸¹ Nous prendrons garde ici toutefois aux biais d'une approche culturaliste qui omettrait les effets des contextes sociaux et historiques de construction de ces représentations.

C'est donc ce contexte d'atteinte dénormalisée qui, parfois, peut motiver les démarches d'accès à la catégorie.

b. Faire reconnaître les conditions de travail et l'assiduité professionnelle

Pour certains malades, à travers l'accès à la catégorie, il s'agit aussi de faire reconnaître les conditions de travail et l'assiduité professionnelle. Cette implication dans une activité qui les exposait à un risque masqué peut susciter un sentiment d'injustice lié à la fois à l'honneur qu'on y a laissé – la duperie à laquelle on a été soumis – mais aussi sa santé et du temps de vie avec, au terme de cette vie professionnelle exemplaire, une retraite dont on ne profitera pas. Parfois, ce sont aussi les conditions de travail très rudes, une forme de réduction à des corps laborieux, par la hiérarchie, avec un employeur ou des contremaîtres peu compréhensifs, qui suscitent une demande de reconnaissance. Les malades, souvent, vont s'attarder longuement sur leur contexte professionnel, et les travaux de force, au contact de la chaleur, face aux risques d'accidents, et sans protection, qu'ils ont pu réaliser, surtout en début de carrière. Madame Kanziki, la juriste de la FNATH, l'exprime ainsi :

« Sur les personnes qui viennent ici, y'a la dimension, j'allais dire, pathologique, et y'a une dimension psychologique, c'est de dire [...] "je suis malade à cause de mon travail" ou "parce que j'ai exercé tel travail" et ça, bien souvent, ça compte plus que la rente qu'ils vont avoir, l'indemnisation ou les indemnités journalières. On a cette dimension-là, surtout pour les vieux travailleurs, qui plus est étrangers qu'on est allé chercher, à l'époque X allait les chercher au bled au Maroc et ils se sont retrouvés en France et ils se sont dit "bah voilà, si j'suis malade c'est parce que je suis allé travailler dans une usine française" et souvent cet aspect-là n'est pas pris en compte, enfin nous on le ressent. »

La catégorisation administrative du « cancer professionnel » viendrait donc apporter une compensation, une reconnaissance de ce qu'ils ont pu endurer dans le cadre de leur travail – et ce malgré la fierté viriliste qu'ils peuvent en tirer (Thébaud-Mony, 1991 ; Pillon (1 et 2), 2014)⁴⁸². Ici, le sens de la dette est inversé : c'est la société qui est redevable aux travailleurs, rejoignant ainsi les premières revendications des « abîmés du travail » (cf chapitre précédent).

L'investissement dans le travail se donne donc à lire comme un second levier à la saisie de la catégorie. Certains malades vont ainsi développer le sentiment d'un « sort ingrat » au regard de

⁴⁸² Il faut nuancer ici : la fierté viriliste n'est pas conditionnée à cet unique aspect, elle « est aussi alimentée par l'exercice de la compétence professionnelle, qui est aussi compétence à ne pas se mettre en danger ni mettre en danger ses collègues » (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010 (2)).

l'investissement dans le travail, jamais remis en cause par des conditions pourtant difficiles. Monsieur Lombard le regrette ainsi : « *Ben, je vais être franc, ça m'a fait chier de travailler maintenant que je le sais. Oh oui, alors là, c'était des journées de dix-huit heures...* » suggérant l'idée d'un engagement non honoré, de modalités contractuelles biaisées. Le travail, alors même que l'on s'y engageait sans aucune restriction temporelle immédiate, a finalement consumé de l'énergie vitale qui impacte le temps de vie. L'investissement dans le travail, en effet, a souvent été réalisé au détriment d'autres sphères de la vie privée, la perspective de « profiter » une fois la retraite venue relativisant cet engagement. Or, le diagnostic de cancer vient contraindre ce temps de vie hors-travail, laissant à penser que le temps laissé au travail est un temps définitivement perdu. Le travail, dès lors, a pris plus que ce qu'on pensait lui céder.

C'est donc aussi sur cette base que se construit l'appréciation de soi en victime. Monsieur Mersing, atteint d'un cancer des sinus, a déposé un dossier de maladie professionnelle sur les recommandations de son ORL : « *docteur Munet m'a dit "normalement c'est un cancer du tableau 47, cancer du menuisier, c'est un truc professionnel"*. » Le diagnostic étiologique, ainsi fondu dans le « diagnostic positif », soutient l'appréhension du cancer comme pathologie du travail. La qualification en « victime » s'approprie, quant à elle, en regard des séquelles laissées par la maladie et de son investissement temporel dans un travail subordonné dont, finalement, à défaut d'en retirer les bénéfices à l'époque, il hérite aujourd'hui d'une maladie handicapante :

« Ah bien sûr, je me considère comme victime parce que quand j'ai commencé à travailler c'était quarante-cinq heures de travail, même le samedi on travaillait, tout ça pour le patron et finalement moi je suis victime maintenant [...] parce qu'il faut quand même voir, j'ai toujours une vue trouble malgré l'opération, je ne suis pas bien, je n'ai plus de nerfs olfactifs, je ne sens plus rien, j'ai des problèmes tout le temps maintenant avec la radiothérapie. Je suis quand même victime, je ne suis quand même pas à mon aise maintenant par rapport à un autre qui est dans ma position. D'ailleurs je suis en retraite maintenant, je pourrais profiter un peu de la vie, qu'est-ce qu'on fait ? On court constamment les médecins. »

L'investissement dans le travail, au même titre que les séquelles laissées par la maladie et la nouvelle organisation temporelle qu'elle impose, agissent comme des leviers à l'investissement de la catégorie et à la définition de soi en victime. Être victime, dès lors, renvoie à des dommages corporels importants et au sentiment de subir les conséquences illégitimes d'un cadre professionnel investi avec assiduité : le sentiment d'injustice se constitue sur le rapport au travail et à son corps.

c. Protéger et donner du sens : l'enjeu de la causalité

L'accès à la catégorie institutionnalisée, en définissant légalement une cause à la pathologie, résout parfois aussi, de manière symbolique, des questionnements liés à la transmission du risque et à la survenue même du cancer.

Pour madame Da Costa, faire reconnaître le caractère professionnel du cancer dont est décédé son mari, à 50 ans, revient notamment à protéger ses enfants d'un mal qui, s'il est labellisé comme « professionnel », ne pourrait être héréditaire puisque qu'exogène. Cette menace, perçue de fait comme non transmissible, ne siègerait pas en eux à l'état latent. Pour autant, cette vision quasi-manichéenne entre facteurs endogènes d'un côté, et facteurs exogènes de l'autre, est en inadéquation avec les savoirs médicaux qui posent le caractère multifactoriel des cancers. La démarche dès lors, est une démarche pour le collectif familial, à rebours des représentations du corps du travail comme vecteur de transmission du mal (*cf* chapitre 1 ; Mohamed-Brahim, 2009 ; Judon, 2017 ; Ghis-Malfilatre, 2018).

De manière similaire, la causalité professionnelle reconnue par l'institution vient donner du sens à la maladie. Comme l'ont montré Christian Augé et Claudine Herzlich, ce processus de recherche d'une signification à attribuer à la maladie grave est classique (Augé et Herzlich, 1984). Ainsi, certains malades vont dire qu'ils se sentiraient soulagés de voir leur cancer reconnu en maladie professionnelle parce qu'ils en connaîtraient ainsi l'origine et donc le sens. Madame Ferrand est retraitée d'une entreprise de stérilisation d'appareils médicaux. Alors que je lui demande ce que cela représenterait pour elle, d'obtenir une reconnaissance en MP pour sa leucémie, elle me répond : « *Au moins je saurais. Hein, déjà, je saurais. Ça me... parce que j'ai déjà assez de soucis ailleurs, hein, donc ça me soulagerait un peu. Je serais peut-être un peu mieux dans ma tête.* » Le docteur Guen décrit également une démarche généralement bien plus motivée par cette quête de sens que par l'indemnisation :

« Même ceux qui sont revendicateurs, ils ont surtout envie qu'on leur dise qu'il y a un lien, de les conforter dans une idée mais ils ne sont pas tant que ça dans la demande d'une réparation financière, parce que, d'ailleurs, ils ne savent souvent pas ce à quoi ça leur ouvre droit. »

De fait, revendiquer un lien causal ne revient pas systématiquement à revendiquer une réparation financière : la quête exprimée par les malades est souvent plus symbolique que l'expression d'une rationalité économique. En effet, ce cadre symbolique va permettre la reconstitution d'un sens biographique, un gain non mesurable.

d. L'indemnisation, une double dimension matérielle et symbolique

L'indemnisation sur laquelle ouvre la reconnaissance du caractère professionnel d'un cancer peut être perçue comme permettant de « mettre la famille à l'abri ». Pour ces hommes, majoritairement ouvriers, l'indemnisation permet alors de perpétuer le rôle de chef de famille en garantissant un revenu à ceux qui resteront après leur décès, la veuve en premier lieu. Dans cette perspective, il ne s'agit pas tant de solliciter une indemnisation en vue de réparer un préjudice, ou de « faire justice », que d'autoriser la continuité d'un rôle social. C'est ce qu'affirme, notamment, monsieur Santini : « *C'était surtout le fait, pour ma femme tu vois, j'ai dit "si je touche quelque chose, au moins, le jour qu'il m'arrive quelque chose [...] ma femme n'est pas abandonnée"*. » De la même façon, lorsque je questionne madame Ackermann sur le sens éventuel que son mari attribuait à la déclaration de MP, elle me répond qu'il a, peu de temps avant son décès, cherché à la rassurer en lui assurant : « *Ne t'inquiète pas, tu ne seras pas dans le besoin.* »

Certains, aussi, assument une motivation économique : la compensation d'une vie modeste. Monsieur Brochard déclare ainsi : « *J'ai fait la demande parce que je me suis dit "ben ça peut m'apporter un mieux en retraite parce que c'est une rente à vie" donc voilà, c'est un plus qui me permettra de vivre le temps qui me reste un peu mieux.* » Or, on l'a vu, cet aspect est particulièrement mal perçu, les soupçons de vénalité étant fréquents. Pourtant, c'est aussi celui qui est mis en avant par les médecins du CCPP qui, en consultation, peuvent commenter la présentation de la catégorie avec ce type d'affirmations : « *vous y avez le droit* », « *pensez à votre épouse, à vos enfants* », jouant sur les injonctions à préserver un rôle social de père de famille pourvoyeur de ressources.

Dans d'autres cas, enfin, il s'agit plutôt de « *tirer des sous* » au patron qui les a déconsidérés, redessinant les contours d'un préjudice et d'un statut de subordonné.

La catégorie est donc investie de sens différents et l'accès à celle-ci motivé par des objectifs variés, à la fois symboliques et matériels. La catégorie va ensuite agir, dans un effet retour, sur les malades et leur définition de la situation.

C. Ce que la catégorie fait aux malades...

a. Des dispositifs performatifs

L'accès à la catégorie institutionnalisée et le recours aux dispositifs associés peuvent susciter l'appréciation de soi en malade du travail et en victime, cette définition n'étant pas systématiquement préexistante. Par exemple, monsieur Tardy, ouvrier retraité d'une entreprise de tissage et d'une usine de pneumatique, exprime toute la dimension « corporellement

déterminée », mais surtout processuelle, de l'appréciation de soi en victime (cf chapitre 8) : « *Oui, oui je suis une victime, maintenant je le pense, c'est après, bien après, maintenant que c'est confirmé ce que j'ai. Parce que c'est trop fort hein, faut voir, c'est dur [...] je fais quelque chose, ça y est, je vais souffrir, en cinq minutes.* » La catégorisation institutionnelle, associée à une maladie qui bouleverse le corps et le quotidien, suscitent la conviction d'avoir été victime d'un préjudice.

b. L'indemnisation, l'expression d'une gravité

En outre, l'accès à la catégorisation se matérialise, nous l'avons vu, par le versement d'une rente ou d'un capital, souvent complété, quand les situations le permettent, par une indemnisation du FIVA ou une procédure de FIE. Or, dans certains cas, c'est cette indemnisation qui va susciter le sentiment de gravité. Le docteur Montignon l'évoque ainsi : « *Quand ils reçoivent les documents de la Sécurité sociale où déjà ils perçoivent 100 % de leur ancien salaire tous les mois et qu'ensuite, quand la somme du FIVA ou de la faute inexcusable arrive, qui est de l'ordre de 100 000€, je peux vous dire qu'effectivement, là, ils se rendent compte que c'est grave* ». Cela nécessite, pour elle, une préparation progressive : « *je leur dis souvent de façon assez banale "ce n'est pas la grippe, vous avez quand même un traitement, c'est lourd, vous êtes fatigué"* ». » alors même qu'elle considère que l'information précise relative à la gravité de la pathologie qui affecte son patient n'est pas de son ressort : « *Ce n'est pas à moi, médecin qui m'occupe uniquement de la partie médico-légale, d'aller leur annoncer que, malheureusement, d'ici quelques mois ils ne seront plus là* », renvoyant à une nette scission du travail médical.

Dès lors, la catégorie « produit », pour le malade, la gravité de sa maladie et oriente la caractérisation de son expérience.

D. ...et aux collectifs

a. La perspective d'une MP, support au collectif

Dans certains cas, la potentialité d'être malade (re)créé le collectif en-dehors de la sphère professionnelle. Les associations, en effet, réunissent des malades ou anciens collègues de malades derrière la potentialité commune de développer une pathologie : c'est finalement hors cadre professionnel que se rejoue le collectif majoritairement ouvrier. Cette idée de destin morbide commun s'exprime derrière le constat déjà évoqué d'un nombre de décès élevé (cf point 1, B, a de ce chapitre). Leur caractère *a priori* inexpliqué dessine une forme d'injustice et de relégation sociale, les collègues ouvriers devenant les victimes d'un vaste mensonge. Monsieur Lombard regrette ainsi les cinquante rescapés du Laminoir, sur les quatre-cent-soixante-dix

ouvriers qui y ont travaillés à ses côtés. De cette façon, la catégorisation institutionnelle vient, par la relecture des événements passés, entretenir un statut de dominé. Le cadre sémantique inhérent à la catégorie permet, pour le malade, une mise en lien avec une condition sociale spécifique, parfois ouvrière, réactivant, de fait, le sentiment d'appartenance à un collectif. Celui-ci, alors, se fait ressource dans l'identification à la catégorie autant que dans l'accès à sa forme institutionnalisée.

Dans les discours de malades relevés par Delphine Serre⁴⁸³ à l'occasion de recours au TASS pour un refus de prise en charge d'une pathologie au titre de la maladie professionnelle, le collectif de travail apparaît également comme un support de légitimation de la demande (« *c'est réel parce que je ne suis pas le/la seul.e touché.e* ») : l'appréciation profane de la maladie se joue souvent sur le registre collectif. Comme on l'a vu, les corps des anciens (ou actuels, dans le cadre de l'étude menée par Delphine Serre) collègues⁴⁸⁴ agissent comme des prises à la catégorisation, contournant ainsi l'appréciation médicale individualisante de la maladie. Pourtant, le collectif, tout comme l'environnement de travail, tiennent, à contre-sens, une place marginale dans le processus de catégorisation institutionnelle (*cf* chapitres 4 et 5).

b. Le rôle spécifique des témoignages

Les démarches d'accès à la catégorie, à travers la nécessité de fournir des témoignages notamment, suscitent des stratégies de négociation qui agissent sur le groupe. Un bénévole du gros groupement local de l'ANDEVA explique :

« Les gens qui vont chercher un témoignage, qu'ils fassent déjà un témoignage à leur témoin, qu'ils disent "tu as travaillé avec moi, je te fais un témoignage pour toi, tu en auras peut-être besoin plus tard, si ça se trouve, tu risques d'être malade donc je te fais un témoignage, tu m'en fais un". Et du coup, pour beaucoup, ça facilite. »

Transformer la demande unilatérale en un échange faciliterait la production du témoignage. L'échange se justifie par un destin commun, un « *fatum* » hérité d'une condition similaire, les

⁴⁸³ Delphine Serre, « Les acteurs aux prises avec la reconnaissance des maladies professionnelles dans les tribunaux : logiques profanes versus stratégies juridiques », *colloque Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles (1919-2019)*, Paris, 20 juin 2019.

⁴⁸⁴ Parfois aussi des riverains dans le cadre d'approches environnementalistes qui peuvent être développées en consultation de pathologies professionnelles. Madame S., qui a connu de multiples emplois (animatrice radio, multigraphiste, commerciale, etc.) avant de développer une leucémie, l'exprime bien : « *Aujourd'hui je vis à N-M, à 200 mètres de l'usine [une aciérie] qui crache encore un peu [...] même les plantes ne survivent pas plus de quinze jours [...] toutes les personnes que je connais tombent malades, ça doit être un peu étouffé. 'Faut pas être un génie pour se dire que ce que rejette l'usine n'est pas sain.* »

anciens collègues partageant le poids d'une même épée de Damoclès qui s'est d'ores et déjà abattues sur certains d'entre eux.

Parfois, cependant, la nécessité de fournir des témoignages questionne les légitimités statutaires au sein de l'entreprise. Monsieur Clarizo affirme ainsi s'être adressé préférentiellement, à la suite de la découverte de sa leucémie, aux salariés mieux placés que lui-même et ses collègues « de statut » dans la hiérarchie : « *Pour la leucémie, j'ai préféré voir des contremaîtres, des agents de maîtrise, des gens déjà plus haut placés [...] qui avaient plus de poids qu'un ouvrier qui travaillait, parce qu'un ouvrier ça peut être encore en complaisance, tandis que là c'est quand même...* » Monsieur Clarizo exprime ainsi la moindre légitimité ouvrière, qui vient contraindre une capacité d'agir collective dans ce cadre institutionnel. De plus, monsieur Clarizo, en tant qu'électromécanicien, n'était pas intégré dans une équipe de travail, ce qui contraint d'autant plus la saisie d'un collectif support à l'action. L'isolement professionnel, favorisé par une tendance à l'individualisation de la relation de travail, laisse ainsi à craindre le développement des difficultés à accéder à une reconnaissance. Dans le cas de monsieur Clarizo, toutefois, la hiérarchie devient une ressource dans l'accès à la catégorie, affirmant un collectif d'entreprise plutôt que de statut ou de classe. Les jeux qui se déploient autour des témoignages semblent donc bien cristalliser l'enjeu du collectif – professionnel initial ou recomposé – dans l'accès à la catégorie.

c. Un collectif aux bornes mouvantes

Nous venons de le voir, différentes formes de collectifs peuvent être considérés dans le processus d'accès à la catégorie : le collectif familial, le collectif d'entreprise, le collectif professionnel ou de classe. Le collectif revendiqué par les malades peut ainsi être différent de celui qui est affirmé par les acteurs périphériques en tant que supports à des intérêts contraires. Ainsi, en avançant l'extrême précaution à investir dans la distribution de l'argent public, le médecin-conseil donne à voir un collectif national. Daniel Cadoux, le liquidateur de CDF, rejoint cette posture, en déplorant la charge financière que les mineurs chercheraient à imposer, indirectement, à l'État et aux contribuables : liquidées, les HBL ne disposent pas de fonds propres pour indemniser ses anciens travailleurs, l'État en assurant dès lors la compensation. Il enjoint ainsi les mineurs à rembourser les sommes déjà perçues dans le cadre de leurs démarches

de reconnaissance d'un préjudice d'anxiété afin de soulager les comptes de l'État et des contribuables⁴⁸⁵.

Chez les malades, la référence aux classes est très minoritaire. Le discours classiste – entendu ici comme l'expression d'une conscience de classe – est marginal, un support faible à la revendication collective. Pour autant, les discours ouvriers recueillis dans les entretiens ou dans les échanges au sein des associations, expriment des valeurs souvent présentées comme caractéristiques de la classe ouvrière : solidarité, engagement dans le travail, force et courage. La rhétorique classiste, sur mon terrain, s'est trouvée être majoritairement mobilisée par les acteurs « périphériques » : de manière militante par des syndicalistes (mineurs de Moselle, syndicalistes CGT, CFDT et Solidaires, dans l'inspection du travail notamment) et des avocats spécialistes, ou classante par des médecins qui perçoivent dans les ouvriers une sous-catégorie de malades dociles à protéger.

Une analyse lexicographique rapide de l'ensemble des entretiens révèle en ce sens le faible nombre d'occurrences du terme « ouvrier »⁴⁸⁶. « L'ouvrier », pour les médecins et certaines associations, renvoie à un profil statistique particulièrement concerné par les cancers du travail, voire à un groupe d'individus aux intérêts financiers communs du fait de leurs conditions matérielles d'existence semblables. De façon générale, le terme est particulièrement utilisé en référence à un statut ou un groupe professionnel, par opposition au statut d'artisan, ou à un « travail de bureau ». C'est le cas, notamment, de monsieur F. J'assiste à sa consultation au CCPP vers lequel il a été renvoyé par son hématologue à la suite du diagnostic d'une leucémie posé quelques années auparavant. Il explique à cette occasion que le médecin du travail de l'aciérie dans laquelle il est toujours en emploi lui a trouvé un poste aménagé, « *dans un bureau, éloigné de tout* », un « *travail à la journée, sans chaleur, sans produit chimique, sans fumée* ». C'est ainsi qu'il serait devenu « *un col blanc* », qui « *à part casser des stylos* », ne risque effectivement plus rien⁴⁸⁷. De cette façon, pour le président du groupe sécessionniste, ceux qui

⁴⁸⁵ En ligne : <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/interception-15-octobre-2017>

⁴⁸⁶ Cette analyse reste toutefois limitée. L'univers sémantique auquel renvoie un terme n'est pas conditionné à l'usage du mot lui-même. Ainsi, certains malades évoquent le thème de la subordination sans mention automatique du terme « ouvrier ».

⁴⁸⁷ De la même façon, monsieur Gazeau, atteint d'un cancer bronchopulmonaire reconnu en lien avec une exposition à l'amiante, raconte sa rupture de contrat, à la suite du diagnostic de son emphysème et d'une opération du genou. Il regrette : « *j'en ai pris un coup quand même, avoir bossé pendant 43 ans et être jeté comme ça parce qu'on a des problèmes physiques, de santé* » et dénonce l'incompréhension de sa hiérarchie : « *dans les bureaux, le D., avec la clim et le grand fauteuil de ministre, ça ne risque pas lui. Moi j'ai travaillé avec les rats crevés, les*

sont prioritairement malades de leur travail sont « *ceux qui avaient les mains dans le cambouis* ». L'ouvrier est donc celui qui engage son corps, qui le met à l'épreuve à l'occasion du travail⁴⁸⁸, des conditions de travail pénibles autour desquelles peuvent se structurer le collectif – dans son versant pratique⁴⁸⁹ – et des identités collectives.

Le terme est également parfois employé afin de désigner une « entité » à protéger des risques de la subordination. Monsieur Canet, par exemple, regrette que « *se faire de l'argent pour les entreprises c'est bien mais quand il s'agit de **protéger l'ouvrier** c'est beaucoup moins bien* », reprenant « l'expression généralisante l'Ouvrier » qui donnait à voir, principalement dans les années 1960/70, toute la fierté d'une condition sociale (Beaud et Pialoux, 2012 [1999], p.14). Pourtant relativement jeune, d'une génération professionnelle post-soixante-huitarde, il affirme nettement une identité professionnelle ouvrière non révolue, marquée par la subordination et, de fait, un antagonisme hiérarchique : « *le chef [...] qui est plus du côté du patron que des ouvriers puisque vu son poste il n'a pas trop le choix [...]* ». Pour autant, lorsqu'il sera informé du lien entre son cancer et les produits qu'il a respirés sur son lieu de travail, il s'estimera prioritairement trahi, floué, accusant l'évènement sur un registre inter-individuel, dans la relation directe avec son employeur et sa hiérarchie (cf chapitre 8). La conscience d'être dominé dans la relation de travail entre ici en tension avec l'affaiblissement du discours de classes, renvoyant la maladie à une expérience individuelle⁴⁹⁰.

Dans les discours recueillis, l'ouvrier se caractérise donc souvent par sa place dans les rapports de production : l'ouvrier, c'est celui qui est vulnérable dans la relation de travail⁴⁹¹, celui qui

rats vivants, les merdes de rats, les puces, les blattes, y'a tout. Les conditions sanitaires, pff. Et l'autre, dans son bureau "vous ne pouvez plus rien faire !" ».

Par ailleurs, on peut également souligner que Monsieur F. ne déprécie pas le travail en tant que tel, mais bien le sens nouveau qu'il est amené à investir du fait de son changement de statut : le travail reste un pilier identitaire, y compris pour ceux qui sont amenés à souffrir des conditions dans lesquelles ils l'ont effectué (Bouffartigue, Pendarès et Bouteiller, 2010 (2)).

⁴⁸⁸ Cette idée d'un engagement du corps qui serait exclusif aux ouvriers est pourtant nuancée au sein d'un journal mural, daté de 1975, qui dénonce la diffusion des maladies professionnelles au-delà de la « porte des bureaux ». Une employée du ministère du Travail aux bronches encrassées par « le papier carbone qu'elle manipule » est ainsi prise pour exemple (cf annexe 9). Au-delà de l'ouvrier, c'est donc le salarié qui se trouverait vulnérable aux risques du travail.

⁴⁸⁹ Monsieur F. raconte ainsi que ses collègues et lui se relayaient face aux travaux les plus pénibles.

⁴⁹⁰ En effet, pour François Dubet, « quand les rapports de classes et la stratification se détachent, la domination est vécue comme une épreuve individuelle et non comme un enjeu collectif. » (Dubet, 2003, p.79).

⁴⁹¹ Monsieur Gazeau, par exemple, l'exprime ainsi : « *Ce qui compte, c'est le pognon, le restant, ça ne compte pas... lui, c'est un numéro, il ne peut plus monter les escaliers ? Dehors ! Ce n'est pas grave, on va le remplacer par un autre, c'est un bout de machin qu'on remplace, c'est une pièce de bagnole, elle est cassée, hop, on en met*

exécute, qui ne bénéficie pas des avantages des cadres. Monsieur Gazeau l'exprime de façon exacerbée :

« Non, le PDG [...] de la boîte il est à Lille là-bas, on ne le voit jamais, c'est une grosse boîte D. hein ! [...] non je ne le connaissais pas, une fois il est venu à la chaufferie, j'étais en train de réparer un compresseur à vis, parce que je faisais de la mécanique, je faisais l'électricité, je faisais tout, je réparais tout ce qui tombait en rade, il est venu, en costard, il m'a dit bonjour quand même, y'en a certains, un petit peu en-dessous, ils passaient à côté, ils ne regardaient même pas, ah oui ! On ne vient pas du même monde hein. Ce sont des ouvriers, quelle horreur ! Ce n'est pas sa gueule qui allait réparer aussi. »

L'antagonisme est ici évident, chez d'autres plus sous-jacent. Martin Thibaut, dans le cadre de son enquête auprès des agents de la RATP, met en avant le rôle du contexte de travail, aujourd'hui, dans la « conscientisation » du statut professionnel d'ouvrier. Ainsi, « les rapports avec la hiérarchie, la mise en concurrence avec les collègues sont autant de contraintes qui font que les jeunes de l'atelier se sentent finalement plus ouvriers qu'agents RATP » (Thibaut, 2008, p.39). Dès lors plus « un donné », l'identité professionnelle ouvrière émerge d'un contexte de travail spécifique. Cette analyse donne à voir la continuité générationnelle de la définition de la condition ouvrière en termes de subordination.

Aussi, sur mon terrain, le terme sort peu de la sphère professionnelle. Si l'un des bénévoles du groupe sécessionniste évoque le « monde ouvrier » comme facteur explicatif aux difficultés administratives rencontrées par les adhérents, il reste le seul, parmi les ouvriers eux-mêmes, à investir ce registre. D'autres, toutefois, aborderont une dimension biographique en faisant référence à des « origines ouvrières » en tant que gage de compréhension d'un monde et de ses valeurs (c'est le cas de l'ingénieure CARSAT et d'une patiente, caissière à la retraite, toutes deux n'étant donc pas affiliées à la catégorie professionnelle ouvrière). Madame Da Costa, enfin, évalue quant à elle la légitimité d'un syndicaliste à l'aune de la crédibilité de sa casquette d'ouvrier : « *Ce sont des bureaucrates pour moi. C'est un Parisien le B., c'est un Parisien lui, il est là-haut, il gère son truc et c'est le haut de la sphère, par contre, le petit M., lui, je le vois bien ouvrier ce mec-là, il a le parler et il a l'air de représenter l'ouvrier.* » Cette appréciation suppose l'incorporation du milieu social, soit l'existence d'un habitus de classe.

une autre ! Ça se passe comme ça, on n'est rien du tout. » – soit un discours tout proche du vieux pneu poétisé par Jacques Prévert (cf annexe 2).

La diversité d'usages parmi les rares que j'ai pu recenser questionne la catégorie ouvrière comme catégorie d'identification, expression d'une « conscience de classe », ici minoritaire (cf conclusion)⁴⁹².

La référence au collectif ouvrier est donc relativement mouvante, et se recompose, parfois, avec l'appréciation d'une exposition au risque qui transcende l'organisation hiérarchique de l'entreprise. Monsieur Agnelli affirme ainsi que la mort n'a pas eu de préférence statutaire : « *J'ai des collègues qui sont morts, y'a même les chefs de poste, les contremaîtres, qui sont morts aussi, ils ont eu l'amiante, ils n'ont jamais travaillé mais ils ont pris quand même de la poussière de l'usine.* » Si la hiérarchie n'est pas lissée, monsieur Agnelli affirmant une appartenance autre et plus valorisante qu'à celle du groupe des contremaîtres ou des chefs de poste (« *y'a même* », « *ils n'ont jamais travaillé* »), l'agent cancérogène apparaît comme une menace commune et le corps du contremaître également vulnérable à celui de l'ouvrier au sein de l'entreprise. Monsieur Gazeau se situe sur le même registre d'appréciation d'une menace commune, malgré des statuts bien distincts : « *Mon chef de site une fois [...] fallait refaire les joints, il faut gratter, enlever le vieux joint et je dis "ça c'est de l'amiante, c'est dangereux", c'était dans les années 2002, 2003, il me dit "ouais, on ne travaille pas dans une pharmacie", intelligent hein ? le problème c'est que lui aussi maintenant il a des taches.* » La stigmatisation pratiquée par la hiérarchie vient ici se heurter aux conséquences d'une menace qui était restée silencieuse. C'est ainsi que le groupement sécessionniste compte, parmi ses bénévoles les plus actifs, une ancienne cadre de maintenance, motivée à s'engager auprès d'un ancien syndicaliste de son entreprise par le cancer dont a été atteint son mari.

Le « devenir du corps » se donne donc à lire comme un support de référence au collectif, un collectif dont les bornes évoluent avec le périmètre d'exposition au risque.

4. Demander la reconnaissance de la faute de l'employeur : ancrer la catégorie ?

A. « Devenir victime » et attribuer des responsabilités

⁴⁹² Toutefois, au cours des entretiens, je n'ai pas orienté « frontalement » mes questions vers cette dimension. Ainsi, à la différence de Martin Thibault, je n'ai pas demandé aux personnes rencontrées si elles se sentaient appartenir à la condition ouvrière. En revanche, j'ai recueilli des discours sur leur activité professionnelle, l'exposition au risque, le rapport au travail, à l'employeur et aux collègues, le regard porté sur la maladie ainsi reliée à leur carrière.

La définition d'un préjudice et l'appréhension de soi en victime sont souvent présentés comme une étape essentielle à l'attribution de responsabilités (notamment : Felstiner, Abel et Sarat, 1991). Toutefois, l'étape du « reproche » peut ne jamais être atteinte, ou au terme d'un processus réalisé sur le long terme. Ainsi, Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete évoquent « la distance qui peut séparer le fait de se savoir malade à cause de l'environnement et celui d'imputer à un tiers la responsabilité de cet état » (Jouzel et Prete, 2015, p.111). En effet, l'attribution de responsabilités relève de logiques complexes : de nombreux malades ne formulent pas de responsabilités claires, questionnant ainsi la notion de grief⁴⁹³, ils ne s'en sentent pas moins victimes – ou malades de leur travail sans être victimes (cf point c). De même, ils sont nombreux à s'indigner contre les médecins ou la caisse sans pour autant les rendre responsables. Dans ce contexte antagonique, la responsabilité se définit collectivement, par le haut (le cadre réglementaire) comme par le bas (l'interaction, l'échange autour de savoirs locaux) : le collectif permet d'aller au-delà des « cas de conscience » hérités d'injonctions moralisantes pour formuler des accusations. Certains malades, toutefois, trouveront également un terrain favorable à la définition de responsabilités dans la confrontation aux dispositifs, brouillant les frontières des étapes dessinées par William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat : parfois, le recours au dispositif – réponse imaginée à la revendication – précède l'attribution de responsabilités bien définies.

a. Une dimension processuelle

L'appréhension de soi comme victime est relativement prégnante chez les malades rencontrés ; pour autant, elle n'est pas forcément préexistante – soit une condition – à la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle. Elle peut se construire au fil de la déclaration et prendre ainsi l'aspect d'une carrière⁴⁹⁴, ou *a posteriori*. La reconnaissance institutionnelle du « cancer professionnel » ou la condamnation en justice de l'entreprise sont susceptibles de faire émerger cette appréhension. Pour d'autres, elle pourra s'établir de manière plus précoce sur la base du discours de médecins ou de proches : un mécanisme de construction unique et uniforme n'existe pas. Souvent, en revanche, les éléments qui constituent le sentiment d'être victime se croisent avec les motivations à déclarer une maladie professionnelle : la démarche

⁴⁹³ En effet, pour William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat, « le grief doit être distingué d'une plainte contre personne en particulier » (Felstiner, Abel et Sarat, 1991, p.43)

⁴⁹⁴ Au sens de Muriel Darmon (2008).

perd, dès lors, de sa neutralité. Ainsi, pour monsieur J., le statut de victime se joue dans les stigmates qui marquent désormais sa peau : « *Ah, je suis une bonne victime, parce que je peux leur montrer mes cicatrices dans le dos, pour être une victime j'ai été une victime oui !* ». Dès lors, les cicatrices, les stigmates des douleurs liées à la maladie, motivent la démarche de déclaration et font le statut de victime comme, peut-être, elles ont participé à faire – parfois à trahir (Pillon, 2014⁴⁹⁵) – l'identité de l'ouvrier.

b. Un tort rarement personnifié

Souvent, donc, le patron n'est pas désigné comme responsable, un constat déjà réalisé par Anne Marchand (Marchand, 2018) qui relève la récurrence de cette affirmation : « *il ne pouvait pas savoir* »⁴⁹⁶. Aussi, si un sentiment d'injustice reste bien présent, il est sans visage – ou très flou – et fluctuant. Les acteurs précisément désignés sont rares, il s'agit bien plutôt d'« entités » ou d'organisations⁴⁹⁷ (l'inspection du travail, l'État, un « gouvernement aveugle », l'usine comme entité toxique, *etc.*), définissant des responsabilités abstraites et impersonnelles (Noiville, 2003). Ce déplacement vers une responsabilité politique et étatique est ainsi exprimé par Monsieur Brochard : « *les employeurs n'étaient pas plus au courant que nous je pense, à l'époque-là. J'en voudrais aux politiques, qui le savaient, eux, mais qui ne l'ont pas interdit* ». Monsieur et madame Clarizo évoquent également un devoir d'information qui, s'il relevait bien de la hiérarchie, aurait été contraint par une commune ignorance du risque :

« Monsieur Clarizo : Bon, on avait de l'amiante partout, comme dans les usines, on travaillait dans la chaleur donc il fallait se protéger. La protection qu'on avait, c'était l'amiante, mais on ne connaissait pas les inconvénients, ou alors on était inconscients, mais on ne nous a pas informés non plus [...] l'amiante, on savait que c'était dangereux, mais on ne pensait pas qu'en manipulant l'amiante, on pouvait attraper une maladie professionnelle – une maladie tout court.

⁴⁹⁵ Thierry Pillon décrit ainsi une incorporation de l'usine : « L'usine reste dans les corps. Il y a la fatigue dont font état tous les témoignages, insistante et pesante ; les douleurs, les stigmates de l'accident pour certains ; il y a aussi l'odeur. Les habitudes, les déformations, les traces modèlent un corps visible ; l'odeur, insidieuse, trahit à son insu celui ou celle qui en est porteur. C'est pourquoi sans doute est-elle le plus souvent rapportée à un sentiment de honte. » (Pillon, 2014 (2), p.101).

⁴⁹⁶ Emmanuel Henry lie cette forme aux autres conséquences des activités économiques (notamment environnementales), qui renvoient « à la faible répression et relative acceptation sociale de la délinquance d'affaire ou "en col blanc" (Sutherland, 1983) et, plus généralement, à ce que Michel Foucault désignait comme la gestion différentielle des illégalismes (Foucault, 1975 ; Lascombes, 1986, 1997) » (Henry, 2019, p.5). On voit bien, ici, à quel point les enjeux de santé au travail sont toujours révélateurs d'antagonismes sociaux.

⁴⁹⁷ Ce découpage est réalisé par Janine Barbot, Myriam Winance et Isabelle Parizot dans un article sur la réparation des dommages causés par l'activité de soin (*cf* point 3).

- Madame Clarizo. : *Ce sont surtout les chefs qui auraient dû dire que c'était [dangereux] ...*
- Monsieur Clarizo : *On aurait dû être informés.*
- Madame Clarizo : *Ils ne savaient peut-être pas eux-mêmes.*
- Monsieur Clarizo : *Y'a de grandes chances. »*

Madame Duval, de même, questionne la connaissance du risque par les dirigeants : « *Vous croyez qu'ils le savent eux ? Est-ce qu'ils sont au courant ?* ». Cette question de la connaissance du risque et de sa légalité traverse le processus de catégorisation profane, un argument utilisé par les entreprises elles-mêmes pour s'opposer à leurs condamnations⁴⁹⁸ (cf chapitre 5). Monsieur Genet responsabilise quant à lui l'inspection du travail, comme émanation de l'État :

- « *Vous en voulez à votre ancien employeur pour la maladie ?*
- Monsieur Genet : *Pas du tout. Pas du tout, parce que plein de collègues qui ont travaillé comme moi, on était naïfs et puis y'avait même les inspecteurs du travail qui venaient, on les a vu, ils n'ont jamais dit un mot. C'est à eux que j'en veux. Je les reverrais aujourd'hui...*
- Monsieur Teyer : *C'était en quelle année ça ? 92 ?*
- Monsieur Genet : *Ben pendant dix ans là-haut je les ai vu je ne sais pas combien de fois !*
- Madame Genet : *Mais ils ne savaient pas à l'époque ?*
- Monsieur Teyer : *Oh si qu'ils savaient parce que les tableaux de MP ont été faits en 45.*
- Monsieur Genet : *De toute façon l'importation de l'amiante a été interdite en...*
- Monsieur Teyer : *97.*
- Madame Genet : *Oui donc ils savaient quand même.*
- Monsieur Genet : *L'État français savait déjà qu'il y avait un gros problème avec ça. Le lycée technique de Gérardmer, prénoms l'exemple ! Les professeurs sont morts les uns derrière les autres... »*

Enfin, monsieur Clément et son épouse expriment des questionnements similaires. C'est moi qui les informe que l'entreprise sera impactée financièrement (indirectement, par l'ajustement du taux de cotisation collectif) si l'origine professionnelle du cancer de Monsieur Clément est reconnue – ils sont en effet nombreux à ne pas bien comprendre les modalités de financement des différents dispositifs. Ils se déclarent alors ennuyés pour l'ancien patron avec lequel ils

⁴⁹⁸ Cette représentation paraît s'inscrire dans la continuité d'une conception ancienne qui légitime le risque industriel en regard, d'une part, des bienfaits collectifs de la production industrielle et, d'autre part, du caractère limité des connaissances scientifiques – soit du risque potentiel. Ainsi, au XIX^e siècle, l'arrétiste Joseph-Emile Labbé écrivait que « nul n'est responsable d'un accident, s'il n'est en faute », énonçait-il. Puisqu' « il est dans l'intérêt de la société que certains moyens de production d'une grande puissance soient mis en œuvre », puisque « tout le monde en profite et non pas seulement le propriétaire ou l'exploitant », il n'y a pas d'injustice à ce que « quelques individus souffrent par accident de l'état imparfait des connaissances humaines ». » (Labbé, 1870, cité par Noiville, 2003, p. 181).

étaient en bons termes (bien moins avec le fils qui a repris l'entreprise). Croisé à l'improviste et informé de la déclaration de maladie professionnelle, il aurait ainsi questionné madame Clément : « *tu vas me faire des misères alors ?* », soulignant bien l'antagonisme qui structure cet espace de la réparation des maux du travail et les tentatives de culpabilisation du malade – et de ses proches. Afin de dissiper toute suspicion de démarche trop revendicative, elle précise alors qu'ils feront « *les choses qui doivent être faites, c'est-à-dire la déclaration de maladie professionnelle et c'est tout* » – ils ne vont « *quand même pas porter plainte* ». Les démarches sont contenues et neutralisées : la déclaration est réalisée à la fois afin de se conformer à une injonction médicale et pour compenser les pertes financières liées à la maladie. Celles-ci sont détachées de toute notion de justice et ne font l'objet d'aucune définition d'un tort bien délimité et encore moins personnifié. L'employeur est ainsi préservé de toute responsabilité dans la survenue de l'atteinte, une appréhension qui mêle une dilution causale dans un concept flou de « vie moderne » et un fatalisme lié à la subordination :

« Monsieur Clément : Sinon, que ce soit n'importe quel cancer, on est tous victime de quelque chose de toute façon [...] si vous avez un cancer du sein, vous êtes victime de quoi ? Vous savez, c'est la vie moderne qui veut ça et puis c'est tout. Avec toutes les cochonneries qu'on respire, tout ce qu'on mange...

- Madame Clément : Non mais on ne peut pas dire qu'on en veut à mort à l'employeur...

- Monsieur Clément : Ben non hein, de toute façon, si on en voulait à mort à l'employeur, il dirait "si tu n'es pas content, il ne fallait pas venir travailler chez moi" et puis c'est tout. »

Aussi, ces postures de dette et de déresponsabilisation de l'employeur, si elles ne freinent totalement ni l'appréhension profane d'un « cancer du travail » ni les démarches administratives et judiciaires, révèlent une appréhension du risque comme phénomène inhérent à l'activité productive, soit une contrepartie normale du salaire versé par l'employeur, et ce quel que soit le statut professionnel ou le type de carrière. Dans ce contexte, les démarches s'apparentent, plutôt qu'à des « mises en accusation », à des « réponses à objection » (Gayet-Viaud et de Labrusse, 2012, p.134) formulée par l'institution.

c. Une tendance à la normalisation du risque au travail

Un risque compris dans le salaire

Si Anne Marchand (2018) relate la violence de se savoir malade de son travail, un risque anticipé et prévu par les assurances, l'annonce du caractère potentiellement professionnel de son affection est, pour certains malades, relativement lissée. La posture de dette et la tendance à la banalisation du risque au travail dans lesquelles ils s'inscrivent souvent contiennent

l'amertume. Monsieur Santini développe, par exemple, une posture d'extrême relativisation : « *y'en a qui sont morts un peu plus tôt, mais seulement [...] ça nous a fait vivre quand même [...] on ne peut pas trop leur en vouloir.* » Le salaire, ainsi, achèterait les risques encourus par les corps, une appréhension relativement diffuse dans le corps social qui expliquerait notamment la lenteur de l'inscription de l'amiante sur l'agenda public (Loriol, 2002). De fait, être malade de son travail ne représente pas, pour tous, un préjudice : être malade de son travail, ce n'est donc pas forcément, pour celui qui est touché par la maladie, être une victime. Dès lors, les étapes « *naming* » (« réaliser »), « *blaming* » (« reprocher ») et « *claiming* » (« réclamer ») conceptualisées par William Felstiner, Richard Abel et Austin Sarat (cf chapitre 2), traduites ici par : « attribuer son cancer à son travail/un agent cancérigène rencontré au cours de la carrière professionnelle et considérer cela comme une "offense" », « attribuer des responsabilités » et « recourir au droit de MP et aux dispositifs complémentaires » apparaissent relativement indépendantes – et non homogènes : demander l'accès à la catégorie de MP ne revient pas à solliciter la reconnaissance de la FIE.

L'usine, une entité toxique

Pour certains, aussi, l'usine est une « entité nocive », intégrée comme telle malgré l'absence de protection. C'est ce que semble exprimer monsieur J., ouvrier retraité d'une usine de fabrication de véhicules industriels : « *Quand vous travaillez en usine, c'est soit l'amiante, la peinture, la soudure, en usine on est exposés à tout.* » Monsieur Duval, ouvrier retraité d'une centrale électrique, de la même façon : « *Quand j'étais au service du nettoyage comme parmi tant d'autres, on prenait des produits, des vapeurs, des ci, enfin, de la merde, y'en a partout.* » Pour d'autres, c'est l'activité même de travail qui est intrinsèquement dangereuse, un travail « *labor* » (Bidet, 2007). C'est ce que formule monsieur Muller, qui souligne la nécessité de faire face au risque et à ses conséquences plus ou moins graves :

« Vous savez, dans tous les métiers y'a des risques hein. Moi j'ai travaillé beaucoup à faire du montage donc en hauteur, bon je suis tombé, ce n'est pas pour ça que j'ai arrêté après. Je suis tombé une fois de six mètres et ben après je suis retourné à l'usine, je me suis forcé, je suis remonté et puis j'ai repris le travail. Dans tous les métiers y'a des risques, ce n'est pas pour ça qu'on va arrêter. »

Pour ces anciens ouvriers, le milieu professionnel apparaît comme un espace d'ambivalence : l'occultation du risque se dispute à l'affirmation de sa nocivité tout comme la contrainte se dispute au « dévouement » à l'employeur. Monsieur Santini décrit ainsi un rapport au travail spécifique, vécu sur la forme à la fois de la responsabilité contrainte et de l'implication dévouée,

la récompense de l'investissement dans le travail se situant, pour lui, dans la satisfaction de l'employeur :

« Vous savez, quand on travaille, et qu'on a des enfants, une maison à payer et tout ça, vous ne pensez pas, il faut travailler, travailler; on allait travailler même en étant malade hein, maintenant on a une petite fièvre, on s'arrête. Mais ce n'était pas de notre génération, il fallait travailler et puis le patron il était content, après, la maladie, la fièvre, dans la journée, y'en avait plus. »

Il conclura d'ailleurs l'entretien (ponctué de démonstrations de fierté, de type « *Moi, sur la plate-forme, j'ai réussi à travailler vingt-neuf heures non-stop.* ») avec cette affirmation : « *Je ne regrette rien. Je suis fier de ce que j'ai fait. J'ai essayé de contenter l'entreprise, le patron et moi aussi.* » Si les deux pans de cette ambivalence consacrent tous deux une posture de subordination, cette seconde forme d'« oppression douce » semble relativement proche des mécanismes qui structurent les rapports sociaux de sexe : les logiques d'incorporation de la domination apparaissent bien transversales.

Pour autant, cette dynamique de normalisation du risque, entretenue au niveau institutionnel avec la loi qui organise la prise en charge des maux du travail (*cf* chapitre 3), est parfois dénoncée pour sa dimension inégalitaire. Ainsi, monsieur Sotto, syndicaliste chez les anciens mineurs de Moselle, regrette l'indignation différenciée qui a touché les ouvriers et la communauté universitaire de Jussieu : pour lui, sur la plate-forme chimique de C., les valeurs mesurées dépasseraient parfois largement la valeur limite autorisée (jusqu'à cinquante fois) sans susciter un émoi particulier, les chercheurs ayant préférés se focaliser sur le sort de leurs collègues universitaires. Cette indignation à deux vitesses relèverait d'une négligence de classe : l'ouvrier ne fait pas l'objet d'une même considération – matérialisée par une aisance d'accès à la publicisation – que les étudiants et leurs enseignants, un groupe social privilégié aux yeux de ces travailleurs souvent privés d'accès à l'enseignement secondaire et/ou supérieur. Emmanuel Henry définit justement l'émergence du scandale de l'amiante dans le passage d'un mal qui touchait uniquement les travailleurs à un fléau qui menaçait en réalité l'ensemble de la population : en sortant du seul secteur industriel, le risque perd de sa « normalité » (*cf* chapitre 3). De fait, cette indignation différenciée pour le sort des uns et des autres, a pu soutenir l'amertume de ceux qui sont autorisés à mourir de leur travail (Primerano et Marchand, 2019).

d. La décontextualisation du risque : le travail « blanchi »

Le travail en tant que construction socialisée (organisation hiérarchique, conditions d'emploi, réglementation et application de la prévention, *etc.*) se trouve également parfois épargné par l'incrimination d'un agent spécifique qui décontextualise le risque (*cf* chapitre précédent). Les

modalités d'indemnisation des malades de l'amiante, la médiatisation de ce cancérogène et la présence d'associations nombreuses, par exemple, scinde la catégorie « maladie professionnelle » et rend peu aisée l'identification à un groupe plus vaste de « victimes du travail ».

En outre, le risque peut également être conçu comme transcendant les sphères de la vie sociale. Ainsi, monsieur Clément, fataliste, répond à son épouse qui prône la « vigilance au travail » que « *tout est cancéreux, il n'y a pas qu'au boulot.* » De même, madame Duval, alors que son époux évoque cette tendance partagée par la majorité des ouvriers à se soustraire au port du masque en raison d'impératifs de productivité déjà largement évoqués dans la littérature (notamment : Jounin, 2008), rebondit sur le poison qu'ils ingèrent, à leur insu, par l'alimentation :

« Monsieur Duval : Mais normalement il fallait mettre un masque.

- Madame Duval : Personne ne le mettait.

- Monsieur Duval : Si, si... si, y'en avait qu'un ou deux, mais alors ils n'avançaient pas. Alors bon ben c'est tout, vous allez me dire « c'était le moins bête de tous » mais alors...

- Madame Duval : Mais regardez voir, si on veut aller par-là [...] hier ils ont encore montré les pommes qu'on mange, qu'on achète, ils mettent des pesticides tout ça, ils nous ont montré hier, « du poison dans votre assiette » qui était marqué ! »

On retrouve ce même type d'appréhension parmi les commentaires de l'article vulgarisé paru sur un journal en ligne. Pour le commentateur ou la commentatrice, ainsi, le risque cancérogène est omniprésent, à tel point caractéristique de la modernité que le combattre reviendrait à investir une dynamique régressive :

« Des sociologues déclarant que le travail est une exposition aux risques de cancer. Si on y ajoute les préconisations des associations qui luttent pour une alimentation saine, et qui déclarent tous les jours de nouveaux éléments cancérogènes on va vite arriver à ne plus travailler et à ne plus manger autre chose que des feuilles et des racines. On en arrivera à une société de cueillette, (pas de pêche ou de chasse, les Végans veillent). Une seule question on va régresser jusqu'où ? L'âge des cavernes ? Evidemment sans travail cancérogène, sans alimentation cancérogène on vivra plus vieux, mais pour faire quoi ? Une recherche de nirvana ? »⁴⁹⁹

Les facteurs de risque sont ainsi fondus dans une menace transversale, ici environnementale, venant s'ajouter, pour monsieur Duval, à la culpabilité née d'un tabagisme passé :

⁴⁹⁹ En ligne : https://www.lepoint.fr/sante/cancer-quand-le-travail-se-revele-toxique-03-02-2019-2291012_40.php

l'environnement de travail ne se démarque pas pour sa nocivité et les responsabilités spécifiques qu'il suggère.

Cette décontextualisation du risque, qu'elle se réalise donc par le haut en incriminant une vie moderne délétère ou par le bas en se focalisant sur un agent toxique, épargne le travail, poursuivant ainsi la tradition hygiéniste (cf chapitre 3).

e. Réparer une tromperie individuelle

Pour autant, demander la reconnaissance de l'origine professionnelle de son cancer peut également naître d'une motivation à faire réparer une tromperie individuelle. Cette dernière se joue à travers un corps qui se révèle, avec le diagnostic de cancer, plus engagé que ce que l'on pensait dans la relation de travail. Il dépasse de cette façon les frontières du risque au travail normalisé. Le sentiment de tromperie, de trahison, est alors individuel : il se joue dans le cadre d'une relation contractuelle mais aussi parfois vis-à-vis son propre corps que l'on n'imaginait pas aussi affaibli. L'injustice, dès lors, se vit en tant que sujet, plus rarement en regard d'un collectif.

Les mécanismes de définition des responsabilités tout comme de l'appréciation de soi en victime sont donc pluriels, et se jouent dans la décision de demander la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

B. Une limite morale

a. Un enjeu identitaire

La démarche de faute inexcusable de l'employeur, en tant qu'investissement de l'espace judiciaire, est vivement rejetée par certains malades. Aussi, si la maladie est admise dans ses liens avec le contexte professionnel – et donc comme candidate légitime à la catégorisation – cette identification ne suscite pas automatiquement la définition d'une responsabilité bien circonscrite. Comme nous l'avons vu, l'employeur n'est que rarement désigné comme responsable. De plus, ce déplacement des démarches dans l'espace judiciaire ne peut être réduit à la seule question de l'imputation du préjudice. Il cristallise également des enjeux financiers souvent conséquents qui rendent d'autant plus aisée l'accusation de vénalité.

C'est le cas de monsieur Chevillard, ancien enseignant dans un lycée technique et chef de travaux, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. Quand je le rencontre, sa démarche de déclaration en maladie professionnelle est en cours, butant sur différents obstacles propres à une déclaration dans le cadre du régime public (cf chapitre 8). Alors que je le questionne sur l'éventualité d'une poursuite en faute inexcusable de l'employeur, il me répond : « *Oui mais de*

là à les condamner, je ne sais pas, oh, je ne suis pas comme ça moi. » La recherche de la condamnation – civile – relèverait ainsi d'une moindre moralité. Il s'agirait donc, pour le malade, de rester à sa place en délimitant son champ d'action aux seules démarches médico-administratives.

Monsieur Clément et son épouse se situent sur le même registre d'appréhension morale. L'interrogation d'une suite éventuelle dans l'espace judiciaire suscite le même type de réponse :

« Madame Clément : Oui ben non, on n'ira pas jusque-là.

- Monsieur Clément : Non, pas à ce point-là.

*- Madame Clément : On irait pour qu'elle soit reconnue la maladie, d'accord, mais pour augmenter la rente... bon, attention, moi j'ai dit, ils disent "25 % minimum", bon bah je leur demanderais pourquoi si on n'avait pas 25 % puisque c'est le minimum, on contesterait ça, mais l'histoire que, non, je ne pense pas, on n'a pas un esprit comme ça, **un esprit aussi tordu.***

- Monsieur Clément : Ben non, comme je vous dis, si on ne nous en avait pas parlé de ce machin-là, on ne l'aurait pas fait donc... moi le principal, qu'on arrive à rentrer dans notre argent, tout ce qu'on a dépensé qu'on ne pensait pas, c'est-à-dire les dépassements d'honoraire, les frais de transport [...] ça fait quand même huit ou neuf fois qu'on vient voir le professeur et ci et ça, ça fait 220 kms à chaque fois... »

La démarche, ici, est perçue comme nettement individuelle (ou, plutôt, concentrée sur le collectif familial, ici du couple) et orientée autour d'une simple compensation des frais engendrés par la maladie, bien loin de l'idée d'un « destin collectif » – non sans lien, on peut le supposer, avec un contexte professionnel hors champ industriel. Elle va prendre un sens différent, plus politique, avec des sanctions financières plus visibles, en se déplaçant devant les tribunaux dans le cadre d'une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Elle va susciter, alors, de plus grandes réticences, le passage à une démarche judiciaire impliquant, pour eux, un engagement temporel, cognitif et financier bien supérieur, ainsi que l'identification d'un responsable. Le droit à revendiquer apparaît donc admissible dans le cadre administratif de la caisse puisqu'incité par un médecin et donc légitimé par le pouvoir que lui confère sa place, mais il ne l'est plus dans le cadre judiciaire. Pour d'autres, en revanche, il peut être légitimé sans être mis en œuvre : ainsi, madame Ackermann est persuadée d'avoir engagé un procès contre l'usine au sein de laquelle son mari travaillait en sollicitant une indemnisation du FIVA. Le recours à un type de dispositif spécifique est donc parfois déconnecté des intentions du malade, et n'induit pas des motivations homogènes.

b. Un partage des responsabilités

L'entrée dans l'espace judiciaire reviendrait donc notamment à franchir une « limite morale », qui renvoie à la fois à des enjeux identitaires, à une banalisation contextuelle du risque au travail

mais aussi à une forme de partage des responsabilités dans la survenue de la maladie. C'est le cas de monsieur Duval, dont l'épouse s'exprime ainsi, sous son approbation : « *Oh non quand même pas, on n'irait pas jusque-là. Non, vous vous rendez compte ! Non, en sachant qu'il a fumé toute sa vie, on n'irait pas jusque-là.* » La réitération de cette affirmation « *on n'irait pas jusque-là* » semble bien appuyée cette idée de franchissement, de débordement d'un cadre autorisé. En effet, ayant fumé, il se doit d'autant plus de rester à sa place. Cette posture révèle à la fois l'intégration des injonctions néolibérales à être responsable de sa santé⁵⁰⁰ et un statut de victime inachevé du fait d'une responsabilité partagée⁵⁰¹. De plus, pour monsieur Duval, intégrer une démarche collective nécessiterait des ressources dont il ne dispose pas. Le recours en groupe est conçu comme nécessitant de se rendre à Paris, soit de franchir une double distance symbolique (dans la revendication) et géographique. Il se pense donc distant à la fois des ressources nécessaires pour investir l'espace judiciaire et des lieux de juridiction (les instances qui matérialisent cet espace) : la démarche devient déconnectée du local et de sa position sociale, mettant en exergue une double relégation.

c. Une relativisation temporelle

Dans certains cas, aussi, le préjudice est « lissé » par le contexte temporel de l'exposition au risque. Ainsi, pour monsieur Figeac, « *il faut prendre en considération qu'en 66, y'avait pas de modernisme comme aujourd'hui, les masques pour travailler dans la poussière et tout, même les oreilles, vous savez, j'ai des acouphènes, et j'ai plus que 35% sur une oreille, c'est tous les bruits, voilà, c'était le boulot dans le temps, c'est comme ça.* » La normalisation du risque au travail, d'autant plus dans un contexte temporel spécifique, contient les démarches.

Cette question des temps se joue également à un autre niveau. En effet, le recours judiciaire revient aussi à repousser le moment où l'on clôt l'étape de la maladie. Monsieur Berger explique ainsi son refus d'investir une démarche de FIE : « *Non, moi je me suis battu pour la maladie et puis aujourd'hui j'ai envie de vivre.* » Ce contexte, on l'a vu avec le soin et le deuil, ouvre sur une hiérarchisation spécifique des priorités.

d. Le rôle des associations

⁵⁰⁰ Soit un sujet entrepreneur de lui-même (Hache, 2007).

⁵⁰¹ Cette idée de « causalité partagée » inhérente aux pathologies multifactorielles est justement exploitée par le patronat dans le cadre des négociations qui se déroulent au sein du COCT. Elle soutient un objectif de définition de ce qui serait « la part due au travail » (Déplaudé, 2003, p.11).

Cette inclinaison morale reste toutefois prise dans un contexte opérant : la procédure de faute inexcusable de l'employeur, systématisée dans certaines associations, oriente sensiblement les recours aux différents dispositifs. Très souvent en lien avec les cabinets d'avocats spécialisés dans la défense des victimes de préjudices corporels, les associations prennent en charge intégralement les démarches, le malade s'en trouve alors déconnecté, et n'en perçoit plus – ou moins fortement – la lourdeur. Dès lors, le passage de l'administratif au judiciaire est lissé. En effet, cette séparation tend à s'effacer lorsque les malades s'adressent à une association pour les soutenir dans leur procédure. Pour d'autres cependant, la FIE peut devenir un support à la conscientisation d'un antagonisme. Si monsieur Canet, par exemple, va prendre conscience d'une opposition dès sa déclaration de MP avec la confrontation à des pratiques stigmatisantes sur son lieu de travail, l'opposition avec l'entreprise prend forme véritablement avec la FIE, l'employeur déployant selon lui une défense illégitime qui suscite le sentiment d'avoir été victime (*cf* chapitre suivant). Parfois, en effet, c'est l'expérience du processus de jugement qui « consacre l'existence d'intérêts antagoniques », comme l'a montré Camille Trémeau dans le cadre de démarches prud'homales (Trémeau, 2017). Cette opération est favorisée par le fait que la CPAM, ici, n'est plus directement mobilisée pour jouer un rôle de médiateur qui brouille l'opposition (Marchand, 2018)

Ces pratiques relèvent également de choix locaux. Ainsi, au sein du « gros groupement local de l'ANDEVA », le recours au FIVA est toujours suivi d'une procédure de FIE, ce qui n'est pas le cas au sein du petit groupement local. Ce constat suggère également l'appréciation sémantique et pratique différenciée du recours au FIVA, alors même qu'il ouvre sur des droits indemnitaires similaires. Toutefois, les espaces dans lesquels se déploient les dispositifs et les logiques de prise en charge de l'indemnisation diffèrent, impactant leur saisie.

Conclusion de chapitre

Pour les malades, saisir la catégorie « cancer du travail » relève d'un processus : la pathologie est rarement construite d'emblée comme conséquence des conditions de travail vécues. Au contraire, les « prises » sont multiples et enchevêtrées : les savoirs médicaux et locaux, les corps abîmés ou les décès d'anciens collègues, l'âge au moment du diagnostic, participent à la construire. En arrière-fond, la tendance des politiques sanitaires à l'incrimination prioritaire des comportements individuels contraint mais autorise aussi, parfois, ce processus. En suggérant une « anormalité » en regard des injonctions de santé publique, elle peut susciter l'investissement d'une forme d'enquête et, à terme, la construction du « cancer du travail ». De cette façon, l'étiologie du cancer mobilise généralement l'investissement d'un registre

individuel (comportements, âge, antécédents familiaux) bien avant d'être reliée aux trajectoires professionnelles – ou de classes, conformément à la façon dont il a été construit dans les espaces scientifiques et politiques. Toutefois, la saisie de la catégorie n'implique pas systématiquement l'investissement des procédures de reconnaissance, et inversement. Certains, sous l'impulsion de leur médecin, vont recourir à ce qu'ils assimilent à une banale démarche administrative afin d'obtenir une « indemnité d'assurance », voire une aide sociale. D'autres, par la considération des relations qui s'étaient nouées avec l'employeur, la priorité temporelle donnée au soin, s'y engagent plus difficilement. Aussi, la position sociale est ici largement agissante : la normalisation du risque subi, l'entretien d'un sentiment de dette ou de fatalisme, la peur des représailles, marqueurs d'une subordination, suscitent une posture relativement passive. Mais lorsque le malade parvient à la dépasser, au contact d'associations issues de l'industrie locale notamment, la catégorie peut devenir le socle à une reconsidération de sa position sociale tant il s'agit de construire un environnement professionnel délétère commun au collectif ouvrier, parfois d'entreprise : la catégorie suscite la (re)définition de collectifs aux bornes et aux registres de revendication mouvants.

Certains facteurs vont ainsi agir en leviers au déclenchement d'une procédure de catégorisation et venir façonner le sentiment d'avoir été victime d'un préjudice : l'identification à certains collectifs, les rôles sociaux dans lesquels le malade s'inscrit, un contexte professionnel conflictuel, ou encore des ressentis corporels sonores. En effet, s'inscrire dans une procédure d'accès à la catégorie n'implique pas automatiquement un statut de victime préalablement défini : c'est, parfois, la confrontation aux dispositifs qui peut le faire advenir. Le sentiment d'injustice est progressif (Jouzel et Prete, 2015) et, surtout, non systématique : le statut de victime peut être investi sans définition claire des responsabilités et inversement. Dans ce contexte, désigner un responsable est une entreprise lacunaire, les responsabilités sont floues, partagées entre l'argumentaire du risque légal, l'agent cancérigène, les « hauts responsables » voire l'État. De plus, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, ces démarches suscitent une forme de stigmatisation appuyée sur des accusations de vénalité et des injonctions à donner la priorité au collectif – qui n'est bien sûr pas le collectif des « victimes du travail » : l'espace de la réparation des maux du travail est largement marqué par des lectures morales. Portant un impératif de pureté propre aux revendications à la fois à un droit social et à une reconnaissance victimaire, elles vont parfois freiner le recours à l'espace judiciaire : le « bon malade du travail » n'est pas à l'initiative de ses démarches, il est passif et sait se cantonner à l'indemnisation prévue par l'institution. Ici, donc, les assignations se croisent : salarié, malade,

victime et ouvrier se renégocient autour des injonctions morales qui leur sont associées et redessinent les contours des identifications et des collectifs.

Chapitre 8. La dynamique des parcours

Différentes séquences temporelles structurent l'espace de la catégorisation du cancer du travail. Le diagnostic, dans un premier temps, qui se réalise souvent au terme d'un processus plus ou moins long. L'identification à la catégorie, ensuite, qui implique les proches, les anciens collègues, le médecin, parfois même l'institution, et se construit souvent sur une relecture des événements vécus (qui touchent au corps et aux situations professionnelles passées, mais aussi aux décès d'anciens collègues plus ou moins récents – *cf* chapitre précédent). La catégorisation institutionnelle, enfin – et lorsqu'elle échoue, son éventuel déplacement judiciaire – qui mobilise différents types d'acteurs et de savoirs et implique, par là-même, une « sous-

structuration » temporelle (la certification médicale puis l'expertise médicoadministrative). Dans ce chapitre, nous allons donc interroger les temporalités des parcours de malades et ce qu'elles disent des mécanismes de catégorisation dans cet espace de la réparation des cancers du travail.

1. Une conflictualité créatrice : Monsieur Canet

La confrontation à la maladie

Fin novembre 2012, monsieur Canet, 47 ans, ouvrier d'une grosse entreprise de la sidérurgie depuis vingt-cinq ans, après six ans de travail intérimaire, se voit diagnostiquer un cancer de la vessie « par hasard » : atteint d'une grippe, des antibiotiques lui sont prescrits. Alarmé par des effets secondaires persistants, son médecin traitant lui suggère de réaliser une échographie des intestins. C'est à cette occasion qu'une anomalie est détectée au niveau de sa vessie, puis le cancer diagnostiqué. Il raconte ainsi l'événement :

« Je suis allé passer une échographie des intestins, elle est descendue jusqu'au pubis puis elle s'est arrêtée, elle est devenue comme ça [il désigne la table, blanche] je me suis dit "tiens". Je suis sorti du cabinet, j'attendais mes résultats, elle m'a donné un p'tit carton, elle m'avait déjà pris un rdv avec le Pr M. pour m'opérer et tout, ça a été découvert fin novembre, j'ai été opéré le 6 janvier [ici, il se trompe de deux jours : il se rendra compte de son erreur en consultant son dossier mis à disposition par la FNATH]. »

À peine plus d'un mois plus tard, début janvier 2013, monsieur Canet est donc opéré. S'en suivront des séances de chimiothérapie et de radiothérapie puis un temps de rééducation, une thérapeutique qui s'étalera sur un an et demi et en parallèle de laquelle il va continuer à travailler. Quand je l'interroge sur les temporalités de sa maladie, il me répond en premier lieu que son opération est déjà vieille de cinq ans. Après vérification dans le dossier constitué par la FNATH, il s'aperçoit du biais dans son appréhension. Il ajoute alors qu'il aurait préféré que ce soit « beaucoup plus vieux », probablement pour éloigner cet événement douloureux, les risques de récurrences qu'il comporte et le statut de malade qui lui est associé afin de le rejeter dans la sphère du révolu : *« J'ai été opéré le 8 janvier 2013 en fait. Voilà, ce n'est pas si vieux que ça en fait. J'aimerais bien que ce soit beaucoup plus vieux [rires]. »*

L'appropriation de la causalité professionnelle : une attente de preuves

La Sécurité sociale le contacte un peu plus tard, dans le cadre d'une politique de repérage systématique expérimentée régionalement⁵⁰², pour le questionner sur sa carrière professionnelle. C'est à cette occasion qu'il est informé du caractère potentiellement professionnel de son affection :

« Moi, la sécurité sociale quand ils m'ont appelé, ils m'ont demandé où je travaillais, quel type de travail je faisais, donc comme j'ai dit que je travaillais au noyautage, que j'ai travaillé à la machine pendant des années, elle m'a dit "vous rentrez dans le cadre d'une maladie professionnelle". Alors tous leurs termes-là, tac tac tac, il faut remplir le dossier machin. Après, je ne l'ai pas fait tout de suite, quand je l'ai fait, j'ai reçu le dossier, sur le dossier [...] on écrit tout ce qu'on fait [...] qu'on n'avait pas la masque à l'époque, qu'on n'avait rien quoi, qu'on... tac tac tac, après je renvoie ça à la sécurité sociale. »

Après ce premier contact avec la CPAM, monsieur Canet se voit proposer un RDV avec un médecin-conseil. Le contact avec un tiers issu du milieu médico-administratif permet, pour le malade, de débiter (ou de poursuivre) la construction du lien entre sa maladie et son travail : il s'agit bien d'un processus de catégorisation collectif. Cependant, ce processus suppose de dépasser les normes de santé publique intégrées afin de permettre une imputation autre que les comportements individuels. Monsieur Canet exprime ainsi le re-façonnement de son appréhension, de la culpabilité héritée d'un comportement individuel à l'incrimination de produits délétères :

« [Le médecin-conseil] il m'a expliqué que, il y a encore vingt ans en arrière, on mettait tout sur le dos du tabac, maintenant, pour un cancer de la vessie comme moi j'ai eu, ils disent que le tabac intervient pour 3 % et les produits que j'ai respirés, pour 600 %, donc là y'a pas photo quoi. »

Cette confirmation médicale, rationalisée par l'usage de données chiffrées, est souvent souhaitée par les malades. Face à l'incertitude et une seule approche probabiliste, la légitimité d'une construction du cancer comme atteinte professionnelle se révèle plus complexe : la lecture de l'étiologie de la maladie par la causalité professionnelle nécessite souvent

⁵⁰²Monsieur H., enquêteur CPAM, décrit la démarche de la sécurité sociale de cette façon : « tous [les cancers de la vessie] qui sont détectés, ils envoient un questionnaire à l'assuré pour qu'il décrive sa carrière et en fonction de ça, ils incitent à faire une demande ou pas ».

Ce dispositif spécifique se justifie en regard de motivations différentes selon mes interlocutrices : pour une médecin-conseil, les cancers de la vessie étaient initialement particulièrement sous-déclarés et moins sujets à des questionnements relatifs à leur multifactorialité, d'où cette démarche de sensibilisation des malades à la causalité professionnelle ; pour une ingénieure chimiste, en revanche, il s'agirait plutôt de « l'arbre qui cache la forêt », une initiative visant à faire bonne figure et à détourner l'attention du problème de sous-reconnaissance qui reste massif et, selon elle, le fruit d'une volonté institutionnelle.

une « caution scientifique » ou une « preuve par le voir ». Ainsi, les malades sont parfois dans l'attente que les technologies médicales révèlent les traces laissées par le travail sur leurs organes.

Décider la déclaration : le rôle du contexte professionnel

Ce rendez-vous vient donc amorcer la construction, pour monsieur Canet, du cancer dont il est atteint, comme affection professionnelle. Pour autant, sa décision de constituer un dossier auprès de la CPAM n'est pas immédiate. Ce sont des conflits qui l'opposent alors à son employeur, source d'« amertume » – selon ses mots – qui vont le convaincre d'entamer la constitution du dossier de maladie professionnelle. La catégorisation du cancer professionnel et ce qu'elle induit en termes de sanction financière apparaît alors comme un outil de résistance, un moyen de pression pour l'ouvrier sur sa hiérarchie, soit une forme de résistance par corps : c'est à travers le corps abîmé que va se jouer l'opposition à l'employeur (cf chapitre 6). Il l'explique ainsi :

« Au départ, je n'ai même pas pensé à ça, si la sécurité sociale m'appelle pas, je ne fais même pas le dossier. En plus, quand ils m'ont appelé, comme moi c'est mon employeur, je me suis dit "bon, je ne vais quand même pas faire un dossier, je travaille là, je ne vais quand même pas le faire" et puis bon, y'a eu des événements qui ont fait que ça ne se passe pas bien sur certains points avec mon employeur donc j'ai dit "là, je démarre le dossier". Après, j'ai rappelé [la juriste de la FNATH], on a démarré le dossier et ça s'est fait tout seul quoi. Après [...] quand ça a été refusé, j'ai contesté fin septembre, c'était accordé le 11 ou 13 octobre. »

La Sécurité sociale émet donc un refus initial de prise en charge du cancer dont est atteint monsieur Canet au titre de la « maladie professionnelle ». Il conteste cette décision **fin septembre** sous les sollicitations du médecin-conseil. Ici, c'est largement l'institution qui fait advenir la catégorisation, alors même que les médecins-conseil se situent régulièrement dans une posture de gestionnaire (cf chapitre 5). Cet événement souligne toutefois les tensions qui se jouent entre les lectures administratives, médicales, et médico-administratives :

« Le premier coup il a été refusé, alors refusé parce que c'est administratif en fait, [...] donc moi, comme ça avait été refusé, je n'ai pas cherché à comprendre, et le médecin-conseil de la sécu qui m'avait fait faire le dossier m'appelle et il me dit "faut que tu contestes", bon je conteste, [...] donc j'ai contesté, et quinze jours après c'était accepté en MP. »

Le dossier de maladie professionnelle est finalement accepté peu de temps après, le **1^{er} octobre 2013** (monsieur Canet évoque une reconnaissance mi-octobre, mais les documents de la FNATH mentionnent cette date légèrement plus précoce). La fiche médicale d'aptitude est,

quant à elle, effectivement établie le **15 octobre** seulement. Le médecin du travail y mentionne que monsieur Canet ne doit pas être affecté au poste de noyauteur pour des raisons médicales.

L'après catégorisation institutionnelle : des pratiques de culpabilisation

Monsieur Canet décrit à ce sujet des pratiques de culpabilisation au sein-même de son entreprise :

« Nous, le médecin du travail, il est payé par le même patron que moi. Moi, mon médecin du travail, quand j'ai été le voir, je lui ai demandé s'il m'exemptait du poste de noyautage, parce que ce sont des produits qui viennent du noyautage, je lui ai demandé s'il m'exemptait, il me dit "pourquoi ?", ben je lui dis "attends, j'ai failli crever !" "ouais mais tu sais, puis ce n'est pas bien ce que t'as fait de faire une demande de maladie professionnelle, tu te rends compte, ça coûte de l'argent à l'entreprise", je dis "attends, t'es médecin ou t'es comptable ?" »

Cette culpabilisation s'appuie sur une forme de chantage à l'emploi qui peut être individuelle mais aussi collective : on fait reposer sur le salarié la responsabilité de la survie de l'entreprise, avec ses éventuelles conséquences sur les autres salariés (cf chapitre 5). Cette « rhétorique » semble emprunter à la morale ouvrière : ces travailleurs, partageant des conditions similaires, doivent faire corps (Verret, 1996). C'est pourquoi, aussi, le corps des anciens collègues devient le miroir du sien, soit la matérialisation du péril qui guette (cf chapitre précédent). Dans ce contexte, monsieur Canet raconte avoir eu besoin de recourir à des pressions pour être exempté de son poste :

« Bon, après, il m'a quand même dispensé avec du mal, la dispense, il l'a faite pour un an, je dis "quoi ? Ah non, la dispense c'est à vie, tu rigoles là ! Si tu laisses ça comme ça, je te fous au tribunal !" Il a fallu que le menace pour qu'il me fasse une vraie dispense... moi, de toute façon, un médecin du travail qui est payé par l'employeur... il ne peut pas être juge et partie hein. »

Il décrit, de plus, des tentatives d'attribution de la faute : on lui dénie le statut de victime en postulant sa responsabilité dans la survenue de la maladie afin d'invalider la causalité professionnelle. Monsieur Canet raconte ainsi son altercation avec un contremaître accusateur :

« Moi je bricole beaucoup à côté, je fais électricité bâtiment, c'est pas ça qui fait mal au dos en posant un interrupteur, c'est pas ça non plus qui m'a donné le cancer de la vessie alors ils ont aussi l'argument de dire "tu fais ça à côté" et puis même les contremaîtres, ils sont appelés à des réunions, on leur fait comprendre qu'il faut que, moi j'ai un contremaître, l'autre fois il dit comme ça, comme j'étais là : "de toute façon, les maladies professionnelles, c'est pas à l'usine qu'on les attrape !" Donc y'avait personne qui était là, je l'ai chopé après, je lui ai mis une grande tartine dans la gueule tu vois, je lui ai claqué la gueule, "le prochain coup que tu dis ça, je te crève". »

La disqualification de la causalité professionnelle se joue régulièrement dans la confrontation avec l'espace domestique : souvent, lorsque l'on sort des comportements type tabagisme et consommation d'alcool, l'exposition à une substance ou à une activité délétère n'est pas questionnée en tant que telle, c'est l'espace où s'est jouée cette contamination qui est mis en question (cf chapitre 3). Cette pratique est favorisée par le fait que l'épidémiologie, en se concentrant sur le risque, efface la frontière entre le domestique et le professionnel, au sein desquels l'engagement corporel des malades diffère pourtant.

Demander la reconnaissance de la FIE, une arme de subordonné ?

Un an plus tard, le **6 octobre 2014**, monsieur Canet, appuyé par la FNATH, transmet à la CPAM une « demande de tentative de conciliation en vue d'une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur » : les conflits perdurant avec son employeur et face à l'inefficacité de la saisie de ce premier dispositif pour rééquilibrer les rapports de force qui pèsent sur son lieu de travail, monsieur Canet décide de s'engager dans l'espace judiciaire :

« Ce qui s'est passé c'est que moi j'ai demandé à changer de place en fait, et mon service ne veut pas me laisser partir. Donc je suis allé voir mon chef du personnel et puis on s'est un peu pris la tête, et quand je suis sorti, ça m'a tellement énervé, j'ai appelé le tribunal d'instance pour savoir comment je pouvais faire pour porter plainte. »

Continuité de la reconnaissance en maladie professionnelle, nous l'avons vu, la faute inexcusable de l'employeur permet de faire condamner une entreprise pour son manquement à la sécurité des salariés qu'elle emploie. Afin de constituer son dossier, monsieur Canet prend contact avec les différents dispositifs de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs présents dans son entreprise : la médecine du travail, les syndicats (qui se consacraient exclusivement, selon lui, aux « maladies de l'amiante » ainsi qu'aux TMS – épaules⁵⁰³) et le CHSCT de l'entreprise. Cette procédure, comme pour toute démarche déviant des cases de la Sécurité sociale (et nécessitant, donc, l'administration de la preuve), semble révéler, pour le salarié, une dépendance aux savoirs médicaux et juridiques. Monsieur Canet exprime en effet une difficulté à saisir les documents d'expertise, contraignant la réalisation autonome des démarches :

« Alors, je suis allé les voir [le service de médecine du travail], eux, tout ce qu'ils m'ont donné, ce sont des fiches techniques sur les produits aux postes. Que moi je ne

⁵⁰³ Cette déception face à l'(in)action de certains syndicats est récurrente chez les malades que j'ai rencontrés.

comprends pas, parce que ce sont des termes médicaux donc je les ai ramenés à [la juriste de la FNATH]. »

Il recherche, en outre, afin d'alimenter son dossier, des témoignages de collègues. Cette démarche comporte elle aussi ses difficultés. Monsieur Canet décrit en effet une certaine « frilosité » qui s'expliquerait, selon lui, par la peur de s'exposer à des représailles dirigées vers le « témoin » lui-même ou, pour les retraités, leurs éventuels enfants :

« Bah, moi, le plus gros obstacle, c'est que je travaille dans une grosse boîte, et les gens à qui je demande un témoignage, comme ils travaillent là, ils ont peur d'avoir des soucis derrière, donc ils ne le font pas. Et même des gens qui sont en retraite, ils ont leurs enfants qui travaillent là, donc ils ont peur qu'il y ait des reproches derrière pour leurs gosses ou des sanctions, et de toute façon, le gros employeur peut faire des sanctions comme il veut en fait. Même si elles sont illégales. »

Ces représailles, par ailleurs, ne relèveraient pas uniquement d'une crainte née de l'incorporation d'une domination (cf chapitre précédent) mais posséderaient une certaine matérialité. Monsieur Canet évoque ainsi les intimidations subies par un collègue, employé à la sécurité, pour lui avoir fourni des documents utiles à ses procédures : *« J'ai été mangé à la cantine, il m'appelle, il me dit "oh, viens voir", il me dit "putain, je me suis fait allumer" : il était convoqué à la direction parce qu'il m'a donné les papiers ».*

Ici donc, méfiance et vulnérabilité se mêlent, alimentées par le sentiment de manquer de ressources pour pouvoir faire face au « grand patron » : les ouvriers et les employeurs ne combattent pas avec les mêmes armes. Pour autant, sa définition des responsabilités est relativement floue. Il évoque les « hauts responsables », les « dirigeants », dans une rhétorique proche de celle des « nantis » contre les « petits » (il dira d'ailleurs, pour appuyer l'intouchabilité des grosses entreprises dont le budget serait supérieur à celui de l'État : *« Je pense que c'est David et Goliath »*) :

« Ce n'est pas [nom de l'entreprise] qu'on devrait condamner, ce sont les personnes qui masquent tout ça, donc ce sont les hauts responsables quoi [...] on devrait condamner tous ces dirigeants, mais quand je vois les condamnations qu'il y a... y'a sept/huit ans on a eu un mort au parc. Une entreprise extérieure, un chauffeur de camions. La plus grosse amende qu'il y a eu, y'en a eu quatre qui ont été condamnés, la plus grosse ça a été 6 000€. Et même pas de prison avec sursis, rien. Pour une vie. »

Demander la reconnaissance de la FIE, un contexte de requalification de la situation

Aussi, Monsieur Canet ne se conçoit pas, quand je le rencontre en **mai 2016**, comme une victime : il rejette ce terme semble-t-il trop fort pour lui. Il relativise ainsi son atteinte et déplace

le préjudice qu'il a subi sur le terrain de l'éthique – et ce alors même qu'il admettait l'idée d'une sanction pénale en cas de décès (ci-dessus) :

« Non, non, quand même pas. "Victime", c'est quelqu'un qui se fait poignarder, écraser, moi j'ai gagné ma vie quand même en travaillant là-haut mais, je ne dirais pas "victime", quelqu'un qui a été floué quoi, à qui on a menti, c'est ça qui ne me convient pas quoi. »

Cette relativisation s'appuie en partie sur la contrepartie salariale, le salaire légitimant la présence du risque. Ce dernier semble donc – partiellement – normalisé au sein de l'activité productive et l'emploi perçu comme un « service » rendu au salarié. On perçoit ici les bornes de l'engagement corporel dans le travail, conditionné à une exigence d'honnêteté dans cette relation inter-individuelle (contractuelle) qui lie l'employeur à son salarié.

À cette date, la procédure est toujours en cours. L'appréhension temporelle liée à la maladie professionnelle et à ses prolongements judiciaires semble alors se réaliser, pour monsieur Canet, sur le registre de l'urgence. Elle apparaît liée au sentiment de manquer de ressources, d'être démuné face aux « grosse machines » que sont les grosses entreprises et « la justice », poussant au fatalisme :

« Je n'aurais pas dû attendre, j'aurais dû le faire tout de suite [...] parce que, comme la machine est longue déjà, et comme on disait tout à l'heure, avant que ça fasse bouger les employeurs pour protéger les gens, je n'imagine pas, moi j'ai déjà mis presque deux ans pour [...] arriver à boucler le dossier, hein, à l'heure actuelle j'ai rien vu bouger dans mon entreprise... ça fait maintenant bientôt quatre ans que j'ai rien vu bouger, que j'ai été opéré, peut-être que dans quatre ans y'aura toujours rien qui aura bougé. »

Il dépeint également des procédures enchâssées dans des délais contraignants et masqués :

« En plus [pour la maladie professionnelle] y'a des délais, c'est-à-dire qu'après la retraite, je ne sais pas moi, mettons le type de cancer que j'ai eu, vous avez peut-être cinq ans après la retraite, pour pouvoir faire une demande, si les cinq ans sont expirés, vous ne pouvez pas [...] Donc, à partir du moment où la sécu a statué, de la date-là, t'as deux ans pour porter plainte [...] moi je ne le savais pas ça, personne ne m'a informé. Ce n'est même pas dans le document de la sécurité sociale. Donc un mois après je ne pouvais plus quoi. »

Ces délais sont toutefois plus ou moins bien appréhendés (en effet, il n'existe pas de délais à compter du passage en retraite pour déclarer une maladie professionnelle, les tableaux font en réalité mention d'un délai de prise en charge : c'est la date de la première constatation médicale qui sert de référence). Cette appréhension biaisée révèle cependant la vision d'une démarche rigide, marquée par la contrainte et qui offre peu de marge de manœuvre au requérant.

Huit mois plus tard, le **7 décembre 2016**, monsieur Canet est convoqué pour une première audience devant le tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) qui sera finalement reportée. **Fin décembre 2017**, le dossier n'est pas encore clos. Monsieur Canet et la FNATH sont toujours en attente des pièces de la SA [*nom de l'entreprise*].

Je le recontacte en **février 2018**. Il me raconte alors avoir démissionné en **août 2016** (soit quelques mois après l'entretien), par peur de subir une nouvelle atteinte : exempté du poste de noyautage après s'être opposé au médecin du travail, il avait toutefois été maintenu sur le même chantier. Travailleur polyvalent, amené à occuper divers postes, leur nocivité potentielle suscitait chez lui une forme d'angoisse :

« Ils m'avaient laissé sur le même chantier à respirer les mêmes cochonneries. Voilà. Dans une société où y'a à peu près (300?) postes différents, on ne m'a pas fait de cadeaux quoi, on m'a laissé, moi je voulais pas prendre le risque de rechopper quelque chose là-bas [...] le médecin du travail ne voulait pas me dispenser d'un poste de travail parce que pour lui, il n'était pas d'accord avec le dossier de maladie professionnelle, il m'a quand même dispensé de ce poste-là, avec beaucoup de mal, mais bon, le chantier est restreint, j'étais quand même exposé là encore, et je suis parti après. Quand je rentrais là, j'avais une hantise de rechopper une saloperie quoi. »

Quand je l'interroge sur une éventuelle appréhension de lui-même en victime, sa vision a changé. En effet, face à une procédure qui n'aboutit pas et des pratiques de déresponsabilisation de l'entreprise (tout au moins ce qu'il percevait comme tel), il n'hésite plus à utiliser cette qualification :

*« Du coup, aujourd'hui, vous vous sentez un peu victime de tout ça ?
- Ah oui quand même oui, parce que je vois comment c'est contesté par la partie adverse, ils sortent tous les protocoles de protection des ouvriers par [l'entreprise] mais aucun rapport avec la maladie professionnelle que j'ai, ils se servent par exemple des protections contre la silicose – la silicose ce sont les poumons hein – je pense qu'ils essaient de noyer le poisson donc là, pour moi, de toute façon, je suis victime de [l'entreprise]. »*

On perçoit ici ce que font les temporalités (et les dispositifs) aux qualifications : elles apparaissent comme mouvantes, indissociables des épreuves d'une procédure multi-champs.

Monsieur Canet était de nouveau convoqué afin que son dossier soit instruit en **mai 2018**. Je n'ai pas eu connaissance de sa finalité.

Synthèse

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 7, la catégorie prend forme au contact de l'institution. Pour être « saisie », la catégorie s'appuie sur une « quantification » médicale qui objective la

causalité professionnelle, levier au contournement d'une auto-responsabilisation par les comportements individuels. Pour monsieur Canet qui est toujours en emploi, la catégorie se joue et se rejoue dans le contexte professionnel : c'est celui-ci qui oriente sa décision d'engager une procédure, alors que la réalité de la catégorie y est niée, ancrant d'autant plus monsieur Canet dans une dynamique contestataire. Ainsi, le dispositif est saisi comme arme, mais trouve ses limites dans une dépendance aux savoirs médicaux et juridiques comme aux collègues, dont la capacité d'agir est contrainte par la peur des représailles. Malgré l'objectivation médicale proposée par le médecin de la caisse et la conflictualité dans laquelle s'ancra monsieur Canet, la désignation des responsabilités dans la survenue du cancer dont il souffre reste floue. Le devenir victime s'effectue sur un temps long, par la confrontation aux dispositifs et à la mise en cause répétée de sa parole. Le registre initial inter-individuel de l'honnêteté (« je dois savoir ce que je fais risquer à mon corps dans le cadre de mon travail ») – expression, peut-être, d'une individualisation de la relation de travail – évolue avec la perte de confiance dans le contexte professionnel qui mène monsieur Canet à sa démission. Sa démarche, si elle prend une dimension collective par la mobilisation de l'association et de collègues isolés, reste vécue sur un registre individuel, malgré une identification labile au groupe ouvrier (*cf* chapitre précédent).

2. Entre posture victimaire et destin individuel d'un « cancéreux » : Monsieur Durand

Le diagnostic, un processus

En **février 2013**, monsieur Durand, 68 ans, retraité, successivement ouvrier (chaudronnier – soudeur – monteur dans une entreprise vosgienne pendant 17 ans) puis fonctionnaire, consulte un pneumologue à la suite d'une bronchite traînante depuis **fin décembre 2012**. Il passe un scanner thoracique en **mars 2013** qui révèle un nodule « extrêmement suspect », des plaques pleurales (significatives, rappelons-le, d'une exposition à l'amiante – *cf* chapitre 4) ainsi que des signes d'asbestose⁵⁰⁴ associés à une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)⁵⁰⁵.

⁵⁰⁴ L'asbestose est une forme de fibrose pulmonaire également liée à l'inhalation de fibres d'amiante (elle est, en ce sens, désignée sous le terme d'« amiantose » au Canada).

En ligne : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/maladies-pulmonaires-li%C3%A9es-%C3%A0-l-environnement/asbestose>

⁵⁰⁵ La bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches, souvent associée à d'autres maladies.

En ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco>

Le **11 avril 2013**, monsieur Durand se soumet cette fois à un PET-scan (*cf* p.147) afin que la nature du nodule repéré le mois précédent soit identifiée. Celui-ci met en avant un « hypermétabolisme du nodule lobaire supérieur gauche », soit le signe d'un cancer.

Une redirection précoce vers le CCPP mais des maladies déjà trop « tardives »

Quelques jours plus tard, monsieur Durand se rend en consultation au Centre de consultations de pathologies professionnelles sur les conseils de son pneumologue. Cette consultation, éloignée de toute visée thérapeutique, a pour objectif de reconstituer de manière détaillée son parcours professionnel (postes occupés, nature des tâches réalisées, fréquence de chacune, outils utilisés, usage d'équipements de protection, *etc.*) afin de repérer d'éventuelles expositions à des agents délétères (*cf* chapitre 4). Les professionnels du CCPP concluent, au cours de la réunion de service pendant laquelle son dossier a été soumis à l'expertise collective, à « une exposition à l'amiante à un niveau fort de 1957 à 1974 (moins les dix-huit mois en service national) » complétée par une exposition aux fumées de soudage. Le compte-rendu mentionne la possibilité de plusieurs déclarations en maladie professionnelle : pour le cancer *via* le tableau 30C mais pour lequel le délai de prise en charge est dépassé ; pour les plaques pleurales *via* le tableau 30B ; pour l'asbestose *via* le tableau 30A avec un délai de prise en charge signalé comme dépassé également et, concernant la BPCO, présentée comme probablement induite pour partie au moins par les fumées de soudage que monsieur Durand a respiré au cours de son activité professionnelle, une déclaration hors tableaux est décrite comme possible mais avec peu de chance d'aboutir au vu de son tabagisme, évalué à « vingt paquets année » (*cf* p.131). Il s'agit ici de la spécificité d'un passage en hors tableaux : pour les experts du C2RMP, le lien de causalité entre la maladie et l'exposition professionnelle doit être exclusif – ce qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, fait débat.

Le **25 avril 2013**, monsieur Durand reçoit, à sa demande, une attestation d'exposition à l'amiante rédigée par le médecin du travail autrefois en poste dans l'usine de fabrication de chaudières pour laquelle il a travaillé pendant quinze ans : dans cette procédure, le malade est pris dans un processus de certification médicale multiple (*cf* chapitre 4), le médecin tenant un rôle central.

Un mois plus tard, le **30 mai 2013**, soit trois mois après son premier examen médical, monsieur Durand est opéré afin que sa tumeur pulmonaire lui soit retirée. L'examen anatomopathologique permet de confirmer la nature de la pathologie : il s'agit bien d'un carcinome épidermoïde. Cet examen, outil de confirmation du diagnostic, est présenté comme indispensable pour réaliser une déclaration de maladie professionnelle. Monsieur Durand,

probablement alors déjà informé d'une pathologie qui présentait tous les traits d'un cancer, décrit un événement marquant *via* une appréhension qui révèle l'idée d'un mal incorporé de longue date, mais invisible : « *Mais autrement non, le cancer, j'suis tombé des nues moi parce que jamais j'avais entendu que j'étais atteint mais ils l'ont vu tout de suite.* » La lecture de son corps à des fins diagnostiques s'appuie ici prioritairement sur les technologies médicales, et s'émancipe, de fait, des ressentis.

En outre, cet événement revêt différents aspects de la bifurcation : marquant, il re façonne le rapport à soi et à son corps. Monsieur Durand, ainsi, conclura l'entretien par cette affirmation révélatrice : « *voilà, vous avez vu un cancéreux* », la maladie transformant son statut ontologique. Cette étiquette paraît, de plus, prendre le pas sur le statut de malade du travail : son amertume se cristallise plutôt autour de l'idée d'un destin solitaire (*cf* chapitre précédent). C'est donc finalement son statut de santé biomédical qui paraît primer sur le sentiment d'avoir été victime d'un préjudice ou bien d'un mensonge pris dans une relation contractuelle.

Le rôle des pairs dans l'identification à la catégorie

Au cours de son parcours médical, monsieur Durand va croiser un ancien collègue qui lui conseillera de s'adresser à l'association des victimes de l'amiante locale. La trajectoire médicale de diagnostic va alors laisser place à un nouveau temps, celui du parcours administratif, géré pour l'essentiel, toutefois, par le petit groupement local de l'ANDEVA. Son dossier mentionne une prise de contact avec l'association **mi-juin 2013**. Il raconte, confus, cet événement déterminant de contact avec un pair :

« Monsieur Durand : Il m'a dit "bon bah tu étais chez L." j'ai dit "oui hein", il m'a dit "faudrait peut-être passer des radios, enfin un scanner", "ah", bah comme j'étais sur place, je ne sais même pas si c'était pour passer un scanner [Madame Durand: oui t'as raison] et j'ai passé le scanner; ah ben, le résultat est tombé : "Monsieur Durand vous avez un cancer au poumon", "oh !" [...]

Madame Durand. : Non, ce n'est pas ça [...] on le savait qu'il avait le cancer. Et c'est pour aller dans votre association qu'il nous a dit "Mais va t'inscrire, va voir l'association pour les amiantés"...

Monsieur Teyer (bénévole) : Pour faire une reconnaissance de maladie professionnelle.

Madame Durand : Voilà.

Monsieur Durand : Oui mais enfin j'allais...

Madame Durand : Ton cancer était déjà là.

Monsieur Durand : Ben il était là, oui, je l'avais sur moi puisque tout de suite à la radio...

Monsieur Teyer (bénévole) : Mais vous n'aviez pas fait la relation avec l'amiante et votre maladie.

Madame Durand : Non.

Monsieur Durand : Ah non, pas là.

Monsieur Teyer (bénévole) : C'est votre collègue qui vous a dit, qui travaillait avec vous chez L., qui vous a dit "tu devrais aller voir l'association".

Madame Durand : Voilà.

Monsieur Durand : "Va voir l'association, ils vont t'aider, ils vont tout faire pour toi". »

Monsieur Durand, sous l'impulsion du bénévole présent pendant l'entretien, présente ce contact avec un ancien collègue comme l'événement déclencheur dans la mise en lien de ses maladies pulmonaires et de son exposition professionnelle aux fibres d'amiante. Si ce rôle dans la construction subjective du « cancer du travail » paraît être à relativiser au vu des temporalités présentées ci-dessus, cet extrait nous donne à voir la dimension collective, à la croisée des espaces, du processus de construction du lien entre la pathologie et la carrière professionnelle. En effet, cette identification progressive implique des savoirs médicaux et des savoirs d'expérience – qui sont aussi des savoirs autochtones puisque souvent, ce sont les anciens collègues de la même entreprise, parfois d'une entreprise sous-traitante (élargissant ainsi le périmètre des « collègues » potentiels) – qui informent (*cf* chapitre 7). En effet, Bastien Guillermin souligne également le rôle de l'espace local dans la saisie de « l'amiante en tant que maladie » : « l'espace social, dans le sens où il favorise le maintien des réseaux d'interconnaissance professionnelles, joue un rôle prépondérant dans la construction de ces représentations. » (Guillermin, 2016, p.91). Comme lui, nous pouvons dire que le cancer du travail, au même titre que la « maladie de l'amiante », se construit en regard d'histoires individuelles et collectives, ce à quoi nous ajoutons, toutefois, la dimension des rapports sociaux.

Nous l'avons vu, le devenir des corps des collègues vient aussi légitimer la catégorisation. Ici, monsieur Durand et monsieur Teyer se disputent la nocivité supérieure de leur entreprise respective sur la base des corps malades et disparus :

« Monsieur Durand : Mais le plus gros cas quand même c'est chez nous, L.

- Monsieur Teyer (bénévole) : Euh, pas convaincu, j'ai plus de maladies chez M. que chez L.

- Monsieur Durand : Ah bon ?

- Monsieur Teyer : Ah oui, chez M. j'ai plus de cent maladies professionnelles.

- Monsieur Durand : Oui mais enfin, nous y'en a beaucoup qui sont morts.

[...]

- Monsieur Teyer : Mais attendez moi j'ai des collègues [...] qui travaillaient avec moi chez M. qui sont morts de cancers broncho-pulmonaires et qui n'ont jamais rien voulu faire. »

L'environnement de travail spécifique à l'entreprise est ainsi conçu comme largement délétère et dépasse le simple périmètre des seules MP reconnues : chaque collègue devient une victime, souvent restée dans l'ombre.

En outre, la rencontre fortuite avec cet ancien collègue, si elle ne porte pas, à elle seule, la responsabilité de la catégorisation profane, permet toutefois la redirection vers une « structure de soutien à la catégorisation institutionnelle », un recours sans doute déterminant au vu de la complexité du parcours de monsieur Durand qui met en exergue toutes les rigidités du système de reconnaissance des atteintes du travail tel qu'il a été conçu, et rationalisé. C'est d'ailleurs ce qu'exprime monsieur Durand, soutenu par son épouse : « *Mais heureusement qu'il y avait l'association, on ne se serait pas débrouillés comme ça nous. Monsieur Teyer il connaissait bien, on lui a fait confiance et puis moi je lui tire mon chapeau parce que, je vous dis, on n'aurait pas été aussi loin qu'on a été [...] on n'a pas toutes ces portes ouvertes comme eux, savoir où taper.* » Ce discours décrivant une impossible réussite pour les « profanes » en l'absence d'aide extérieure est entretenu par certaines associations et certains juristes qui, peut-être, si l'on ne peut nier les difficultés inhérentes à ces démarches, entretiennent par ce biais la légitimité de leur engagement dans cet espace.

La constitution collective d'un préjudice

Dès son arrivée dans l'association, en **juin 2013**, le bénévole en charge de son dossier demande aux membres de la famille de monsieur Durand (enfants et épouse) de rédiger des attestations afin de témoigner des difficultés familiales inhérentes à ses maladies et donner ainsi à voir un préjudice moral collectif. Le discours investi alors est d'ordre victimaire plus que revendicatif :

« Je suis la fille aînée de monsieur Durand et suis « victime » depuis plusieurs années de sa mauvaise humeur du fait de son état de santé. Mon père est agressif, il n'a plus de patience, un rien le contrarie, nous n'avons plus de dialogue et de moins en moins de contact avec le monde extérieur. Les repas de famille sont de moins en moins courants puisqu'il ne supporte plus rien et plus personne. Les piliers d'une famille sont les parents et à ce jour il n'est plus possible de se réunir. Je déplore fortement cette situation et cela m'affecte énormément car au bout de tant d'années d'efforts, car c'est mon père et je me dois de le respecter et d'être consciente de son état, je me sens épuisée et affaiblie et n'ai plus le courage, ni la force d'affronter ses agissements et ses propos. »

« Je soussignée madame Durand (épouse) déclare que mon mari monsieur Durand est très difficile à supporter depuis sa maladie. Les repas avec les enfants sont très difficiles, il ne supporte plus rien, pourtant je fais tout ce que je peux pour qu'il soit bien. J'ai fait de la déprime. C'est très dur ! »

Les conséquences de la maladie sur la vie familiale et la santé psychique individuelle sont au cœur de ces témoignages, tandis que l'éventuelle injustice qui aurait mené à cette situation est occultée.

En **juillet**, le centre de consultation de pathologies professionnelles lui transmet les certificats médicaux (CMI) indispensables à la déclaration de son cancer et de ses plaques pleurales auprès de la CPAM et du FIVA. Il les transmet à la CPAM, accompagné du reste de son dossier, le **11 juillet**. Le **29**, il transmet les documents nécessaires à une déclaration en maladie professionnelle pour son asbestose, diagnostiquée plus tardivement par les professionnels médicaux.

Les carrières non linéaires, un obstacle dans l'accès à la catégorie

Un mois plus tard, le **26 août**, monsieur Durand reçoit une notification de refus d'instruction de la CPAM pour mauvais régime de prise en charge. En effet, la réglementation veut que la déclaration soit faite auprès de l'organisme social d'affiliation à la date de la première constatation médicale de la maladie, or monsieur Durand est retraité de la fonction publique. Dans cette configuration, le processus de catégorisation est troublé : si, d'un point de vue médical, le caractère professionnel de l'affection est admis, la reconnaissance institutionnelle est refusée pour des considérations strictement légales.

Face à cette situation complexe, le bénévole de l'association s'adresse à la juriste de l'ANDEVA pour bénéficier de conseils sur la procédure à suivre : il s'agit de demander à la structure publique de rattachement, une attestation de non-exposition. Monsieur Durand reçoit ce document de la ville le **19 septembre** (démarche semble-t-il favorisée par un contact commun).

Le **4 novembre 2013**, une nouvelle déclaration de maladie professionnelle est transmise à la CPAM incluant les trois maladies. Celle-ci est accompagnée d'un courrier précisant que monsieur Durand a connu un délai d'exposition de quinze ans sous le régime général dans une entreprise inscrite sur la liste des sociétés ouvrant droit à une préretraite amiante (sites amiantés).

Trois mois plus tard, le **11 février 2014**, la CPAM transmet à monsieur Durand une demande de délai complémentaire pour procéder à l'instruction de son dossier. Cette démarche est classique : la CPAM bénéficie légalement d'un délai de trois mois, renouvelable une fois, pour instruire les dossiers de maladie professionnelle, l'absence de réponse valant acceptation. Il est très rare que la CPAM n'utilise pas l'intégralité de ces six mois légaux.

Monsieur,

Suite à la déclaration de maladie professionnelle que vous m'avez transmise, je vous informe qu'une décision relative au caractère professionnel de cette maladie n'a pu être arrêtée dans le délai réglementaire de trois mois prévu à l'article R. 441-10 du Code de la sécurité sociale. En effet, l'enquête destinée à recueillir les informations sur les conditions administratives d'exposition aux risques fixées par le tableau des maladies professionnelles se poursuit.

En conséquence, un délai complémentaire d'instruction est nécessaire. Celui-ci ne pourra pas excéder trois mois, à compter de l'envoi du présent courrier, conformément à l'article R 441-14 du Code de la sécurité sociale.

Figure 9. Courrier-type de la CPAM annonçant un délai d'instruction complémentaire. La dimension administrative de l'instruction est bien mise en avant.

Cette réglementation explique la prochaine étape. Le **29 avril 2014**, la CPAM informe monsieur Durand de la transmission de son dossier auprès du C2RMP, le système complémentaire, pour délai de prise en charge dépassé : l'un des critères des tableaux n'est pas respecté. Quelques jours plus tard, le **9 mai**, il reçoit donc une notification de refus de prise en charge par la CPAM : face à l'arrivée à terme du délai imparti pour instruire le dossier, son dossier est refusé en attendant le passage au C2RMP.

Monsieur,

J'ai procédé à l'étude de votre demande de reconnaissance du caractère professionnel de votre cmi. **Carcinome épidermoïde** du 24 Juin 2013.

Je vous précise que cette demande a été examinée dans le cadre du 2ème alinéa de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

La reconnaissance n'a pu aboutir, la condition de délai de prise en charge fixée au tableau n'étant pas remplie.

Je transmets donc le dossier au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour examen dans le cadre de l'article L.461-1, 3ème alinéa du Code de la sécurité sociale.

Je ne manquerai pas de vous informer de la décision prise.

Dans cette attente, les prestations continueront de vous être servies au titre de l'assurance maladie et vous pouvez à tout moment me demander la communication des pièces de votre dossier. Votre employeur, qui a été également informé de cette transmission peut aussi en faire la demande.

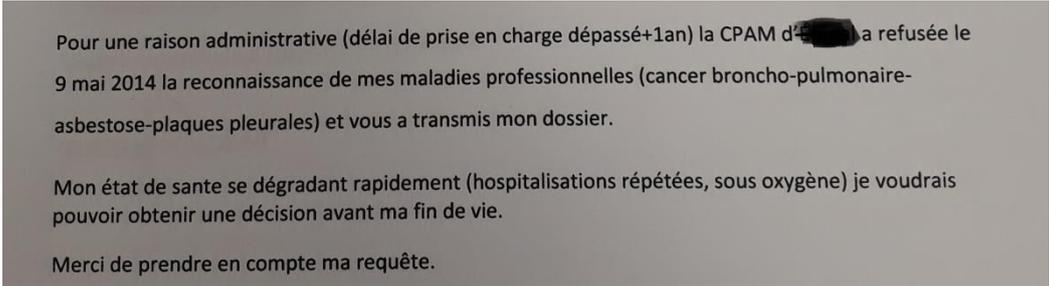
Toutefois, je ne pourrai lui transmettre ces pièces que par l'intermédiaire d'un médecin que vous m'aurez désigné.

Aussi, il vous appartient de me communiquer les coordonnées de ce praticien dès réception de ce courrier

Figure 10. Courrier-type de la CPAM annonçant un refus temporaire de prise en charge. Le changement du cadre légal de l'instruction est également évoqué, sans précision supplémentaire sur ce qu'est cette nouvelle instance d'expertise, le C2RMP

Monsieur Durand et l'association contestent ce refus transitoire et sollicitent un passage devant la commission de recours amiable (cf chapitre 5). À cette date, ses maladies sont diagnostiquées depuis plus d'un an déjà.

Deux mois plus tard, le **3 juillet 2014**, la commission confirme le refus de prise en charge des maladies de monsieur Durand. Le 2 septembre, ils saisissent le TASS afin de contester cette décision. Parallèlement, le bénévole de l'ADDEVA88 renouvelle une demande de conseils auprès de la juriste de l'association nationale : que faire face à la décision du C2RMP qui tarde, et qui les oblige à des démarches en parallèle ? Le **30 octobre 2014**, monsieur Durand et l'association transmettent le courrier suivant au C2RMP, empreint là encore d'une rhétorique victimaire⁵⁰⁶ :



Pour une raison administrative (délai de prise en charge dépassé+1an) la CPAM d' [redacted] a refusée le 9 mai 2014 la reconnaissance de mes maladies professionnelles (cancer broncho-pulmonaire-asbestose-plaques pleurales) et vous a transmis mon dossier.

Mon état de sante se dégradant rapidement (hospitalisations répétées, sous oxygène) je voudrais pouvoir obtenir une décision avant ma fin de vie.

Merci de prendre en compte ma requête.

Figure 11. Demande d'instruction adressée au C2RMP

Monsieur Durand reçoit, le **18 novembre 2014**, l'information de la communicabilité d'une notification des décisions le **5 décembre 2014** afin de respecter le délai de consultation des documents par l'employeur pendant 10 jours ouvrés. À cette dernière date, monsieur Durand obtient donc la notification de prise en charge en maladie professionnelle de ses trois maladies par le C2RMP : la catégorisation, par l'institution, arrive à son terme.

Une contractualisation de la relation associative ?

La semaine qui suit, le **11 décembre**, ils adressent une demande auprès de la Sécurité sociale du rapport médical fixant le taux d'IPP afin de constituer le dossier FIVA (transmis le 17), second dispositif d'indemnisation, de monsieur Durand. À cette occasion, monsieur Durand signe un document autorisant l'ADDEVA à intervenir pour sa demande d'indemnisation auprès du FIVA, une procédure automatique qui permet à un tiers de se joindre à un litige en cours, et qui prend ici la forme d'un contrat, monsieur Durand étant tenu à une obligation d'information de l'association.

⁵⁰⁶ Il s'agit ici aussi d'une référence aux mobilisations victimaire ou, comme le décrivent Didier Fassin et Richard Rechtman, à la place prise par les victimes dans « l'espace moral » de nos sociétés occidentales (Fassin et Rechtman, 2011 [2007]), et non d'une appréciation morale.

Je soussigné(e) : [REDACTED]
demeurant à : [REDACTED]

donne pouvoir à ADDEVA 88 pour intervenir autant que de besoin à l'appui de ma demande d'indemnisation devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et demande au fonds de transmettre à ADDEVA 88 copie de tous les courriers qui me sont adressés.

Pour le bon suivi de mon dossier, je m'engage, en outre à fournir à ADDEVA 88 une copie de tous les courriers échangés avec le FIVA.

Fait le : 11.12.2014

Figure 12. Document de « contractualisation » avec l'association

Ce document semble formaliser, d'une certaine façon, la relation don-contre-don qui caractérise certaines pratiques associatives. Vincent-Arnaud Chappe évoque cet attendu militant dans son étude sur la qualification juridique au sein d'une association de lutte contre les discriminations :

« La grammaire de la relation d'aide militante [...] nécessite un engagement réciproque des deux parties, équivalent fonctionnel du don et contre-don. La rupture de cet accord implicite fait basculer la relation d'aide dans une relation d'instrumentalisation où l'association joue le rôle du conseil juridique gratuit dans une logique de guichet. » (Chappe, 2010, p.563)

Cette attente peut également relever d'une logique de « monopole », en cohérence avec des pratiques d'accaparement des démarches, soit une tendance à « faire à la place ». Cette reproduction d'une forme de paternalisme (bienveillante) se révèle toutefois peu émancipatrice en-dehors d'un groupe minoritaire qui va se constituer en expert. L'attente de (contre-)don reste malgré tout affirmée par certains bénévoles, dans son versant monétaire, afin de matérialiser la reconnaissance de l'aide apportée, donnant à voir une relation ambiguë qui oscille vers la logique de service – et concrétisée comme telle par le gros groupement local de l'ANDEVA en s'accaparant un pourcentage de l'indemnisation perçue par les veuves (cf chapitre 6).

Le choix des dispositifs d'indemnisation : le poids du corps et des stratégies associatives

Monsieur Durand et l'association procèdent également à l'annulation du recours au TASS dont l'audience avait entre-temps été fixée au 7 juin 2015 (le TASS de cette ville vosgienne présentant des délais relativement courts pour l'un des avocats rencontrés, comparativement à des villes de plus grande envergure). Le choix de ce dispositif plutôt que du recours en faute

inexcusable de l'employeur semble influencé par l'état de santé de monsieur Durand mais aussi par l'association elle-même, chacune ayant développé ses propres stratégies d'indemnisation :

- « *C'était important pour vous que ce soit reconnu en maladie professionnelle ?*
- *Monsieur et madame Durand : Ah oui.*
 - *Monsieur Teyer (bénévole) : Ben déjà il y a une indemnisation quand même.*
 - *Monsieur Durand : Oui, je suis quand même indemnisé, je suis quand même tout bon et puis...*
 - *Monsieur Teyer : Après, le monsieur il n'a pas engagé d'action contre l'employeur, **contre la maison**, non, lui ce qu'il a voulu, c'est faire le fond d'indemnisation voilà, c'est un choix, comme j'ai dit ce matin, quand on fait le fond d'indemnisation, ça va beaucoup plus vite, quand on fait la faute inexcusable, on se retrouve devant des tribunaux avec, aujourd'hui on a des gens de chez L., ça fait quatre ans qu'ils sont au tribunal.*
 - *Monsieur Durand : Ouais, alors quatre ans...*
 - *Monsieur Teyer : Oui pis ce n'est pas fini encore, on va encore passer en Cour de cassation je ne sais pas quand.*
 - *Monsieur Durand : [...] **Oh non porter plainte tout ça, non, je n'avais pas ça dans la tête**, non puis...*
 - *Monsieur Teyer : Maintenant [...] quand on dit "porter plainte" c'est le fait de reconnaître la faute du patron et que ça l'oblige à prendre des précautions après, voilà.*
 - *Monsieur Durand : Ben nous comme on n'a plus, y'avait plus rien.*
 - *Madame Durand : Y'a plus de patron [...] »*

Cet extrait témoigne à la fois d'une forme de « fatalisme du subordonné » (cf chapitre précédent), et de l'état de fatigue physique et morale dans lequel ces malades se situent souvent, et qui contraint leurs démarches.

Monsieur Teyer suggère en outre le rôle du collectif d'entreprise dans la décision de porter plainte (cf chapitre 6), une démarche compromise par la disparition du site sur lequel monsieur Durand travaillait. Le collectif qui se joue ici est celui qui se structure autour d'une entreprise et d'un employeur spécifique et non celui qui s'oppose aux patrons en tant que catégorie antagonique. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les bornes des collectifs de référence sont mouvantes.

Le **30 janvier 2015**, soit près de deux ans après le diagnostic de ses maladies, monsieur Durand reçoit la notification de la rente dont il va pouvoir bénéficier. Un taux d'IPP de 67% lui est attribué pour son cancer, soit le minimum pour un cancer de ce type⁵⁰⁷.

⁵⁰⁷ Selon le Code de la Sécurité sociale, Barème indicatif d'invalidité (maladies professionnelles), annexe 2.

Le **26 février 2015**, le médecin-conseil du FIVA va lui attribuer quant à lui un taux d'IPP à 100% sur la période du 30 mai 2013 au 29 mai 2015 (l'indemnisation étant rétroactive) : le barème utilisé par le FIVA ne recoupe pas celui qui sert de référence pour les médecins de la Sécurité sociale. En l'absence de consolidation, son taux d'IPP sera réévalué le 30 mai 2015, et possiblement baissé s'il ne présente pas d'éléments d'aggravation : l'indemnisation dépend étroitement du devenir du corps, attesté médicalement. Le **21 mai**, monsieur Durand se rend en consultation de pneumologie, à l'issue de laquelle un compte-rendu conclut à une aggravation de son état de santé. Il reçoit, le lendemain, une proposition d'indemnisation du FIVA (la notion de proposition impliquant la possibilité d'une contestation devant la CA). Cette indemnisation, perçue comme taboue du fait des montants qu'elle implique, suscite des pratiques de discrétion et de confidentialité :

« Monsieur Teyer : Il n'est pas venu beaucoup à l'association, je suis passée beaucoup ici, les gens qui ont des problèmes comme ça, on évite de les faire se déplacer, déjà là-bas il y a du bruit, ce n'est pas discret, quand on commence à parler d'indemnisation c'est gênant, voilà. »

On l'a vu, l'indemnisation sur laquelle peut ouvrir la catégorisation suscite des lectures morales qui s'expriment par un sentiment de gêne ou une forme de stigmatisation.

En **juin 2015**, Monsieur Durand adresse au FIVA une demande d'indemnisation pour la tierce personne, appuyée en juillet, à la suite d'une demande de documents complémentaires, par un certificat de dégradation de son état de santé rédigé par son pneumologue induisant la nécessité d'une aide.

Je rencontre Monsieur Durand sept mois plus tard, le **21 janvier 2016**. Il décédera le **26 novembre 2017**, soit deux ans et demi après l'aboutissement de ses démarches de reconnaissance de l'origine professionnelle de son cancer et d'indemnisation.

Synthèse

Les parcours, généralement, débutent avec le diagnostic du cancer, qui prend appui sur les technologies médicales. La définition de soi en tant que « malade d'un cancer » est donc souvent investie de façon prioritaire, avant l'identification à un groupe de « malades du travail », d'ouvriers ou d'anciens collègues. Toutefois, ces derniers peuvent prendre une place

importante dans la saisie de la catégorie. En effet, l'expertise de ce qui a fait un environnement de travail commun est d'abord renvoyée aux collègues. Ainsi, les médecins diagnostiqueraient la maladie, et non son origine, reprenant la scission pratiquée dans l'espace médical par certains médecins non spécialistes. Le préjudice se construit ensuite collectivement à travers l'investissement d'un registre victimaire incité par l'association dans le cadre notamment de la production de témoignages destinés à l'institution. Malgré tout, contenues par un certain fatalisme lié à la fois à la position sociale et au corps affaibli, les démarches restent cantonnées en-dehors des tribunaux et de la sanction directe de l'entreprise : elles peinent ici à faire sens au-delà d'une destinée individuelle, tant la gravité de son atteinte lui paraît exceptionnelle en regard de ce que donnent à voir les corps des anciens collègues de sa « première carrière » – les ouvriers de la fabrique de chaudières industrielles.

3. Le rôle central des associations : Monsieur Zeckler et son épouse

Un travail individuel d'enquête

Monsieur Zeckler, 72 ans, souffre de maladies respiratoires depuis dix ans quand son cancer broncho-pulmonaire est diagnostiqué en **2015**. Ouvrier professionnel électricien puis cadre dans un bureau d'étude de la même entreprise de pneumatiques, il est questionné par son pneumologue (son médecin traitant selon son épouse), sur la probabilité d'une exposition à l'amiante. À la suite de cette consultation, il entreprend de recueillir des informations sur d'éventuelles démarches en maladie professionnelle auprès d'un ancien collègue, ouvrier à la maintenance, par ailleurs bénévole au sein du petit groupement local de l'ANDEVA. Ce qui se joue ici dépasse pour monsieur Zeckler le strict cadre médical :

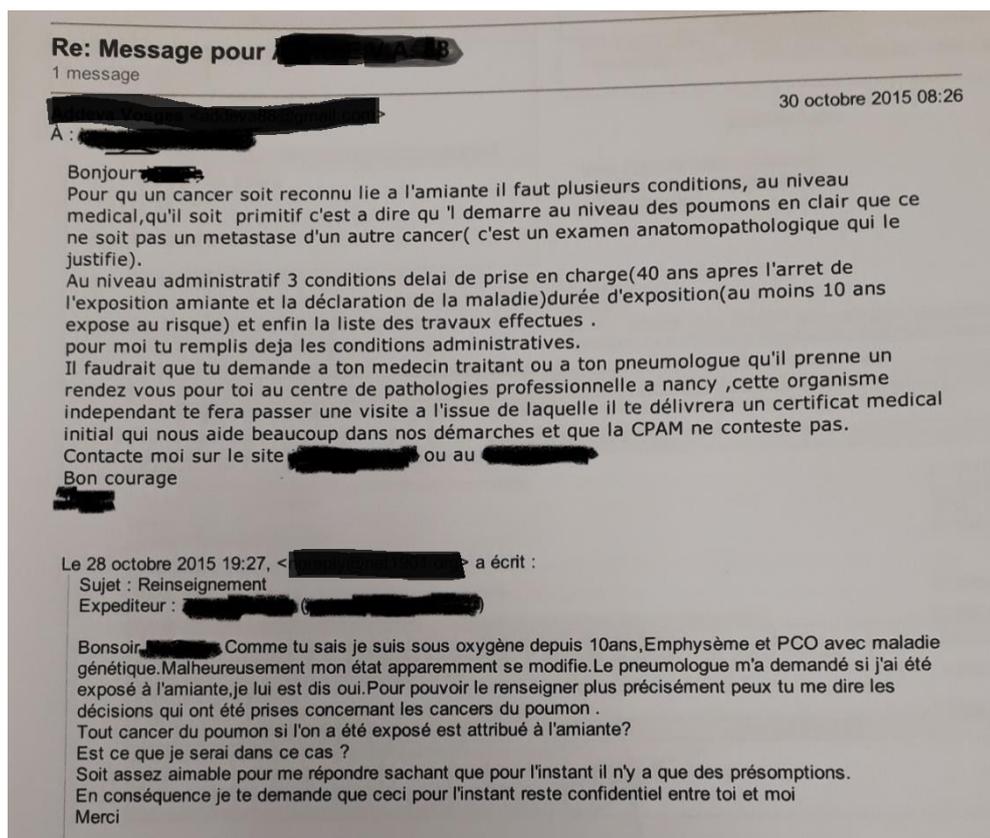


Figure 13. Prise de contact avec une association. La « déclarabilité » du cancer est ici interrogée en premier lieu.

Ici, le « cancer du travail » paraît abordé comme une construction « administrativo-médicale » : monsieur Zeckler entreprend de renseigner son médecin avec des décisions administratives. L'existence de la catégorie est ainsi conditionnée à son cadre institutionnel : la maladie n'existe pas sans potentiel de déclarabilité. Toutefois, alors même que cette appréhension est largement institutionnelle, les « experts associatifs » – par ailleurs d'anciens collègues – sont mobilisés afin de donner corps à cette présomption médicale : différents registres de légitimité sont ainsi mobilisés ici.

Son épouse revient sur le rôle déterminant de son médecin, lui-même sensibilisé dans le cadre de sa pratique clinique, dans la saisie de la catégorie institutionnelle – monsieur Zeckler étant décédé avant l'aboutissement de ces démarches, je dispose uniquement du récit de sa veuve :

« Madame Zeckler : C'est son médecin traitant qui lui a dit parce qu'il connaissait beaucoup Monsieur Seiler [un ancien collègue, décédé d'une maladie reconnue en lien avec l'inhalation de poussières d'amiante], il l'avait soigné aussi donc un jour il avait discuté avec mon mari puis il lui a dit "il n'y a pas de raisons que vous ne le fassiez pas non plus", et c'est ça qui l'a décidé. Si le médecin traitant ne lui avait pas

dit d'essayer de faire quelque chose, il ne l'aurait même pas fait, je ne pense pas [...] il est rentré, il m'a dit "ben tiens, je vais peut-être faire une demande pour l'amiante, le docteur B. m'a dit que je devrais essayer". Voilà, c'est tout ce qu'il m'a dit. Alors après, bon, il s'est lancé là-dedans, il a fait ça dans son p'tit coin, sans plus, mais c'est vrai que de lui-même, il n'aurait pas osé le faire je pense. »

Cette incitation portée par le médecin tend à contrebalancer les réticences nées d'un sentiment de dette envers l'employeur (cf chapitre précédent) :

« Monsieur Teyer : Oui c'est vrai qu'on a des personnes qui n'ont jamais voulu faire de demandes de maladie professionnelle parce qu'elles disent "c'est eux qui m'ont nourri, je ne vais quand même pas". Mais il ne faut pas nourrir d'une main et empoisonner de l'autre.

- Madame Zeckler : Je pense qu'au début il avait peut-être aussi cette idée parce que [l'entreprise] c'était quand même... il a quand même travaillé là-dedans et puis il aimait bien donc c'est vrai qu'au début peut-être qu'il a eu du mal aussi à... bon après une fois qu'il avait fait la première démarche, il a continué, mais c'est vrai que ça n'a pas dû être simple pour lui non plus. »

En effet, l'appréciation de sa légitimité à déclarer une maladie professionnelle est collectivement construite et permet de dépasser un certain dilemme moral, hérité notamment d'un sentiment de dette envers l'entreprise : le professionnel médical, comme les pairs, sont des acteurs incontournables de cet arbitrage préalable à la déclaration. Cette construction collective permet avant tout de se sentir autorisé à déclarer, mais pas obligatoirement – pas encore – de se définir comme « malade du travail » : c'est la décision institutionnelle, dans ce type de parcours, qui se chargera de valider l'entrée définitive dans la catégorie.

La difficile compréhension des démarches administratives

Cet arbitrage conduit donc monsieur Zeckler à transmettre une demande de reconnaissance en maladie professionnelle à la CPAM. Cette démarche semble se faire de manière isolée, ou mal conseillée, la CPAM soulignant à deux reprises des documents manquants ou inadaptés : le **23 novembre 2015**, la CPAM lui demande de leur retourner un certificat médical constatant sa maladie.

Le **3 décembre 2015**, la CPAM le sollicite de nouveau, le certificat transmis n'étant pas adapté à sa demande : son médecin a rédigé un certificat d'accident du travail et non de maladie professionnelle, probable expression d'un manque de formation médicale au suivi de ces démarches.

Le **14 décembre 2015**, monsieur Zeckler transmet les documents détaillant sa carrière professionnelle à la CPAM.

Certifie l'exactitude des faits ci-après :
 J'ai été embauché le 09/06/1966 à [redacted] Clermont Ferrand. Puis j'ai
 été muté le 01/07/1969 à l'usine de Galbey comme ouvrier professionnel
 électricien puis comme technicien bureau étude électrique en 1971
 jusqu'au 30/06/2000 (pré retraite).
 L'amiante a été utilisée à l'usine sous diverses formes. En plaque comme
 isolant phonique, sur des capots machines BDX 700 machine en tôle sur
 tous les freinages machines (Parré, TT40, M32, BEX, 129, 144) qui étaient
 équipés de garniture, ferrodo et ce sur les enrouleurs et dérouleurs de
 chaque machine, des joints, étanchéité boîtes chauffantes F500, TT40,
 (chaudière) etc... (rondes) (isolation résistances de freinage sur de
 nombreuses installations) sur de nombreux équipements (groupes ou
 l'isolation était faite par de l'amiante on bardin) dans tous les ateliers
 de l'usine. Lorsque la dangerosité du produit a été reconnue des actions
 ont été entreprises seulement dans les années 1990. On ne m'a jamais
 réellement informé du danger de l'amiante et donc pas fourni de moyen
 de protection pour me protéger moi-même mais aussi le personnel dont j'ai
 la responsabilité. Les charpentes, les chemins de câbles, les rampes d'éclairage
 (le vide technique des sous stations RA01 et RA02 étaient recouvert de
 poussières).
 - SUITE AU VERSO -

Figure 14. Exemple de déclaration des expositions professionnelles auprès de la CPAM. L'absence d'information concernant les risques relatifs à l'amiante est bien soulignée, et ce malgré sa place dans la hiérarchie.

Plus différentes activités au bureau d'étude, ma responsabilité a
 circuits Haute Tension et Basse Tension, puisance au sein de toute l'usine
 imposant ma présence dans tous les ateliers de fabrication ainsi que dans
 locaux annexes.
 Soit par vérification (visites annuelles et triennales obligatoires) les équipements
 et installations.
 Soit pour suivre les équipes de montage soit les entreprises extérieures pour
 l'installation, la modification des installations et des équipements.
 Nota: les travaux neufs se faisaient à proximité des machines qui étaient
 soit en service soit en maintenance.
 Les contrôles systématiques, les modifications électriques se faisaient
 fréquemment pendant l'arrêt pour maintenance de façon à ne pas cumuler
 les arrêts production, pour les mêmes raisons les mécaniciens étaient souvent
 présents à nos côtés pour vérifier la partie mécanique dont les freinages
 (démontage, nettoyage, vérification et remontage)
 Le contrôle et le dépoussiérage des Transformateurs, des cellules de protection
 HT et BT des sous stations électriques (donc 3 étaient équipés de régulateurs
 avec plaque d'amiante) se faisaient à l'aide de balayette, de efflores, balais
 et aspirateurs.
 En pré retraite depuis 2000 j'ai été peiné, attristé d'apprendre
 que parmi le personnel que j'ai dirigé 4 personnes ont été reconnues
 malades de l'amiante, dont deux sont décédées suite à cette
 exposition.

Figure 15. Exemple de déclaration des expositions professionnelles auprès de la CPAM, suite. L'environnement toxique est construit à travers le détail des activités mais aussi les antécédents de reconnaissance parmi les anciens collègues, soit le collectif d'entreprise.

Parfois, l'activité professionnelle ayant déjà fait l'objet d'une description via le formulaire Cerfa, cette seconde demande d'informations concernant les expositions professionnelles peut surprendre, voire décourager. Il s'agit en fait d'une procédure qualifiée d'enquête

contradictoire, pour laquelle des questionnaires sont transmis à la fois à l'employeur et au malade (cf chapitre 5).

La problématique morale des témoignages : entre destin individuel et conscience d'une subordination

Deux témoignages accompagnent les documents retournés à la CPAM. Madame Zeckler raconte, de nouveau, toutes les difficultés morales initialement rencontrées par son mari avant leur obtention. Cette posture de gêne semble s'expliquer par la crainte d'être perçu comme un quémandeur sollicitant, de surcroît, un investissement risqué, soumis à la possibilité de représailles :

« Madame Zeckler : Oui parce que déjà rien que quand monsieur Teyer nous a dit qu'il fallait faire écrire à des collègues des courriers pour attester qu'il travaillait là, déjà rien que ça, ça le gênait un peu d'aller demander à quelqu'un de lui faire un courrier, il n'osait pas, il ne serait pas allé voir quelqu'un pour. Bon, on a un ami qui habite T., il l'a fait, et monsieur Teyer a eu la gentillesse de lui en faire un deuxième, mais ça l'embêtait, même Seiler, [...] il a dit "bon, je sais qu'il habite G." mais je voyais bien qu'il avait du mal...

- Monsieur Teyer : Non mais il m'avait dit "je ne voudrais pas avoir trop affaire avec" mais bon, moi, j'ai envoyé un message et il m'a dit oui tout de suite donc voilà.

- Madame Zeckler : ça, ça le gênait beaucoup d'aller demander à des gens de se...

- Monsieur Teyer : Mais c'est pour tout le monde pareil hein, quand on fait des autres reconnaissances de maladie professionnelle, qu'on leur demande de trouver des attestations, les gens réagissent tous pareil, c'est difficile d'aller trouver quelqu'un.

- Madame Zeckler : Oui, d'aller demander à quelqu'un de se mouiller [...] puis on empiète un peu dans leur vie et puis bon, ils n'ont peut-être pas envie non plus par rapport à [l'entreprise] aussi. »

La gêne exprimée ici dessine la position vulnérable des ouvriers, une domination qui contraint l'agir collectif : si la fragilité est collective, elle est vécue individuellement dans ses conséquences par peur d'éventuelles sanctions. Mais elle peut également être renvoyée d'emblée au privé (« *on empiète un peu dans leur vie* »), la maladie relevant de la sphère de l'intime. Toutefois, le statut de « responsable » de monsieur Zeckler – sa place dans la hiérarchie de l'entreprise – rend probablement d'autant plus délicate cette démarche : il s'agit non seulement de « se mouiller » mais de « se mouiller » pour un responsable. Monsieur Teyer l'explique ainsi : « *Parce que le mari il était responsable un p'tit peu comme je vous ai dit, et dans les agents qui travaillaient pour lui, y'en a quatre qui ont des déclarations de maladie professionnelle dont deux sont décédés suite à des cancers de l'amiante, avec reconnaissance du décès lié à la maladie professionnelle.* »

Cette place spécifique dans la hiérarchie complexifie la construction de la légitimité à prétendre à la catégorie, la « maladie du travail » relevant dès lors d'un droit ouvrier, sombre « avantage » du subordonné.

Avec le décès du malade, le risque d'une bifurcation sémantique et pratique

Le **7 mars 2016**, la CPAM transmet une demande de délai complémentaire d'instruction. Un mois plus tard, le **6 avril**, monsieur Zeckler décède, il ne connaîtra pas l'aboutissement de ses démarches.

Le **6 mai 2016**, la veuve de monsieur Zeckler reçoit une notification de transfert du dossier devant le C2RMP : une condition liée à la liste limite des travaux n'est pas remplie. Je la rencontre le **26 mai**, accompagnée par un bénévole de l'association. Elle apparaît alors complètement démunie face à cette procédure. En deuil, et déjà peu à l'aise avec les démarches administratives, elle se questionne sur l'utilité de poursuivre ce qu'elle considère comme des efforts vains. L'association a ici un rôle déterminant : à la suite de la disparition de monsieur Zeckler, à l'initiative des démarches de maladie professionnelle et peu enclin à évoquer à la fois sa maladie et son travail avec son épouse, c'est un bénévole qui va prendre en charge la poursuite des démarches afin de respecter ce qu'il perçoit comme relever des volontés du défunt. Le décès du malade peut en effet représenter une bifurcation dans le processus de catégorisation. Madame Zeckler exprime ainsi ses doutes :

« Et du coup, c'est important pour vous de la faire reconnaître en maladie professionnelle ?

- Madame Zeckler : ... j'avais demandé à Monsieur Teyer de laisser tomber vu le mal qu'il se donne pour essayer de faire quelque chose [...] Étant donné que ça n'aboutira jamais je me suis dit "ce n'est pas la peine"... Je voulais arrêter, j'ai dit à Monsieur Teyer : "mon mari est décédé, voilà, on arrête tout".

- Monsieur Teyer : Non, écoutez, c'était son intention de le faire lui, on essaie d'aller jusqu'au bout, hein ? Après, si ça marche, vous ne serez pas perdante, voilà. Mais ça ne remplacera pas, on est bien d'accord. »

La réparation est pensée par Madame Zeckler sur un registre individuel : son mari étant décédé, son corps disparu, il n'y a plus rien à réparer. En revanche, on l'a vu, monsieur Teyer développe un argumentaire plus collectif (tour à tour celui de l'entreprise, de la condition salariale ou des victimes de l'amiante) et prend ici appui sur les volontés individuelles du salarié : références au collectif et registre individuel s'agencent une nouvelle fois de façon complexe. Monsieur Teyer évoque, en outre, l'argument financier avec précaution, anticipant probablement d'éventuelles lectures morales (cf chapitre 6).

La place ambivalente des épouses dans le processus de catégorisation

La difficulté perçue des démarches est amplifiée par le sentiment de manquer de connaissances utiles à la déclaration, à la fois professionnelles (cf chapitre 7) et médicales. Le « monde du travail » est ainsi d'abord présenté comme une « affaire d'hommes » :

« Quand on avait des amis à souper, ben les bonhommes c'était des M.⁵⁰⁸ la plupart donc ils parlaient entre eux, nous on parlait enfants et puis chiffons mais on entendait toujours, on avait une petite oreille qui trainait, ils parlaient de ci, ils parlaient de ça quoi, mais bon, entre eux, parce qu'avec moi, pff, ça ne m'intéressait pas ce qu'il se passait à l'usine en fin de compte. »

Madame Zeckler, ainsi, se sent incapable de témoigner pour son mari :

« Ben disons qu'il a toujours entendu parler d'amiante dans les usines tout ça à une certaine époque mais bon, de là à lui se sentir concerné dans l'immédiat, il n'en a jamais parlé en fin de compte [...] Tout ce qui était usine, il n'en parlait pas beaucoup. Et puis déjà, en plus, quand il devait aller chez le dentiste, c'était une affaire d'état, alors tout ce qui était maladie, c'était un sujet qu'il évitait mais alors religieusement, parce qu'il n'aimait pas en parler. »

Le statut de santé, s'il doit être affirmé dans l'espace administratif – et, ici, associatif – pour prétendre accéder à la catégorie légale, se trouve effacé dans l'espace domestique. La maladie du travail vient, alors, recomposer ces frontières qui organisent les différentes sphères des existences individuelles. Toutefois, cette déconnexion de la procédure tranche avec le rôle pris par de nombreuses épouses dans la catégorisation, à la fois productrices de sens et appuis aux démarches administratives (cf chapitre précédent).

Une reconnaissance institutionnelle tardive et l'exigence d'une nouvelle certification

Le **3 juin 2016**, la CPAM notifie un refus de prise en charge de la maladie professionnelle en l'attente de l'avis du C2RMP.

Le **17 novembre 2016**, un avis favorable est rendu par le C2RMP, soit plus de sept mois après son décès.

Le **29 décembre**, le décès de monsieur Zeckler est reconnu en lien avec son cancer, garantissant la transmission de la rente à sa veuve. La gestionnaire de la CPAM explique ainsi cette procédure administrative :

« Quand il y a une demande de maladie professionnelle, il décède pendant ce temps-là, on leur demande un certificat du médecin comme quoi le décès est en relation avec la maladie professionnelle parce que ce n'est pas forcé, les trois-quarts du

⁵⁰⁸ Nom de l'entreprise.

temps mais pas forcément donc on étudie à la fois la maladie professionnelle, la reconnaissance – il faut déjà qu'elle soit reconnue – et après on demande au service médical par rapport aux certificats du médecin traitant, voir si la maladie a bien provoqué le décès. Après, je pense qu'ils demandent des compte-rendu, là c'est médical, on ne peut pas les voir. »

Ce transfert vers les ayants-droit est donc permis au prix d'une nouvelle certification sur un corps désormais sans vie (cf chapitre 4). Il s'agit, ainsi, de lier un décès à une maladie héritée du travail – catégorisée comme telle. Cette reconnaissance institutionnelle du travail mortel sans responsabilités judiciaires amène ainsi certains acteurs à revendiquer le basculement du champ sémantique des atteintes du travail vers celui de la responsabilité pénale et du crime (cf annexe 9).

Un mois et demi plus tard, le dossier FIVA est transmis avec l'aide de l'association. Madame Zeckler reçoit finalement une proposition d'indemnisation le **25 mars** qu'elle accepte : son parcours institutionnel prend fin ici.

Synthèse

Face à l'annonce du diagnostic et malgré l'information, par le médecin, de la probabilité d'une causalité professionnelle, c'est le potentiel de « *déclarabilité* » qui oriente l'appréciation du cancer du travail – ou, plus précisément, d'un cancer de l'amiante. Dès lors, se sentir légitime fait intervenir les médecins mais aussi les anciens collègues devenus « experts » au sein des associations locales. Celles-ci, par le jeu des échanges de témoignages, organisent de nouveaux collectifs – « sous conditions » – dont les liens restent toutefois temporaires (cf chapitre 6) et d'autant plus complexes à nouer que le travailleur bénéficiait d'un statut hiérarchique intermédiaire. Cette pratique d'échange mutuel témoigne néanmoins de la gêne existante à demander des témoignages et de la peur des représailles sous-jacente, conséquence d'une place subordonnée. L'association permet ainsi de la contourner mais aussi, ici, d'assurer la continuité des démarches malgré le décès, et ce au-delà des registres de réparation investis, parfois liés à une individualité « flouée », parfois à un préjudice collectif, salarié ou ouvrier. En effet, le décès laisse les épouses en première ligne, reconfigurant les rapports sociaux qui se jouent prioritairement, à la faveur d'un sentiment d'illégitimité des femmes à évoquer le travail de leur mari : ce sont alors d'autres hommes qui se chargent de poursuivre les démarches amorcées de son vivant.

4. Le rôle des sociabilités territoriales : Monsieur Tardy

Un diagnostic « accidentel »

En **2011**, Monsieur Tardy, retraité, est victime d'un accident : il tombe d'une échelle alors qu'il étaye un arbre. Il est amené d'urgence au CHU de N. avec onze côtes brisées et un pneumothorax. C'est à cette occasion que va lui être découverte une « tache au lobe supérieur droit ». L'accident, et la thérapeutique qu'il a nécessité (il évoque trente-trois séances de radiothérapie), donne lieu à un récit détaillé : expérience de la fragilité et de la périssabilité de son corps, cet événement apparaît particulièrement marquant.

C'est son pneumologue, à E., qui aurait évoqué le premier le lien possible avec l'amiante. Monsieur Tardy a en effet travaillé quatorze ans dans une industrie textile en tant que monteur de chaînes, puis vingt-huit ans au sein d'une usine de pneumatiques, jusqu'à sa retraite en 2000.

Une porosité des frontières professionnelles et privées

Son beau-frère, concerné avant lui par une pathologie du travail, le renvoie un ou deux ans plus tard – 2012 ou 2013 – (il ne semble pas au clair), vers l'association : la catégorisation de l'atteinte du travail est une affaire collective dans laquelle les hommes occupent une place importante⁵⁰⁹. L'enclenchement des démarches n'est pas immédiat, il nécessite une conjonction d'événements, de discours et nécessite, donc, d'être contextualisé : « *C'était en 2011 mon accident, j'avais commencé en 2012, disons... parce que j'ai été (sonné?) environ un an quoi, c'est moi qui ai tardé, ma frangine et mon beau-frère ils m'en parlaient, je disais "oh, laissez-moi avec ça" et tout ça, et puis un beau jour ils m'ont emmené, allez hop !* » Le recours à l'association a un effet « tache d'huile » qui, on l'a vu, repose largement sur les sociabilités territoriales :

*« Non. Non. Non parce que ma frangine, avec le beauf, ils avaient commencé à faire les démarches, ça n'en finissait pas, il manquait toujours quelque chose [...] alors il manquait une virgule, crac, un courrier et tout ça, et puis elle a appris qu'il y avait l'association par quelqu'un qu'elle connaissait qui travaillait avec nous aussi, un ancien président d'ici "mais viens donc à l'ANDEVA !" qu'il lui dit, et ça a été tout seul à partir de là, autrement de moi-même je ne l'aurais pas fait. **J'étais malade et puis c'est tout. C'est du fatalisme.** »*

Les premiers temps avec la maladie sont ainsi marqués par le repli sur celle-ci. Le discours médical, tenu à l'occasion du diagnostic – monsieur Tardy répétera à plusieurs reprises au cours de l'entretien que, sans son accident, il ne lui restait plus que six mois à vivre – est accusé avec

⁵⁰⁹ Les études menées sur cette question nous incitent à penser que les hommes mettent en mots tandis que les femmes gèrent les rendez-vous. C'est aussi ce qui ressort de certains parcours associatifs. Cependant, rien ne permet ici de l'attester avec certitude.

violence. De plus, monsieur Tardy explique comment son cancer a été, et reste, une expérience corporelle douloureuse, tant au niveau des stricts ressentis sensoriels que des limitations du « faire » :

« J'ai pensé simplement à mon mal, mal physique, mon mal, mais le mal à proprement parlé, en lui-même, non. Et encore maintenant, je n'y pense pas. C'est la seule façon pour moi de... on voulait me coller des psychologues et tout, oh non... je n'ai pas voulu. Je suis tout seul avec ça... enfin, tout seul, je me comprends. Y'a une chose qui me le rappelle assez, c'est que je ne peux plus rien faire. »

Ce renfermement sur le corps et un nouveau statut de « malade », la « pesanteur administrative », mais aussi la peur des représailles, apparaissent comme des facteurs contraignants la saisie de la catégorie et l'investissement des démarches de reconnaissance, d'autant plus en situation d'isolement : « *L'inquiétude et tout peut-être [...] par exemple, qu'ils se retournent contre moi, alors ça, j'avais peur de ça.* » Ici, monsieur Tardy trouvera toutefois un levier dans sa proximité avec des pairs, qui ont partagé le même « destin » que lui. Il dépose ainsi un dossier de maladie professionnelle auprès de la CPAM. La démarche n'a alors pas, pour lui, de visée revendicative :

« Je me suis dit "ce n'est pas possible, ce n'est pas ça, ça sera refusé" je ne m'inquiétais pas tellement quoi. Vous savez, j'ai touché un capital, et j'ai une rente et tout ça, je ne demandais pas ça, je n'y allais pas pour ça, je ne savais même pas combien j'allais être [indemnisé]. »

Monsieur Tardy obtient la reconnaissance institutionnelle de son cancer en **octobre 2013**, via le tableau 30bis. Comme pour monsieur Durand, le médecin-conseil lui octroie ensuite un taux d'IPP de 67%. L'indemnisation est acceptée avec distanciation, inapte à « réparer » : « *ça ne remplace pas, ce n'est rien du tout, rien. Je n'en avais pas besoin, mais je le prends quand même, je ne vais pas le donner.* » Il témoigne, pour autant, d'un sentiment de légitimité à percevoir cette indemnisation et se lit désormais en victime, sur la base même de ses souffrances corporelles (cf chapitre précédent).

Huit mois plus tard, en **juin 2014**, soutenu par l'association, monsieur Tardy présente une demande de reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur. Après plusieurs reports d'audience, la faute inexcusable est finalement plaidée en **janvier 2015**, et le délibéré obtenu près d'un an plus tard, en **mai 2015**. Monsieur Tardy obtient alors confirmation de sa demande, sa rente est majorée, et son ancienne entreprise décide de ne pas poursuivre en appel. Pour lui, il a ainsi obtenu une rente payée par son patron, à la différence du FIVA qui reconnaîtrait bien plutôt « *la faute du gouvernement d'avoir été aveugle* », par ailleurs plus généreux dans les indemnisations versées. Il reste toutefois relativement confus sur ses modalités

d'indemnisation, et affirme finalement : « *Je n'ai pas tout lu. J'étais bien content que ce soit fini tout ça.* »

Synthèse

L'information donnée par le médecin ne suffit pas toujours à saisir la catégorie et à investir les démarches. Parfois, un temps de latence important peut séparer l'évocation médicale du lien de causalité et la déclaration – quand celle-ci n'est pas complètement abandonnée. Les sociabilités familiales et territoriales jouent alors un rôle important, pour passer notamment la peur des représailles : les solidarités familiales, très ancrées au territoire dans les milieux populaires du fait d'une faible mobilité géographique, sont ici une ressource (c'est le sens de la notion de « capital d'autochtonie » telle qu'utilisée par Renahy, 2010). En outre, comme nous l'avons vu pour monsieur Durand, monsieur Tardy paraît se confronter à un conflit de « nouvelles identifications ». Ainsi, le corps est d'abord pensé à travers la maladie et son impossible réparation, un corps « empêché » qui faisait la fierté du travailleur ouvrier (ainsi, monsieur Tardy évoquait ses collègues qui, alors même qu'ils étaient « serrés »⁵¹⁰, sont décédés malgré tout). Cependant, c'est précisément sur la base de ces nouvelles limitations que le statut de victime, souvent, se construit. De plus, ici, le contact avec les ouvriers de l'industrie locale soutient le sentiment d'avoir vécu un préjudice qui est collectif – et ce d'autant plus que monsieur Tardy était ouvrier dans l'usine particulièrement représentée au sein de l'association à laquelle il adhère.

5. L'identification biologique, socle à l'appréciation d'une responsabilité sans visage : Monsieur Chevillard

L'ouverture conflictuelle du diagnostic

Monsieur Chevillard, retraité, a travaillé cinq ans dans l'industrie puis trente-neuf ans dans un lycée en tant que professeur d'électricité puis chef de travaux. Atteint d'une toux qu'il juge inquiétante, il en rend compte à plusieurs reprises à son médecin traitant. Monsieur Chevillard n'ayant jamais fumé, son médecin va décrédibiliser son inquiétude :

« Ça faisait quelques temps que je toussais et quand j'allais voir mon docteur, je disais “écoutez docteur, je tousse” “oh, monsieur Chevillard, vous n'avez jamais

⁵¹⁰ Un équivalent de l'adjectif « costaud ».

fumé, j'ai soigné vos parents...". Bon, je repartais avec ma petite bouteille de sirop puis je baissais la tête, je disais "ouais, oh, t'es peut-être un peu trop fragile". »

En l'absence de comportements individuels jugés délétères et dans un contexte de contrôle des prescriptions médicales (cf chapitre 4), son médecin a procédé à une rétention d'examen à visée diagnostic avec deux conséquences. D'une part, une forme d'autoculpabilisation qui se nourrit de l'injonction médicale à faire preuve de résistance (d'autant plus prégnante, probablement, du fait qu'il soit un homme) et qui conduit à l'intégration de l'illégitimité de sa demande. D'autre part, un retard dans le diagnostic, et donc dans la potentialité de construire le cancer comme une atteinte professionnelle.

Cependant, à la suite d'un épisode de toux exceptionnel, son épouse va insister pour qu'il retourne consulter. Monsieur Chevillard se confronte à une nouvelle réticence : « *Il me dit "vous rigolez ? Je ne vais pas vous faire passer une radio parce que vous toussiez !"* ». Monsieur Chevillard va alors insister, « ruser », en évoquant son apnée du sommeil et ainsi obtenir – enfin, fort de ses ressources familiales – la prescription l'autorisant à passer un scanner :

« [...] je lui dis "au fait, docteur, je tousse peut-être un peu plus depuis que je mets un appareil respiratoire puisque je fais de l'apnée du sommeil, qu'est-ce que vous en dites ?" "oh bah je ne sais pas" alors j'ai saisi la balle au bond, j'ai dit "écoutez, puisque vous ne savez pas, vous me faites passer une radio" "bon, bon, puisque vous voulez aller passer une radio, allez, hop, vous irez passer une radio chez votre neveu" – j'ai mon neveu qui est radiologue à JC [...] »

L'examen révèle une « zone d'ombre » qui vient confirmer le diagnostic profane :

« Je passe la radio, et c'est là qu'ils m'ont diagnostiqué donc [...] une zone d'ombre comme il dit, je ne sais plus comment, qui était en haut du poumon et quand il a vu le résultat, alors là, ce n'était plus pareil, olala ! "oh bah vous alors !" – comme ça, je le vois toujours : "oh bah vous alors !"». Je lui dis "docteur, ça fait combien de fois que je vous le dis que je toussais ?" "oh, y'a pas longtemps !". Je n'ai pas insisté. »

Face à ce résultat, son médecin le renvoie vers un pneumologue afin de solliciter son expertise. La biopsie (outil diagnostic du cancer, il s'agit d'un support au classement nosologique du type d'atteinte et *a fortiori*, de la construction de sa causalité professionnelle) se révélant être un échec, Monsieur Chevillard va se soumettre à un nouvel examen, un PET-scan. Cet examen conclut à un cancer bronchopulmonaire. L'opération apparaissant comme une technique thérapeutique opportune dans sa situation, monsieur Chevillard va subir une chirurgie visant à lui retirer un lobe pulmonaire.

L'obtention de « preuves biologiques »

Cette opération va permettre l'analyse de prélèvements pulmonaires qui révéleront une concentration très importante de corps asbestosiques⁵¹¹, témoins biologiques d'une exposition à l'amiante. Le recours à cette analyse n'est pas automatique : elle est essentiellement utilisée dans les cas où les données d'exposition sont mal renseignées, ce qui signifie que certains contextes professionnels se passent de « témoins biologiques » tant il est reconnu par la communauté scientifique qu'ils sont délétères⁵¹² (cf chapitre 4). Face à ces résultats, la chirurgienne qui l'a opérée évoque le lien entre ce toxique et la pathologie dont il est atteint :

« [...] c'est là que le chirurgien, pendant l'opération, puisque je n'ai jamais fumé, il s'est dit "comment il a pu attraper ça ?" donc elle a fait des prélèvements et c'est là qu'elle a vu que j'avais un très fort taux d'amiante. Je crois que le taux à peu près où il n'y a pas de risques c'est 1000 N- je sais plus quoi, NG, et là j'étais à pratiquement 17 ou 18 000 donc elle me dit "monsieur Chevillard, les faits sont là, nous, c'est catégorique, ça vient d'une exposition à l'amiante". Donc c'est elle qui a commencé à mettre en route cette demande de reconnaissance de maladie professionnelle. »

L'usage des marqueurs éloignent une lecture probabiliste de l'étiologie. Cette appréhension, en conférant à la certitude médicale, est un support, pour le malade, à l'appropriation de ce diagnostic de causalité – la technologie médicale, on l'a vu, assigne et émancipe :

« C'est madame S. le chirurgien. Elle m'a dit "écoutez" – tel que – "écoutez monsieur Chevillard, vous n'avez jamais fumé, pourquoi vous avez attrapé un cancer des poumons ? Vous êtes une personne très saine" elle me dit "comme j'ai ouvert, ben j'ai fait un prélèvement, je l'ai fait analyser". Elle ne l'aurait pas fait, je ne l'aurais pas su ! Elle en a profité, elle s'est dit "ben tiens, pourquoi ?" »

De même, l'absence de comportements « à risque », soulignée par la professionnelle médicale, soutient cette définition.

Une catégorisation largement façonnée par l'espace médical

⁵¹¹ « Le corps asbestosique résulte de la transformation d'une fibre d'amiante au contact de l'appareil respiratoire », ainsi « la mise en évidence de corps asbestosiques dans les liquides biologiques [...] est le témoin rétrospectif d'une exposition à l'amiante. »

En ligne : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=corps%20asbestosique>

⁵¹² Selon la docteure en physique Cécile Chemarin et le pneumologue Michel Vincent toutefois, « l'analyse de "recherche de corps asbestosiques" est un élément important dans la détermination de l'étiologie d'une pneumoconiose. Au regard de la sous-estimation du nombre de cas de cancers imputables à l'amiante (entre cinq et douze fois selon les estimations), il est important d'envisager une recherche sur tout fragment de pièce opératoire de cancer pulmonaire. [...] Elle permet aux victimes de l'amiante d'effectuer des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle et des indemnisations au FIVA. » (Chemarin et Vincent, 2005).

En ligne : <http://www.minapath.com/wp-content/uploads/2015/12/Pathologies-pulmonaires-et-amiante-Lettre-du-Pneumologue-2005.pdf>

Opéré à l'hôpital de N. pour un cancer bronchopulmonaire, monsieur Chevillard entre dans les conditions du repérage systématique pratiqué par le centre de consultation de pathologies professionnelles, il y est donc convoqué. La probabilité d'un lien de causalité unissant sa pathologie et son activité professionnelle lui est alors confirmée, et les démarches possibles explicitées : « [...] le docteur T. m'a convoqué, m'a posé un certain nombre de questions et puis elle m'a dit "bon écoutez, oui, il faut faire la demande, la demande pour la maladie professionnelle plus le FIVA, etc." ».

Monsieur Chevillard fait état d'une démarche largement initiée par « l'hôpital », manière de signifier, aussi, qu'il ne se trouve pas dans une posture moralement répréhensible de quémandeur. Il définit de cette façon une posture passive, garantie de pureté de sa démarche (cf chapitre précédent) :

« [...] mais ce n'est même pas moi ! C'est directement le CHU qui m'a mis dans le système quoi, le chirurgien, madame T., etc. [...] ah oui et puis mon pneumologue, après, qui a tout lancé, m'a dit "si si si il faut le faire, non non, il n'y a aucun problème". "C'est un droit" qu'elle me dit, il n'y a pas de raisons. "Elle n'est pas venue comme ça" qu'elle m'a dit ! Mais autrement, si personne ne me l'avait dit, pffft, je n'aurais jamais rien dit, bon j'ai eu un cancer, j'ai eu un cancer, puis ça s'arrête là quoi. »

Le rôle tenu ici par le tiers médical est central : dans la mise en lumière des expositions (les savoirs techniques concernant les expositions restent majoritairement le fait de certains professionnels médicaux) et dans la légitimation (mais aussi, dans d'autres cas, de la délégitimation) de la procédure de reconnaissance. La perception du risque est en effet complexe : si l'action délétère de l'amiante est connue, sa présence sue – tout au moins supposée – ses mécanismes d'action restent flous, et la maladie une surprise : « *Je suis tombé de haut quand on m'a dit ça, je vous le dis franchement. Je me suis dit "ah quand même, je ne pensais pas avoir fait, avoir été au contact direct avec tout ça" mais bon, bref, le fait est là.* » De la même façon, un métier peu conçu comme à risque freine la construction du lien travail/maladie : « *Ouais mais enfin, en tant qu'enseignant, ce n'est pas évident non plus, hein ? 38-39 ans d'enseignant, malgré que, je vous dis, le docteur C. m'a dit "X, établissement reconnu à risque amiante".* » Les stéréotypes professionnels qui orientent la recherche d'une causalité

professionnelle dans l'univers médical (cf chapitre 4), se redessinent ainsi chez les malades eux-mêmes⁵¹³.

Les difficultés de la gestion des AT/MP dans le secteur public

Fin septembre 2016, monsieur Chevillard débute des démarches auprès du rectorat. Il décrit des délais très longs, de lourdes exigences en termes de documents administratifs à fournir ainsi qu'une certaine inefficacité dans la gestion de son dossier. Il va alors trouver matière à se rassurer dans la disposition légale qui assimile une absence de réponse, dans un délai de six mois, à une acceptation de la prise en charge du dossier :

« J'envoie en lettre recommandé [...] ils ont déjà mis un certain temps avant de me répondre, il a fallu que je les relance, mais je dis "ce n'est rien", parce que je sais que, au bout d'un certain temps, s'ils n'ont pas répondu, ils sont fautifs. »

Quatre mois plus tard, **fin janvier 2017**, le rectorat l'envoie consulter un médecin expert à M., qui le reconnaît à 70% d'incapacité :

« Donc ils m'envoient voir un expert à l'hôpital de M., parce qu'il n'y en a pas sur N., c'est M., donc je vais voir un pneumologue expert, docteur C. à l'hôpital de M., qui m'ausculte, il dit "de toute manière, dans nos tableaux, y'a aucun problème monsieur Chevillard, le lycée X est classé établissement à risque amiante", donc il me reconnaît, je crois, j'ai les papiers, à 70% d'incapacité, etc. »

En l'absence d'informations complémentaires écrites, monsieur Chevillard s'informe auprès du rectorat de la possibilité d'avoir accès au compte-rendu de l'expertise. Comme la procédure l'impose, il en fait la demande écrite et obtient le document souhaité. Peu de temps après, cependant, il va se voir annoncer que, l'expert n'ayant pas renouvelé sa licence, l'expertise se trouve invalidée. Monsieur Chevillard est alors renvoyé vers l'hôpital de SD, au **printemps 2017 (mars-avril)**. Le nouvel expert confirme l'expertise précédente mais, nouveau rebondissement malheureux pour monsieur Chevillard, le compte-rendu est perdu par le rectorat :

« [...] Ils ont perdu la feuille de l'expert, je téléphone à SD, je lui dis "vous avez envoyé la feuille ?" "oui, oui, on l'a envoyée". Bon, j'appelle le rectorat "ah non, on ne l'a pas reçue", je dis "ah non, je viens de les appeler, non, vous l'avez reçue", "bon, attendez, on va regarder" alors il dit "oui, effectivement, on l'a reçue mais on ne la trouve plus, on l'a perdue" donc ils ont redemandé, mais dans tout ça j'ai dit "vous savez que vous avez passé les délais hein ? Vous ne pouvez même plus me

⁵¹³ Les matériaux recueillis ne permettent toutefois pas de dire si ces stéréotypes sont homogènes parmi les médecins d'une part, et parmi les malades d'autre part, et dans quelle mesure ils se recourent.

refuser maintenant, c'est six mois !" mais tout le monde s'en moque là-dedans ! "Oh mais vous serez reconnu, aucun problème !" Je dis "ce n'est pas la question mais enfin, vous ne vous rendez pas compte le nombre de coups de fil et ci et ça, combien ça coûte, on m'a envoyé voir deux experts !" Non mais, quand on réfléchit, c'est débile tout ça ! »

Mi-juin, monsieur Chevillard reçoit le document d'expertise. Il renvoie alors son dossier au rectorat mais repousse les démarches auprès du FIVA, monsieur Chevillard percevant les vacances estivales comme un temps d'apathie administrative.

Je le rencontre pour un entretien début juillet. Je m'informe des avancées de ses démarches par téléphone le **16 novembre 2017**. Monsieur Chevillard raconte avoir contacté le rectorat deux jours plus tôt et m'explique que celles-ci sont toujours en cours, son dossier se trouvant actuellement « au ministère ». Selon lui, « *tout le monde trouve drôle* » que ses démarches n'aient pas encore abouti, une situation anormale selon l'une de ses amies qui travaillait à la Sécurité sociale. On lui aurait dit en ce sens, qu'il avait eu « *le plus mauvais employeur* », manière de souligner les difficultés d'une démarche de maladie professionnelle pour les membres de l'éducation nationale – et plus généralement, du secteur public. Il exprime à cette occasion une relative rancœur, et l'attente d'une reconnaissance symbolique de la responsabilité d'un tiers : « *Mon seul problème c'est, comme je dis toujours, ce n'est pas moi qui ai mis l'amiante dans mes poumons, y'a un fautif* » – un tiers qu'il n'identifie pas.

La définition d'une responsabilité sans visage

Je le recontacte **fin janvier 2018**. La situation n'a toujours pas avancée mais son discours reste le même : « *Enfin, si j'ai eu ce problème-là, ce n'est quand même pas de ma faute !* ». Cette affirmation de la responsabilité d'un tiers, qui s'établit sur l'identification biologique d'une exposition forte à l'amiante, était déjà présente au cours de l'entretien. Elle perdure au contact de l'institution, voire s'amplifie : « *Pff, écoutez voir, moi j'estime que si j'ai été infecté par l'amiante, ce n'est pas de ma faute donc à partir de là, y'a quand même quelqu'un qui doit assumer, ce n'est pas chez moi que j'ai attrapé ça [...] je ne peux pas dire qui, mais y'a des fautifs !* » S'il ne s'agit pas d'une définition claire de la faute, on perçoit ici un refus de porter la responsabilité de sa pathologie : celle-ci ne relève pas de la sphère privée. Cette revendication, cependant, se joue uniquement dans le cadre d'une reconnaissance administrative, monsieur Chevillard excluant l'investissement de l'espace judiciaire, et ce malgré son auto-qualification en victime (se sentir victime n'induisant pas automatiquement une volonté de « faire payer » – cf chapitre précédent). En effet, les « utilisateurs d'amiante »

ne méritent pas, selon lui, une condamnation – à l'exclusion de ceux qui ont poursuivi leur usage après l'interdiction d'utiliser cette fibre :

« Ah oui, victime, sûr ! Alors ça, je dis oui ! Ce n'est pas moi qui me l'ai mis dans les poumons hein [...] ceux qui ont mis de l'amiante, eh bien il arrive un moment où il faut qu'ils assument aussi, il n'y a pas de secret : moi j'ai un accident, j'assume mon accident. Je fais une bêtise, je l'assume [...] de là à les condamner, je ne pense pas. Par contre, il y a une période où j'estime que certains devraient être condamnés – le peu que j'ai lu – il y a une période où elle était interdite et nous en France on l'a laissé continuer. Alors ceux-là, oui. Ceux qui se trouvent dans la période-là, attention, là ils le savaient ! »

Ce discours liant légalité et savoir sur le risque est, bien que biaisé et simplificateur, récurrent (cf chapitres précédents).

Je ne peux pas dire aujourd'hui si les démarches de monsieur Chevillard ont abouti : mon enquête s'est close avant, les temporalités de la catégorisation institutionnelle du « cancer professionnel » concurrençant finalement celles d'un travail de thèse.

Synthèse

Le diagnostic, ici, est sollicité par le malade, engagé dans un processus conflictuel avec son médecin, dont la pratique révèle, une fois de plus, l'intégration des prismes de lecture issus de la santé publique. Une fois le diagnostic posé, la profession de monsieur Chevillard, non traditionnelle en regard d'une « figure du malade du travail classique », et intégrée comme telle par le malade lui-même, impose la recherche de témoins biologiques afin d'attester d'une causalité professionnelle. La construction du cancer du travail – du cancer de l'amiante – se joue sur la base d'une rationalité médicale qui révélera la présence de fibres d'amiante dans les tissus pulmonaires. Toutefois, la demande s'affirme avec distanciation : il n'en est pas à l'origine, s'inscrivant ainsi dans un cadre moral étroit. En outre, comme nous l'avons vu pour monsieur Durand, la reconnaissance d'une maladie professionnelle dans le cas d'une affiliation au secteur public complexifie la réalisation pratique des démarches. Les interlocuteurs paraissent difficilement saisissables et les démarches particulièrement distendues, une lenteur qui semblent décupler le sentiment d'injustice ressenti – lorsqu'elle ne mène pas à l'abandon des démarches, le temps se donnant à lire comme un solide outil de pouvoir⁵¹⁴. Si monsieur

⁵¹⁴ C'est le cas à la fois dans l'industrie (Thompson, 2004), où le travail horaire structure le temps et scande les existences, comme dans les administrations, où l'attente imposée par les services sociaux discipline les conduites et neutralise les protestations (Auyero, 2019).

Chevillard se dit prêt à aller au terme de ses démarches, légitimé par la technologie médicale de repérage des « corps absestosiques », il dessine des fautifs sans visages. Il n'en reste pas moins victime d'un préjudice, et se dit « infecté par l'amiante » comme il aurait été infecté par un « virus dangereux », manipulé sans précautions suffisantes. Le préjudice, ici, se dessine derrière une causalité qui n'est pas privée : le mal n'est pas iatrogène, et ne relève pas des frontières de l'espace domestique – d'autant plus légitime que monsieur Chevillard n'a jamais fumé. Il reconnaît donc un tiers responsable, un tiers X, qui soutient sa volonté d'accéder à la catégorie.

Conclusion de chapitre

La lecture attentive de ces parcours nous donne à voir la dimension collective des catégorisations. Elles se croisent, ici, à différents niveaux, et vont permettre au malade de « saisir » la catégorie. Celui-ci, toutefois, s'il est rarement revendicateur, n'est pas passif : c'est lui qui arbitre, dans un contexte professionnel conflictuel, la décision d'accéder à la catégorie institutionnalisée, ou qui s'empare de ses sociabilités territoriales pour s'informer sur les droits auxquels il peut prétendre et/ou trouver un soutien dans la réalisation des démarches d'accès à la catégorie – forme de résistance au sein d'un rapport social asymétrique. Les associations vont ainsi participer à co-définir la situation, à la fois ressources sémantiques et pratiques, d'autant plus nécessaires que la rigueur du classement administratif peut ouvrir sur des parcours chaotiques, s'étirant sur plusieurs années. Les motivations à accéder à la catégorie restent toutefois généralement individualistes, soulignant une nouvelle fois les tensions qui parcourent le couple individuel/collectif dans cet espace (*cf* conclusion générale)⁵¹⁵. On le (re)voit, enfin, la catégorie peine à exister en-dehors des cadres médicoadministratifs tant elle est bien peu pensée avant l'intervention d'un médecin, de l'organisme de Sécurité sociale, d'un ancien collègue ou d'un proche.

⁵¹⁵ Les parcours présentés ici ne mettent effectivement pas en avant ces malades qui ont fortement relu leur condition sociale à l'aune de la catégorie. Ils sont toutefois ceux pour lesquels je possède le plus d'éléments temporels concernant les étapes de leurs parcours, et restent légitimes en regard des nombreuses autres dimensions qu'ils illustrent.

Conclusion de partie

La catégorie s'émancipe peu de sa construction médico-légale. Pour autant, son appréhension fait parfois appel à d'autres types de savoir et peut susciter des attentes symboliques spécifiques qui redessinent les contours des collectifs d'identification. Elle prend appui, aussi, sur différents types de corporéités (citées par Berthelot, 1998) : instrumentale, déjà, à travers le « faire » et le loisir contraints. Sémantique aussi, par l'esthétique, la perte de poids notamment, qui symbolise la perte de force au sens musculaire mais aussi d'énergie vitale. Le corps malade, de cette façon, signifie le caractère révolu du statut de travailleur vigoureux, un message transmis aux anciens collègues/ouvriers qui peuvent y voir la matérialisation d'un devenir du corps commun. Le corps est ici un « corps sentinelle » pour le groupe ouvrier, et le signe d'une indemnisation méritée. La corporéité réflexive, enfin, renvoie à de nouvelles identifications ou les réagence, bousculées par la saisie de la catégorie. Le collectif ouvrier, le collectif familial, le groupe des malades d'un cancer ou des collègues d'une même entreprise, au-delà des statuts hiérarchiques, leurs corps ayant été soumis au même risque de « contamination », l'agent étant souvent perçu comme incorporé, avalé, sont ici mobilisés. La catégorie trouve donc des prises dans les corps, le sien passé, ou celui, présent, des anciens collègues. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, les parcours et les discours témoignent d'une forte intégration des normes de santé publique, souvent contraignantes mais aussi parfois leviers de la saisie de la causalité professionnelle. Les anciens collègues, d'autant plus lorsqu'ils sont constitués en associations ou syndicats, jouent ici un rôle central. Toutefois, leurs positionnements et les registres investis ne sont pas homogènes : faciliter l'accès à la catégorie n'implique pas toujours des pratiques d'action sur la catégorie. Le discours classiste est ainsi inégalement réparti et supplanté par un registre victimaire, comme le montre, parfois, la tournure de certains témoignages ou le retranchement sur un cancérigène, au-delà des frontières de l'espace du travail. Pour autant, nous l'avons abordé dans les deux premières parties, le processus de catégorisation reste souvent pris dans des injonctions morales qui se comprennent en regard de rapports sociaux de classes, qui vont orienter les lectures et les trajectoires de ces salariés malades.

Conclusion générale

*« C'est toujours ceux qui fabriquent
Qui en fin de compte sont fabriqués. »⁵¹⁶
(Prévert – Citroën)*

Cette thèse a tenté de montrer combien le « cancer du travail » renvoie à des catégorisations macro fixées, d'abord politico-juridiques mais aussi médicales, parfois en tension, et qui sont nées, la littérature en SHS est prolifique sur ce point (*cf* chapitre 3), dans des rapports sociaux particuliers. Si la catégorie « cancer du travail » repose moins sur des aspects social (une commune condition généralement précaire), subjectif (des vécus, notamment corporels, partagés) ou médical (l'identification de causes pathogènes) que sur un aspect administratif et légal, les catégorisations restent plurielles et vont susciter, aussi, un « effet retour » sur ceux qui en sont les objets.

Une conflictualité ambivalente

La catégorie « cancer du travail » relève d'une certaine ambivalence. Elle est, dans son versant politicojuridique, l'expression de rapports de force, formalisée de telle sorte à préserver des intérêts industriels en proposant une indemnisation « à moindre coût » et en autorisant des marges de pression aux employeurs afin de peser sur la procédure et de limiter les classements.

⁵¹⁶ Ce (nouvel) extrait du poème de Prévert me paraît pouvoir s'appliquer aussi bien à l'activité productive de type industriel qu'au chercheur dans sa recherche.

Accéder à la catégorie dans le cadre du système médicoadministratif tel qu'il a été conçu permet ainsi pour le malade de bénéficier de certains avantages, mais qui sont contenus par rapport à ce que permettait une qualification dans le cadre du droit commun. De même, si le « cancer du travail » existe essentiellement par son cadre légal et peut, dès lors, devenir une forme d'arme pour les « faibles »⁵¹⁷ – pris dans un rapport de subordination – c'est ce même cadre légal qui entretient l'invisibilité sociale des cancers professionnels par la formalisation de critères d'objectivation restrictifs et décidés dans le cadre de négociations inégalitaires : dans un contexte de forte « identité » administrative de la catégorie, la sévérité des critères d'accès contraint le nombre de cas de reconnaissance, sa visibilité sociale et, *a fortiori*, sa saisie par les acteurs. Sa mise en équivalence avec une autre catégorie administrative relève d'un processus similaire. En effet, dans son versant légal, la « maladie professionnelle » s'inscrit dans une logique assurantielle – dès lors ni un crime ni un délit, un refaçonnement sémantique pourtant revendiqué par certains acteurs. Elle renvoie, ainsi, à un régime d'indemnisation de la pathologie, souvent mis sur le même plan que le régime d'invalidité par les agents administratifs puis les malades. Si leurs logiques diffèrent – responsabilité dans un cas mais pas dans l'autre, le financeur n'est pas le même : les employeurs dans le premier cas, l'État dans l'autre – les instruments employés pour les définir tendent à se confondre (Baudot, 2016, p.70). C'est notamment le cas des guide-barèmes, initialement créés pour évaluer les corps et les incapacités des invalides de guerre, qui vont progressivement façonner les guide-barèmes élaborés pour les accidentés du travail avant d'être appliqués aux invalides civils. Ce processus d'assimilation des invalides de guerre aux invalides civils (notamment les accidentés du travail), participe à construire la catégorie « handicapé » dans un mouvement d'agrégation de « problèmes sociaux » par l'usage d'outils administratifs de gestion identiques (*ibid.*). Ce brouillage administratif, en suggérant l'équivalence de ces catégories, participe à lisser l'appréciation de la conflictualité de cet espace de la réparation des maux du travail.

⁵¹⁷ Si je m'inspire ici de la formule de Lucien Bianco dans ses analyses des résistances paysannes en Chine (« armes du faibles, faibles armes » : Bianco, 1999), il s'agit d'une commodité lexicale plutôt que d'une véritable concordance sémantique. En effet, « l'arme » que peut représenter, dans une certaine mesure, le recours aux dispositifs de réparation ne renvoie pas à une pratique quotidienne souvent illégale : il est ponctuel et institutionnalisé. Il renvoie ainsi à une forme de stratégie – plutôt que de ruse ou de tactique – qui, comme l'évoquent Marc Bessin et Laurence Roulleau-Berger, est « mise en œuvre pour faire face à la domination sans forcément l'affronter directement » (Bessin et Roulleau-Berger, 2002, p.3). En outre, cette expression croise également l'idée de « ruse du faible » développée par Dominique Memmi et Pascal Arduin à propos de « l'affichage du corporel » puisque la sanction du « fort » se joue dans les corps (Memmi et Arduin, 2002).

Toutefois, la focale portée sur les individus atteints d'un cancer invitait à nuancer cette approche institutionnaliste qui ne saisit pas la mesure de l'incorporation du travail – du contexte professionnel, de ses hiérarchies et de ses injonctions morales – et d'une condition sociale, ici intimement liés. C'est ce passage, au-delà des frontières de la peau, qui éclaire l'effet retour des catégorisations.

Ce que les classements font aux individus

Les catégorisations peuvent également permettre une mobilisation individuelle ou collective, soit susciter un effet retour relativement émancipateur. Ainsi, des collectifs se recomposent sous l'impulsion d'individus souvent malades, généralement ouvriers des sites industriels locaux, parfois syndiqués, afin de soutenir l'accès à la catégorie institutionnalisée par la constitution d'une expertise multiforme (cf chapitre 5). Plus que les manifestations symptomatiques des corps, c'est l'évocation du lien probable entre la maladie diagnostiquée et des conditions de travail qui va se transformer en support d'agir. Cette catégorisation – forme d'étiquetage – ne renvoie souvent pas à un statut de malade du travail mais bien plutôt de subordonné, d'ouvrier ou de « petit » : c'est l'identification à une condition sociale qui se joue ici.

Le classement, ou l'éventualité ouverte d'un classement, est susceptible de « façonner les gens »⁵¹⁸. Selon le philosophe Ian Hacking, en effet, « nos classifications interagissent avec les gens que nous classons » dans ce qu'il qualifie d'« effet de boucle » (Hacking, 2001-2002⁵¹⁹, p.537). En rupture avec un nominalisme traditionnel statique – « hors du temps » – Ian Hacking propose de développer un « nominalisme dynamique ». Cette posture émerge dans le cadre de l'étude des classifications « non naturelles »⁵²⁰, dont la légitimité repose sur leur naturalisation, et qui modèlent les individus. Ici, s'il paraît peu aisé d'évoquer une « naturalisation » de la catégorie « cancer du travail », elle reste un système classificatoire qui s'inscrit, dans une

⁵¹⁸ L'usage de cette catégorie, en effet, renvoie à une production de différences, à l'instauration d'un principe de différenciation (Bodin, 2017) entre des « malades victimes » et les autres – le problème ne résidant pas tant dans la désignation de malades « victimes » que de malades potentiellement responsables de leur état. Ainsi, cette thèse fait également écho aux travaux qui ont abordé cette question des modalités de classement des choses et des personnes.

⁵¹⁹ Cours en ligne : <https://www.college-de-france.fr/site/ian-hacking/course.htm>

⁵²⁰ C'est-à-dire qui concerne les individus et non les objets des sciences dites dures. Ian Hacking définit plusieurs types de classements selon leurs modalités d'imposition et de naturalisation : la quantification (le cas de l'obésité, par exemple), la biologisation (la trisomie), les classifications inaccessibles (l'autisme), les classifications administratives (l'autisme, aussi), l'auto-appropriation (les gays) et la normalisation (l'obésité, aussi). Dans cette perspective, la catégorie « cancer du travail » relèverait à la fois de la classification inaccessible et administrative. Il s'agit en effet, on l'a vu, d'une catégorie qui est à la fois administrative, politique et médicale.

certaines mesures, dans les quatre dimensions de ces objets qui « façonnent les individus » (Hacking, 2005). La première renvoie à la classification et à ses critères d'application. Si l'émergence de la catégorie des « atteintes du travail » peut difficilement être datée avec précision, la publication du « Traité des maladies des artisans » par le médecin italien Ramazzini au début du XVIII^e siècle, paraît marquer un point majeur dans la genèse de cette classification. D'abord cédée à l'expertise des tribunaux, elle trouve un cadre assurantiel avec la loi de 1919 qui prolonge la loi de 1898 relative aux accidents du travail, forme de « bureaucratisation » permettant de contourner les procès. Elle est alors délimitée par des tableaux qui répertorient les critères sur lesquels repose la catégorisation d'une maladie, ici d'un cancer, en « maladie du travail » – et donc, par extension, d'un malade en « malade du travail ». Ces critères, comme on l'a vu, mêlent connaissances médicales et scientifiques, rationalisation légale et conflictualité sociale (*cf* chapitre 3). La deuxième renvoie aux « gens et aux comportements » classifiés. Dans le cas des cancers professionnels, il s'agit de pathologies établies comme cancéreuses selon différents critères, qui vont prétendre à une nouvelle classification d'ordre causal : de simple « cancer » (ou, plus rarement, de « cancer féminin » ou « cancer rare », *etc.* – des catégories de santé publique elles-mêmes à questionner) la pathologie devient institutionnellement un « cancer du travail », avec un appareil de prise en charge associé. La troisième renvoie aux institutions qui structurent la catégorie. Il s'entremêle, ici, avec le premier niveau. Inscrite dans le Code de la Sécurité sociale, la « maladie professionnelle » fait l'objet d'une expertise administrative et médicale pratiquée par les caisses d'assurance maladie. Agents administratifs, médecins-conseil, médecins du travail et, en amont, généralistes ou spécialistes (*cf* chapitre 3 et 4) expertisent, à leur niveau, l'origine de la pathologie et mettent en œuvre des pratiques de classement. Le financement de l'indemnisation induite (rente ou capital) reste assuré par la caisse d'assurance maladie, à la charge, dans le régime général, de la branche AT/MP. La quatrième, enfin, renvoie à la connaissance au sens large : connaissance des experts, connaissance populaire. Comme nous l'avons vu, les connaissances et les savoirs sur lesquels reposent les catégorisations des différents acteurs étudiés ici, varient et s'émancipent plus ou moins des données scientifiques (*cf* point suivant).

Pour Ian Hacking, le classement n'est donc pas un seul acte d'imposition, il conduit à une interaction entre la classification et le membre d'une classe (Hacking, 2001-2002). Si cela ne signifie pas que l'individu devient totalement maître de ses étiquettes, cette approche invite à considérer les effets des classements et les jeux qui peuvent se déployer autour des classifications – dans la mesure des capacités d'agir laissées à chacun au sein de contextes

sociaux qui induisent d'inévitables rapports de force. Ici, les individus classés comme malades atteints d'un cancer (potentiellement) d'origine professionnelle, sont, aussi, souvent, des membres d'un groupe socioprofessionnel spécifique. Dès lors, être classé dans la classe des « malades du travail » est susceptible de « réveiller », sinon une conscience de classe (sociale), au moins le sentiment d'appartenir à un groupe social et professionnel subordonné. Cependant, deux précautions ici : déjà, cet effet-retour paraît probablement plus aisé pour une génération spécifique, qui a débuté sa carrière professionnelle dans les années 1960-70, à un moment où la « classe ouvrière » résonnait encore (Beaud et Pialoux, 2012 [1999] ; Schwartz, 2009). Ensuite, et en prolongement, il s'agit d'un effet qui concerne une part seulement des individus classés, les réactions à la classification doivent à leur tour être situées, comprises dans des contextes sociohistorique et biographique spécifiques.

Il s'agissait ainsi de penser l'imbrication des temps : le temps long de l'élaboration institutionnelle de la catégorie et le temps, plus court, des trajectoires individuelles – parfois subjectivement longs – mais aussi, du fait de la latence des pathologies cancéreuses, la transposition, dans le présent, d'un contexte social passé : souvent retraités, les malades que j'ai rencontrés ont débuté leur carrière professionnelle précisément dans les années 1960/70. Les identifications se recomposent à la fois autour de ces éléments du passé, réactivés par le lien tracé entre la maladie du corps présent et les conditions de travail du passé, et du présent.

En outre, à un niveau individuel, souvent aussi familial, les catégorisations permettent, en offrant un cadre de mise en sens du trouble physique, la reconstitution du sens biographique. La causalité professionnelle confronte alors parfois le collectif familial et le collectif ouvrier ou d'entreprise : la reconnaissance par les institutions du caractère professionnel du cancer concrétise la menace qui pèse sur le collectif ouvrier ou d'entreprise en même temps qu'elle permet, symboliquement, de contrer un destin génétique – une fatalité héréditaire – pour les descendants (*cf* chapitre 7).

Une diversité des usages sémantiques et pratiques du couple individuel/collectif

Les collectifs, en tant que rhétorique, support d'identification ou d'action (ressource pratique), sont ici multiformes. Déjà, le classement des malades légitimes par les malades eux-mêmes donne à voir un groupe peu solide, qui formule des critères moraux ou pratiques : pour certains, les légitimes à solliciter une reconnaissance en MP sont ceux qui mettent leur corps à l'épreuve, par opposition aux « travailleurs de bureau », parfois encore qualifiés de « cols blancs ». De nouvelles identifications se structurent ainsi autour du devenir des corps. Au sein de ces espaces, le couple individuel/collectif se recompose de façons différentes. Du côté des

structures associatives et syndicales, la référence au collectif – de collègues ou ouvrier, selon les orientations militantes – est parfois saisie en tant qu’enjeu moral afin de légitimer une procédure dont l’aboutissement le plus concret reste l’accès à une indemnisation individuelle. En effet, la sanction de l’employeur est susceptible d’être détournée, répercutée sur un taux de cotisation collectif – quand elle n’est pas prise en charge par des assurances – et l’objectif de prévention porté initialement par le dispositif paraît bien peu mis en œuvre (Muñoz, 2003 (2)). Pour autant, ces mêmes structures développent, de façon parallèle, des pratiques qui visent à maximiser les gains individuels, soit à optimiser la valeur de ces corps abîmés. La référence au collectif prend un sens différent lorsqu’elle est mobilisée par certains acteurs de la sphère professionnelle, l’employeur en premier lieu. Le collectif n’est plus celui des « malades du travail », des « ouvriers » ou des « manuels », mais celui des collègues d’entreprise qui doivent faire front face à une conjoncture économique défavorable. Dès lors, l’injonction à être un « bon salarié » renvoie à ne pas déclarer l’atteinte professionnelle. Du côté des médecins, le malade est parfois « collectivisé », apprécié en regard de son milieu social ou de son statut de « victime »⁵²¹, parfois « individualisé », considéré selon sa situation familiale et financière et la formulation de revendications qui lui sont propres. Enfin, le collectif peut également être national, celui des contribuables, une appréciation partagée par les médecins-conseil et les responsables d’entreprises d’État⁵²².

Derrière la catégorie institutionnalisée, les catégorisations

En sus du pouvoir distribué à certains acteurs – des médecins, surtout, de spécialités différentes – l’étude des différents espaces de catégorisation a donné à voir des types de savoirs établis en supports à la catégorisation et des rapports à la catégorie et à la définition de celui – ou celle – qui est atteint, qui leur sont relativement spécifiques.

Dans l’espace de la caisse, le savoir mobilisé par les agents administratifs et médicaux est avant tout d’ordre réglementaire. Si mes données sont ici limitées, elles montrent un rapport à la

⁵²¹ C’est le cas du docteur Palait, investi auprès de structures associatives et syndicales, qui affirme ne pas avoir de sympathie spécifique pour des individualités, mais bien un parti-pris de principe, militant, pour celles et ceux qu’il appelle « les victimes » (cf chapitre 4).

⁵²² C’est en tous les cas ce que laisse à penser le cas de Daniel Cadoux (cf chapitre 7, p.377). La bonne gestion de l’argent public reste, en outre, un sujet sensible qui se répercute parfois sur les malades. Certains, en effet, expriment la crainte que leur indemnisation vienne à peser sur la collectivité ou « le trou de la sécu » (Marchand, 2018, p.225).

catégorie qui croise les impératifs de gestion et la définition d'une catégorie d'expertise. Celui qui est atteint est un assuré, un prétendant à une aide sociale – potentiel fraudeur à « détecter » – ou encore, parfois, à travers les textes réglementaires surtout, une victime. Afin d'évaluer la légitimité du requérant, la caisse organise un face à face souvent peu visible entre un salarié et un employeur par le biais d'une enquête contradictoire, conduite autour de la recherche de « matérialités ». En prolongement, les catégorisations dans l'espace judiciaire peuvent s'émanciper des lectures médicales afin de proposer un jeu avec ce que le droit permet. Les avocats, en lien avec les structures associatives et syndicales, mettent alors parfois en œuvre des stratégies qui visent l'ouverture de la catégorie par l'investissement des « bons cas », à fort potentiel de « jurisprudence ».

Dans l'espace associatif et syndical de défense des victimes du travail, les savoirs mobilisés dans le travail de catégorisation sont d'ordre médicoadministratifs, mais aussi locaux, relevant d'une mémoire territoriale du travail constituée autour de certains sites industriels majeurs et qui donne souvent peu de place aux épouses, alors même qu'elles possèdent un savoir ouvrier relatif, notamment, aux traces domestiques de l'activité professionnelle (l'identification d'odeurs que l'ouvrier ne sentait plus ; le lavage du linge contaminé ; la reprise des vêtements troués ; ou encore cette épouse qui partageait son démaquillant pour que son mari puisse effacer les marques noires laissées à la surface de la peau par les poussières, *etc*). Elles sont, dès lors, présentes surtout dans les trajectoires individuelles, à travers un double rôle de construction de la catégorie et de gestion des démarches administratives. Les savoirs locaux, cependant, franchissent mal les frontières de la caisse, un recensement local des « entreprises à déclarations de cancers » faisant défaut. En effet, le système de reconnaissance des AT/MP tel qu'il a été constitué marque une parcellisation de l'environnement comme la biomédecine a parcellisé les corps. Ainsi, les tableaux de la Sécurité sociale considèrent des taches associées à un risque prédéfini et non à un environnement complexe : cette orientation fait écho au processus d'abandon d'une lecture environnementaliste reposant sur un savoir topographique pour une mesure épidémiologique des atteintes du travail (*cf* chapitres 3 et 4). En outre, la demande d'accès à la catégorie est perçue, dans cet espace associatif et syndical, comme un enjeu indemnitaire, voire militant – de la sorte plus collectif. Pour autant, des considérations morales orientent la définition de la « bonne victime », parfois en tension avec la figure du « bon ouvrier » – le « bon ouvrier » de certains syndicats, qui agit en regard des intérêts d'une classe. Des injonctions contraires peuvent ainsi se dessiner : revendiquer dans une juste mesure et savoir déléguer à ceux qui se sont constitués une expertise et une certaine crédibilité auprès des

institutions locales, ou savoir s'investir, afin de porter une action collective qui met en jeu la dignité d'un groupe ouvrier. Aussi, l'ouvrier du sens commun, ce travailleur acharné et « dur au mal », contraint l'accès au statut de victime lui-même par la mise à distance du corps médical et de la plainte. Or, si les deux peuvent parfois s'imbriquer (Latté, 2005), la grammaire victimaire semble avoir supplanté la question sociale (*cf* chapitre 6) menant finalement à une double relégation des ouvriers – dont les corps abîmés, on l'a vu, bénéficient d'une indemnisation moindre que les « autres catégories de victimes » : la valeur des corps se détermine, aussi, socialement (Ponet, 2007, *cf* chapitre 3).

Dans l'espace des malades eux-mêmes, les types de savoir mobilisés dans la construction de la catégorie relèvent à la fois du médical, des modélisations administratives, des sociabilités territoriales et familiales, et des corps. L'accès à la catégorie institutionnalisée renvoie ici à des enjeux symboliques et matériels, parfois contenus par des limites morales inhérentes à des rapports sociaux, des contextes professionnels ainsi qu'à l'intégration d'une représentation normalisante du risque au travail (elle-même l'expression de rapports sociaux conflictuels) : sentiment de dette – et devoir de loyauté – envers un patron pourvoyeur d'emplois, paternalisme, relation « privée » avec un « petit employeur », peur des représailles, relativisation des conditions de travail à l'aune du chômage (alors même qu'il s'agit de la transposition d'un contexte social et économique actuel à un contexte professionnel passé), intégration des normes de santé publique, *etc.* Ici, celui qui est concerné est une victime, le bénéficiaire d'un droit, parfois un subordonné.

Enfin, les catégorisations médicales, centrales lorsqu'il s'agit de construire un cancer du travail, les médecins jouant souvent le rôle « d'élément-déclencheur » (Ponet, 2009, p.72), sont relativement hétérogènes. Les modalités de catégorisation varient en fonction de ses finalités – et donc de la spécialité de celui qui la formule : fermement gestionnaire pour les médecins-conseil, elle prend une dimension plus scientifique, parfois clinique, pour les médecins spécialistes (du travail et autres disciplines) ou morale, pour les médecins militants. Les savoirs sur lesquels se fondent les médecins sont généralement d'ordre épidémiologique ou expérimental. Cet espace de la production du savoir scientifique est toutefois lui-même conflictuel : au niveau macro, le choix du classement des cancérogènes qui servira de support à la catégorisation, révélateur des enjeux de lobbying, l'illustre bien. À un niveau plus micro, la décrédibilisation des experts non-médecins dans le cadre des expertises complémentaires témoigne d'une autre forme de conflictualité. Les relations entretenues avec les structures associatives et syndicales sont ainsi emblématiques : certains médecins y prolongent leur rôle

d'expert médical tandis que, de façon sporadique, ce sont eux qui les sollicitent pour leur expertise du « travail réel ». Cette reconnaissance par les médecins des ressources qu'elles constituent concernant la mémoire locale du travail pèse toutefois bien peu face au rôle de soutien administratif qui leur est généralement attribué – et qui déborde parfois, aux yeux de certains d'entre eux, dans l'excès de sollicitation militante (*cf* chapitre 4). Les places de chacun sont ainsi bien délimitées, bornant du même coup l'expertise relative à la définition du cancer du travail – au niveau macro de la catégorie institutionnalisée, et micro des cas individuels.

Pour les médecins, la catégorie « cancer du travail » reste donc avant tout une catégorie d'expertise médioscientifique. Pour autant, leur pratique est généralement impactée par les impératifs de la gestion administrative (basée sur des standards épidémiologiques négociés), à tel point que la question du cancer professionnel est scindée en deux interrogations : le malade est-il atteint d'un cancer médicalement et scientifiquement attribuable à son travail ou le malade présente-t-il les critères attendus dans les tableaux (et, pour les médecins les plus avertis, une situation susceptible d'obtenir un avis favorable dans le cadre du système complémentaire) ? En effet, la légitimité des seconds, malgré leur situation objectivement « dans les cases » est parfois remise en question, et inversement : certains cas dits « hors tableaux » sont appréhendés comme des cancers du travail, sur la base, notamment, des données épidémiologiques et expérimentales les plus récentes. Pourtant, c'est généralement ce cadre administratif et légal qui va prendre le pas sur la décision médicale de diriger le patient vers des démarches administratives : un malade soupçonné de ne pas être tout à fait légitime en regard de considérations scientifiques (largement orientées par des perspectives de santé publique) mais administrativement « déclarable » sera systématiquement renvoyé, par les médecins du service de pathologies professionnelles, vers une déclaration. Or, ce ne sera précisément pas toujours le cas pour un malade probablement légitime, mais situé hors cadre administratif : ici se mêlent des considérations déontologiques (« être un bon scientifique »⁵²³ – Marichalar) et des « conflits de réparation », entre reconnaissance d'un préjudice et processus de guérison – quasi résilience – (*cf* chapitre 4), qui peuvent conduire à une autocensure paternaliste. Dès lors, le cadre réglementaire va prendre le pas sur la médicalisation d'une question qui est ici sociale, celle du risque au travail, pour favoriser une logique gestionnaire, matérialisation de principes

⁵²³ Ce qui revient à adhérer aux classifications dominantes des cancérogènes – et non pas se positionner en « lanceur d'alerte », à l'image du toxicologue André Cicollella, par exemple, pour les éthers de glycol.

assurantiels. Cette appréciation se rejoue chez les malades qui sont nombreux à apprécier la catégorie en regard de leur capacité à entrer dans les cases qui la structurent.

Les catégorisations médicales se comprennent également en regard des rapports sociaux de classes et de sexe. Ils peuvent chacun constituer à la fois une prise ou un vecteur de sortie de la catégorisation. S'agissant des rapports sociaux de sexe, les femmes sont généralement les référentes familiales en matière de santé et de démarches administratives, mais elles sont aussi fréquemment cantonnées en dehors de la sphère du travail et leur savoir domestique reste occulté – un contexte défavorable amplifié par le décès du conjoint. Les rapports sociaux de classes s'inscrivent dans une même ambivalence : le médecin peut renvoyer l'ouvrier à une catégorie de population particulièrement sujette aux habitudes délétères et à la fraude, comme il peut, parfois, souhaiter défendre un « précaire » ou une « victime ». En prolongement, les catégories médicales sont parfois utilisées dans l'espace judiciaire par des acteurs non-médecins afin d'obtenir de nouveaux droits pour les victimes, voire de « soutenir l'ouvrier ». La « médicalisation »⁵²⁴ du travail délétère apparaît donc également comme le fruit d'usages stratégiques qui prennent sens au sein même des rapports sociaux de classes.

En outre, derrière la participation des médecins à une gestion administrative de la catégorie institutionnalisée, cette recherche met aussi en avant le rôle de levier de résistance – direct ou indirect – que peut également jouer le médical en donnant de la chair à la catégorie : *via* le diagnostic de cancer, *via* l'information relative au facteur professionnel qui conduit le malade à réévaluer la normalité du risque au travail et, enfin, *via* le soutien dans l'accès à la catégorie institutionnalisée. Cette forme de médicalisation se donne à lire à la fois comme l'expression d'une domination mais aussi comme le palier, parfois, à la conscientisation d'enjeux qui dépassent le seul cadre médical. Cette gestion médicale, largement appuyée sur des critères administratifs, normalise mais peut aussi faire ressource.

Quand les corps mettent en mouvement les rapports sociaux de classes

⁵²⁴ Pour Luc Berlivet, la notion de médicalisation renvoie, au sens large, à « la manière dont un phénomène, un état, ou une situation quelconque ont pu faire l'objet d'un travail de problématisation impliquant des professionnels de santé ou, à tout le moins, leurs savoirs et leurs catégories de pensée ». (Berlivet, 2011, p.2)

Ainsi, la loi de 1898 et son prolongement en 1919 dessine une médicalisation bureaucratique des risques du travail, au détriment de leur judiciarisation. L'hygiène du travail tend donc à supplanter la réorganisation de la gestion du risque au travail et la réflexion sur les rapports de force qui le sous-tendent.

Les corporéités mises en jeu au sein des expertises médicale et administrative sont multiples. En effet, les espaces sociaux traversés par les malades impliquent des modes d'exploration du corps différents. D'abord parcellisés (Pierret, 1976) par la médecine qui diagnostique un cancer défini par sa localisation organique, les corps deviennent, dans le cadre de l'expertise pratiquée par le service médical de la caisse, des corps « à plat » – le corps des radios, qui est aussi un « corps interne » mis en image à travers un processus de technologisation « objectivante » de la pratique médicale – témoins de l'honnêteté du malade. Lorsqu'il retrouvera sa chair, face à un médecin-conseil chargé, cette fois, d'en évaluer les séquelles, ce sont ses cicatrices, stigmates d'une thérapeutique lourde ou de conditions de travail rudes, qui témoigneront, dans certains cas, de la légitimité de l'accès à la catégorie et d'une indemnisation en conséquence. Les corps, dans la continuité de ce qui se joue dans l'espace professionnel (*cf* chapitre 3), prennent donc une valeur monétaire, monétisés par fragments dans des barèmes qui visent à les objectiver, mais laissent pourtant ouverte une part d'interprétation (*cf* chapitre 5). Dans l'espace de la caisse, expression du cadre réglementaire, le corps est avant tout un instrument de travail, un corps fonctionnel. On y évalue donc l'éventuelle perte de capacité de gain d'un outil, mais pas un corps sensible, un corps de la relation à soi et aux autres – un corps support à la tenue de ses rôles sociaux, un corps du faire quotidien. Pour ceux qui ne sont plus en emploi, c'est la « gravité » du cancer qui est évaluée, en regard de standards formalisés dans le barème et des probabilités de rémission associées à la localisation du cancer. Cette orientation relève d'une forte médicalisation du guide-barème, désajusté à la fois des contextes professionnels⁵²⁵ et des expériences individuelles avec la maladie. Ainsi gérés de façon rationnelle pour les coûts qu'ils représentent, les corps sont parfois saisis par les associations comme un outil de sanction des employeurs. Les négociations autour des taux d'invalidité, l'investissement de la procédure de FIE (majoration de la rente et prise en charge d'autres postes d'indemnisation) permettent un jeu avec les corps et les cadres juridiques qui maximise les gains pour le malade, et la sanction pour l'employeur.

En dehors du cadre réglementaire, la catégorie prend de l'épaisseur *via* les corps : il faut souvent que le cancer soit diagnostiqué pour parvenir à penser « un cancer du travail ». Sans le constat autorisé par la technologie médicale de la présence de la maladie dans les organes, en tant que

⁵²⁵ Hormis la prise en compte du salaire dans le calcul de la rente, qui ne relève pas à proprement parler du contexte professionnel.

palier à la mise en lien avec le travail, le « cancer du travail » reste une catégorie socialement invisible. Les ressentis corporels ainsi que le devenir des corps des collègues vont ensuite agir comme des « prises » à la catégorie. Les corps des anciens collègues, corps témoins et miroirs du sien, suggèrent la potentialité d'un destin pathologique commun. Ici, l'appartenance au groupe continue à se jouer dans les corps : si « les manières de ressentir exigées par, et pour le travail, sont donc autant de valeurs qui supportent et fortifient des “identités collectives” » (Pillon, 2014 (2), p.97), l'identification au collectif nouveau se joue dans les corps désignés comme malades. Le corps n'est plus seulement un lieu de projection du pouvoir mais bien, aussi, un levier de l'action collective et de conscientisation de sa position sociale. Le corps, dès lors, n'est pas qu'un réceptacle des rapports sociaux de domination mais peut également produire de nouvelles identifications lorsqu'il « déborde » en faisant l'objet d'une identification pathologique.

Analyser les catégorisations du cancer du travail permet donc également d'aborder la problématique des rapports sociaux de classes. Aujourd'hui, les débats sociologiques qui ont trait à cette question interrogent la pérennité subjective des classes sociales, dans les systèmes d'identification, avec la revendication d'une affiliation à des valeurs ou à un mode de vie spécifiques⁵²⁶, ou objective, par la définition d'un système de positions structurées autour d'intérêts conflictuels⁵²⁷ – la classe en tant que rapport social (et matériel) dynamique et non comme état.

Dans un premier temps, on ne peut que souligner l'objectivité d'une inégalité dans les risques d'être exposé à des agents cancérigènes sur son lieu de travail et, de façon plus générale, de mourir de son travail. Penser les cancers du travail à l'aune du rapport de subordination

⁵²⁶ Dans la lignée du travail de Michel Verret (notamment : Verret, 1996 [1988]. Une approche parfois qualifiée de « culturaliste » qui, pour certains auteur.e.s, a eu pour effet de réduire la classe ouvrière « à l'ouvrier à qui on a prêté un *ethos* homogène. » (Voléry, à paraître, p.14)

Cette dimension renvoie également au positionnement subjectif dans la structure sociale. Didier Eribon l'exprime simplement : « Pour ce qui me concerne, j'ai toujours éprouvé au plus profond de moi-même le sentiment d'appartenir à une classe. Ce qui ne signifie pas l'appartenance à une classe qui a conscience d'elle-même. On peut avoir conscience d'appartenir à une classe sans que cette classe ait conscience d'elle-même en tant que classe, ni en tant que “groupe nettement défini”. Mais un groupe dont la réalité est malgré tout éprouvée dans les situations concrètes de la vie quotidienne. » (Didier Eribon, 2010, p.103).

⁵²⁷ Karl Marx évoquait évidemment la distinction « classe en soi » et « classe pour soi », la première renvoyant à une conscience d'elle-même tandis que la seconde se limitait à une commune position dans les rapports de production. Cependant, depuis les années 1980, l'existence même de ces groupes aux intérêts communs (la célèbre thèse d'Henri Mendras sur la moyennisation, aujourd'hui bien malmenée – cf les critiques classiques de Louis Chauvel), leurs éventuelles délimitations et modes d'action, font l'objet de nombreux débats.

salariale, dont les ouvriers ont été particulièrement emblématiques, pourrait paraître ici réducteur, d'une part parce que les salariés ne sont pas les seuls travailleurs concernés par l'exposition à des risques cancérigènes en milieu professionnel – c'est aussi le cas des artisans⁵²⁸ ou encore des agriculteurs, parfois des exploitants non précaires – et d'autre part parce que des employeurs eux-mêmes peuvent également bénéficier du statut de salarié. Si la polarisation induite par la relation salariale paraît ici brouillée (un employeur face à un subordonné), il reste néanmoins que dans l'accès à la catégorie institutionnalisée, les intérêts des salariés s'opposent radicalement aux intérêts des employeurs, bien que l'inopposabilité des décisions de la caisse vienne lisser en partie cet antagonisme (*cf* chapitre 5).

De plus, les secteurs définis aujourd'hui comme les plus exposés à des agents cancérigènes restent majoritairement les secteurs industriels et du bâtiment, au sein desquels se concentrent une large part des emplois ouvriers – malgré l'expansion du travail ouvrier dans le secteur tertiaire. Nous avons évoqué, aussi, la tendance à la sous-traitance des risques et la plus grande difficulté à faire reconnaître un cancer du travail dans le cadre de carrières fragmentées, qui viennent s'ajouter à une mobilité ouvrière contenue (Scwhartz, 2009). Ainsi la classe ouvrière comme construction théorique déborde-t-elle peut-être dans un salariat précaire et ses marges, au sein même du secteur public. Le tableau des individus les plus vulnérables aux risques cancérigènes au travail tend ainsi à épouser celui des moins protégés dans l'emploi : l'enquête SUMER évoque ainsi le surrisque des ouvriers, des travailleurs de nuit et des salariés en contrats précaires⁵²⁹. La question des cancers du travail renvoie donc bien aux rapports de domination persistants qui se déploient dans l'organisation du travail et qui reconfigurent les rapports de force⁵³⁰. Les ouvriers ont été associés les premiers à cette problématique de l'exploitation –

⁵²⁸ Qui ne peuvent toutefois pas prétendre à une reconnaissance institutionnelle. Sur la question des rapports que les artisans entretiennent à leur santé et à leur corps, voir : Crasset, 2017.

⁵²⁹ Le travail de nuit et les contrats précaires concernent, aussi, largement les ouvriers. Il s'agit en effet de la CSP la plus exposée aux contrats temporaires, aux « CDI fragilisés », ainsi qu'au chômage partiel dans les grands groupes (Dares, 2009). En outre, selon une publication de la Dares, 80% des intérimaires sont des ouvriers, représentant 8% des ouvriers. Le recours à l'intérim est préféré à celui des CDD, ainsi la hausse de la part des CDD est plus limitée dans l'industrie et la construction que dans d'autres secteurs (Dares, 2018). Enfin, selon une autre analyse de la Dares, les cinq familles professionnelles les plus concernées par le travail de nuit sont les conducteurs de véhicules, les policiers et militaires, les infirmières, les aides-soignantes et les ouvriers qualifiés des industries de process (Dares, 2014).

⁵³⁰ Paul Bouffartigue écrit en ce sens : « Penser les classes en termes de rapports – de lutte, d'alliance, de compromis –, rapports ancrés dans un procès d'exploitation économique, demeure une voie extrêmement féconde pour comprendre les sociétés contemporaines : dans cette perspective, les classes ne préexistent pas aux relations qu'elles entretiennent, elles se constituent et se transforment dans ces relations ; et la lutte des classes se poursuit

économique et physique – dans le cadre du travail, et continuent à l’être de façon centrale mais non pas exclusive. Ainsi, l’étude des cancers du travail semble montrer que la polarisation (antagonique) inhérente au rapport salarial conserve objectivement son actualité pour les plus précaires⁵³¹. Cette polarisation trouve une expression dans l’invitation, formulée par certaines structures associatives et syndicales auprès des médecins et des juristes, à se positionner pour l’un ou l’autre camp, celui des employeurs s’opposant frontalement à celui des salariés – victimes.

Subjectivement, les catégorisations du cancer du travail, par le biais des corps notamment, on l’a vu, recomposent les identifications et font parfois (re)naître la conscience d’appartenir à une frange, professionnelle et sociale, dominée. Ils sont toutefois peu nombreux à s’identifier à « la classe ouvrière » mais sont parfois identifiés comme tels par les médecins par exemple, qui peuvent leur associer un « comportement type » (de sous-estimation des risques auxquels ils ont été exposés, notamment) ou légitimer leur accès à la catégorie du fait d’une condition sociale relativement précaire. Les « médecins ouvriers », militants et critiques, restent cependant marginaux. En outre, les juristes, les syndicats, ou les associations usent parfois également de la rhétorique classiste, dans une perspective militante, un support de lutte devenu rare (« la classe ouvrière n’est plus opérateur de mobilisation politique » – Bouffartigue, 2015 [2004]) qui tend à s’effacer derrière la grammaire victimaire, conformément à la place centrale prise par les victimes dans « l’espace moral » de nos sociétés (Fassin, 2011). Le risque professionnel se recompose ainsi en risque sanitaire difficilement publicisé, échouant ainsi à questionner les rapports de domination qui parcourent toujours le salariat et passent la peau des travailleurs.

Prolongements et perspectives théoriques

Les employeurs sont très peu présents, et de manière indirecte, dans cette recherche. Une étude les prenant pour objet pourrait être pensée. En effet, comme le soulignent les discours que nous avons recueillis et l’analyse de divers documents, les employeurs peuvent jouer un rôle de

aussi longtemps que le mode de production demeure fondé sur l’exploitation, quelles que soient les formes, des plus latentes aux plus ouvertes, que revêt cette lutte. » (Bouffartigue, 2015 [2004], p.28)

⁵³¹ Pour Nicolas Duvoux, « le grand clivage qui reste fondamental dans notre société c’est le clivage entre ceux qui, dans le monde du travail donnent des ordres, et ceux qui les appliquent, les exécutants. »

En ligne : <http://www.regards.fr/la-midinale/article/nicolas-duvoux-la-conscience-de-classe-s-est-en-partie-effacee-au-profit-d>

pression et de contestation non négligeable dans ces procédures. Leurs pratiques et représentations du « cancer du travail » et des légitimes à y prétendre mériteraient ainsi d'être interrogées. De même, les savoirs auxquels ils se réfèrent afin de construire leur appréhension de ce qui fait un cancer du travail, et leur adéquation avec leurs éventuelles pratiques de contestation, posent question : en miroir des motivations à déclarer, il s'agirait d'analyser les motivations à contester les déclarations des salariés. Ces constructions, éventuelles négociations sur la catégorie en tant que classement (le salarié est-il vraiment atteint d'un cancer dont l'origine peut être renvoyée au travail ?) et en tant qu'objet administratif (le salarié est-il légitime pour accéder à la catégorie institutionnalisée ?), ouvrant des droits au salarié, pourraient être mises en perspective avec les autres acteurs de la sphère professionnelle : médecin du travail, syndicats, collègues ; afin d'approfondir le système des relations, des pratiques et des représentations qui s'y jouent.

Les parcours des agents de la fonction publique atteints par un cancer susceptible d'être d'origine professionnelle nécessiteraient également une étude à part entière. Cette question est partiellement abordée par Marion Gaboriau dans sa thèse qui porte sur l'incapacité des agents de la fonction publique territoriale dans le cas de la ville de Paris. Ici, les atteintes du travail sont considérées sans distinctions, et ne constituent qu'une part de son questionnement. Interroger les cancers du travail dans la fonction publique permettrait d'interroger les effets d'un cadrage légal spécifique et, surtout, les types de référence au corps, au travail et à l'employeur qui peuvent s'exprimer dans ce contexte d'emploi particulier – et dont on questionnerait les éventuelles spécificités en regard des discours majoritairement ouvriers recueillis ici. Les types de fonction publique considérés nécessiteraient, en outre, d'être considérés, et rejoindraient, ainsi, pour partie, les travaux menés par Jorge Muñoz notamment autour des anciens militaires irradiés de Brest. Ce type d'enquête serait susceptible d'alimenter à la fois les travaux sur le « devenir victime » et sur les cultures somatiques.

Une étude longue auprès des médecins pourrait également être envisagée, les diverses spécialités médicales investissant des pratiques et des représentations spécifiques. Il s'agirait ainsi d'aborder les catégorisations du cancer du travail selon les sous-espaces médicaux et les pratiques qui leur sont associées.

D'un point de vue plus théorique, enfin, deux voies semblent ici se dessiner. D'une part, cette thèse ouvre sur un questionnement relatif aux modalités selon lesquelles la médecine contribue à la structuration des rapports sociaux de classes. Dans la continuité de l'hygiénisme qui a montré combien la médecine pouvait être un outil de pouvoir, l'actualisation de la question de

la discipline médicale des corps ouvriers – et populaires – pourrait être questionnée. Mais pas seulement : nous avons montré également que les catégorisations médicales des corps agissent à des niveaux macro et micro sur les rapports sociaux de classes. Il s’agirait ainsi de poursuivre l’interrogation de cette imbrication des savoirs médicaux et des catégories médicales avec les rapports sociaux de classes, dans leurs dimensions à la fois normalisatrice et émancipatrice.

D’autre part, cette thèse dessine également une réflexion sur les manières dont les corps invitent à relire les rapports sociaux de classes. Les corps, en effet, apparaissent comme des outils pour aborder les nouveaux contours de la condition ouvrière⁵³² – à l’intérieur et en dehors du contexte professionnel. Il s’agirait ainsi de compléter les analyses proposées autour du travail des corps de classes⁵³³, pour proposer l’analyse de corps travaillés par les anthropotechniques⁵³⁴ en tant que supports d’entretien ou de transformation des classes.

⁵³² Comme frange de la « classe populaire ».

⁵³³ Par exemple, Martine Court, Christine Mennesson, Émilie Salaméro et Emmanuelle Zolesio qui, dans un article paru en 2014, questionnent la fabrication des corps de classes par les pratiques d’habillement, d’alimentation ou de soin. S’« il est frappant de constater à quel point l’antagonisme de classe peut s’ancrer dans l’image du corps de l’Autre » (Sommier, 2002), cette approche propose de penser le façonnement des corps au-delà du seul corps symbole.

⁵³⁴ Je fais référence ici aux anthropotechniques primaires, soit celles qui « se basent sur des routines, des conventions culturelles, un habitus [ou] des programmations pédagogiques et sociales » (Lucci, p. 115, cité par Lénéel et Maestrutti, 2014).

Bibliographie

Aballéa, François et Mias, Arnaud (dir.), 2014. *Organisation, gestion productive et santé au travail*. Toulouse : Octarès Editions, 364 p.

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

Aiach, Pierre et Fassin, Didier, 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». *La revue du praticien*, n°54, pp.221-2227.

Atlan, Philippe, 2011. « Travail de nuit et risque de cancer ». *Anses, Bulletin de veille scientifique*, n°15, pp.84-88.

Augé, Christian et Herzlich, Claudine (dir.), 1984. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Edition des Archives Contemporaines, 278 p.

Auyero, Javier, 2019. « Faire patienter, c'est dominer : le pouvoir, l'État et l'attente ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.226-227, n°1, pp.120-125.

Barbot, Janine et Dodier, Nicolas, 2010. « Violence et démocratie au sein d'un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide ». *Genèses*, vol.4, n°81, pp.84-103.

Barbot, Janine et Fillion, Emmanuelle, 2007. « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) ». *Risque et santé*, vol.39, n°1, pp.217-247.

Barbot, Janine, Winance, Myriam et Parizot, Isabelle, 2015. « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale ». *Sciences sociales et santé*, n°2, vol.33, pp.77-105.

Bardot, Fabienne et Touranchet, Annie, 2006. « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail ». *Retraite et société*, vol.3, n° 49, pp.61-75.

Barthelmé, Éric, 1981. « Histoire de la notion du cancer ». *Communication présentée à la séance du 13 juin 1981 de la Société française d'histoire de la médecine*.

- Baudot, Pierre-Yves, 2016. « Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp.63-87.
- Beaud, Stéphane et Pialoux, Michel, 2012 [1999]. *Retour sur la condition ouvrière*. Paris, La Découverte, 488 p.
- Bergeron, Henri, 2007. « Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques ». *Colloque Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, 1er mars 2007.
- Berlivet, Luc, 2011. « Médicalisation », *Genèses*, vol.82, n°1, pp.2-6.
- Berthelot, Jean-Michel, 1998. « Le corps contemporain : figures et structures de la corporéité ». *Recherches sociologiques*, n°1, pp.7-18.
- Bessin, Marc et Roulleau-Berger, Laurence, 2002. « Les armes du faible sont-elles de faibles armes ? ». *L'Homme & la Société*, vol.143-144, n°1, pp.3-11.
- Betansedi, Charles-Olivier, 2018. *L'Invisibilisation du lien entre travail et cancer chez les femmes : une approche réflexive en épidémiologie de la santé au travail*. Thèse de doctorat en santé publique – épidémiologie, Paris Saclay, 327 p. Disponible sur <http://www.theses.fr/fr/233621350>
- Bianco, Lucien, 1999. « Armes des faibles, faibles armes. Cinquante ans de résistance paysanne (1949-1999) ». *Perspectives chinoises*, n°51, pp.4-16.
- Bidet, Alexandra, Gayet-Viaud, Carole et Le Mener, Erwan (2013). « L'ethno en trois dimensions. Entretien avec J.Katz ». Disponible sur <https://laviedesidees.fr/L-ethnographie-en-trois-dimensions.html>
- Bidet, Alexandra, 2007. « Le travail entre corps et technique ». *Communications*, n°81, pp.215-223.
- Bihr, Alain, et Pfefferkorn, Roland, 2008. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte, 128 p.
- Boltanski, Luc, 1982. *Les Cadres. La formation d'un groupe social*. Paris : Le sens commun, 528 p.
- Boltanski, Luc et Chiapello, Ève, 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard, 843 p.
- Bonnechère, Michèle, 1994. *Le Corps laborieux. Réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail*. Paris : Confédération Générale du Travail.
- Bouffartigue, Paul (dir.), 2015 [2004]. *Le retour des classes sociales. Inégalités, dominations, conflits*. Paris : La dispute, 280 p.
- Bouffartigue, Paul, 2014. « Santé au travail : regards sociologiques ». *La nouvelle revue du travail*, n°4.
- Bouffartigue, Paul, Pendariès, Jean-René et Bouteiller, Jacques, 2010 (1). « La perception des liens travail/santé. Le rôle des normes de genre et de profession ». *Revue française de*

sociologie, vol.51, n°2, pp.247-280.

Bouffartigue, Paul, Pendariès, Jean-René et Bouteiller, Jacques, 2010 (2). « Virilité, métier et rapport aux risques professionnels : le cas de travailleurs de la sous-traitance ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol.12, n°3. Disponible sur <https://journals.openedition.org/pistes/2652?lang=en#tocto2n1>

Bouhia, Rachid, 2008. « Mourir avant 60 ans, le destin de 12 % des hommes et 5 % des femmes d'une génération de salariés du privé ». *Insee : France, portrait social*, pp.175-193.

Boujasson, Laura, 2009. « De l'épreuve du travail à l'épreuve de la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle ». *Mouvements*, vol.2, n°58, pp.56-65.

Bourdieu, Pierre, 2016. *Sociologie générale, volume 2. Cours au collège de France 1983-1986*. Paris, Seuil, 1205 p.

Bourdieu, Pierre, 1993. « Esprits d'Etat. Genèse et structure du champ bureaucratique ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°96-97, pp.49-62.

Bourdieu, Pierre, 1979. *La distinction*. Paris, Minuit, 680 p.

Bourdieu, Pierre, 1977. « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *Actes de la recherche en sciences sociales*. vol.14, pp. 51-54.

Brisacier, Anne-Claire, 2008. *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en France*. Thèse de doctorat en médecine, Université Paris 6, 128 p.

Britel, Manon et al., 2017. « Moteurs et freins à la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancers bronchiques : une étude psychosociale ». *Santé Publique*, vol.29, n°4, pp.569-578.

Bruno, Anne-Sophie et al., 2011. *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*. Rennes : PUR, 308 p.

Brugère, Jacques, Thébaud-Mony, Annie, Pézerat, Henri et Cassou, Bernard, 1994. « Cancers professionnels : connaissance, réparation et prévention ». *Bulletin de Cancérologie*, n°81, pp.14-21.

Bucher, Rue et Strauss, Anselm, 1992 [1961]. « La dynamique des professions ». Dans : Anselm Strauss. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 311 p.

Buzzi, Stéphane, Devinck, Jean-Claude et Rosental, Paul-André, 2006. *La santé au travail. 1880-2006*. Paris : La Découverte, 128 p.

Cailleateau, Clément. *La maladie du salarié*. Thèses de doctorat en droit privé et sciences criminelles, en préparation à l'Université de Bordeaux depuis le 24 septembre 2015.

Calvez, Marcel, 2009. « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale ». *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n°2, pp.79-106.

Canguilhem, Georges, 1947. « Milieu et normes de l'homme au travail ». *Cahiers*

Internationaux de Sociologie, vol.3. Disponible sur <http://temporalites.free.fr/?browse=Milieu%20et%20Normes%20de%20l%27homme%20au%20travail>

Carnevale, Francesco, Rosental, Paul-André et Thomann Bernard, 2012. « Silice, silicose et santé au travail dans le monde globalisé du XXe siècle ». Dans : Catherine Couret et Michel Gollac. *Risques du travail, la santé négociée*. Paris : La Découverte, pp.83-101.

Carré, Alain, 2016. « Améliorer la prévention secondaire des cancers professionnels : expérience d'une consultation de suivi post-professionnel mise en place par un comité d'entreprise du secteur de l'énergie ». *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol.77, n°3, p.506.

Carricaburu, Danièle et Ménoret, Marie, 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 235 p.

Castel, Robert, 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard, 490 p.

Cefaï, Daniel et Amiraux, Valérie, 2002. « Les risques du métier. Engagements problématiques en sciences sociales. Partie 1 ». *Cultures & Conflits*, n°47. Disponible sur <http://journals.openedition.org/conflits/829>

Chanson, Claire, 2013. *Les maladies professionnelles hors tableaux : étude épidémiologique rétrospective auprès des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorrains*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Lorraine, 287p.

Chassaing, Karine, et Waser, Anne-Marie, 2010. « Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ? ». *Travailler*, vol.23, n°1, pp.99-136.

Chauvenet, Antoinette, 1978. *Médecines aux choix, médecine de classes*. Paris : PUF, 256 p.

Chappe, Vincent-Arnaud, 2010. « La qualification juridique est-elle soluble dans le militantisme ? Tensions et paradoxes au sein de la permanence juridique d'une association antiraciste ». *Droit et société*, vol.3, n°76, pp.543-567.

Chauvier, Eric, 2007. « Populations précaires et environnement à risques industriels : préjugés, non dits et enjeux implicites de l'action publique ». *Socio-logos*, n°2.

Cicolella, André, 2010. « Santé et Environnement : la 2ème révolution de Santé Publique ». *Santé Publique*, vol.22, n°3, pp.343-351.

Claude-Mathieu, Nicole, 1991. « Quand céder n'est pas consentir ».

Clot, Yves, 2011. « Le métier comme opérateur de santé ». *Bulletin de psychologie*, vol.1, n°511, pp.31-38.

Collard, Clément, 2018. « L'indemnisation des accidents du travail à l'épreuve de l'invalidité de guerre en France (1915-1919) ». *Histoire@Politique*, n°36. Disponible sur www.histoire-politique.fr

Corbin, Alain, 1982. *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe-XIXe siècles*. Paris : Aubier, 335p.

- Corgas, Cristina, 2014. « Le préjudice d'angoisse : état des lieux ». *Revue juridique de l'Ouest*, actes du colloque « L'angoisse face aux risques hypothétiques » du 3 octobre 2014, pp.29-34.
- Counil, Émilie, 2019. « Le travail comme analyseur des tensions dans la construction épidémiologique de causes et de responsabilités », *Sociologie du travail*, vol.61, n°2. Disponible sur <http://journals.openedition.org/sdt/18116>
- Counil, Émilie et Henry, Emmanuel, 2016. « Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? ». *Travail et Emploi*, n°148, pp.5-29.
- Court, Martine *et al.*, 2014. « Habiller, nourrir, soigner son enfant : la fabrication de corps de classes ». *Recherches familiales*, vol.1, n° 11, pp.43-52.
- Coutarel, Fabien et Andrieu, Bernard, 2009. « Corps au travail ». *Corps*, vol.6, n°1, pp.11-13.
- Cozzi, Donatella, 2012. « Expériences croisées. Comment les récits de la maladie d'autrui changent l'expérience du chercheur ». *Corps. Revue interdisciplinaire*, n°10, pp.45-53.
- Crasset, Olivier, 2017. *La santé des artisans. De l'acharnement au travail au souci de soi*. Rennes : PUR, 288 p.
- Cresson, Geneviève, 2006. « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle ». *Recherches familiales*, vol.1, n°3, pp.6-15.
- Dardy, Claudine, 1997. « L'identité-papier ». *Les cahiers de médiologie*, vol.4, n°2, pp.225-231.
- Darmon, Muriel, 2008. « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation ». *Politix*, vol.2, n°82, pp.149-167.
- Dartevelle, Raymond, 2016. « 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 : PUR, pp.67-95.
- Dassa, Sami, 1976. « Travail salarié et santé des travailleurs ». *Sociologie du travail*, n°4, pp.394-410.
- Daston, Lorraine et Galison, Peter, 2007. *Objectivité*. Dijon : Les Presses du Réel, 581 p.
- Daubas-Letourneux, Véronique, 2008. « 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, pp.213-235.
- Davezies, Philippe, 2003. « Les maladies professionnelles ». *Dictionnaire historique et philosophique de la médecine*. Paris : PUF.
- Davezies, Philippe, 1999. « Transformations des organisations du travail, nouvelles pathologies : défis à la clinique médicale », *Archives des maladies professionnelles*, vol.60, n°6, pp.542-550.
- De Blic, Damien, 2008. « 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*, vol.2, n°2-3, pp.119-140.

De Blic, Damien et Lazarus, Jeanne, 2007. *Sociologie de l'argent*. Paris : La Découverte, 128 p.

Del Sol, Marion, 2017. « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente ». *Regards*, vol.1, n° 51, pp.119-126.

Del Sol, Marion, 2015. « L'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, scandale (persistant) de nos sociétés modernes. Présentation ». *Droit Social*, n°4, p.292.

Demoustier, Danièle, 2002. « Le bénévolat, du militantisme au volontariat ». *Revue française des affaires sociales*, vol.4, n°4, pp.97-116.

Déplaud, Marc-Olivier, 2003. « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale ». *Revue française de science politique*, vol.53, n°5, pp.707-735.

Derbez, Benjamin et Rollin, Zoé, 2016. *Sociologie du cancer*. Paris : La Découverte, 128p.

Desplanques, Guy, 1993. « L'inégalité sociale devant la mort ». *Données sociales*, Paris, INSEE, pp.251-256.

Devinck, Jean-Claude, 2010. « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles ». *Sciences sociales et santé*, vol.28, n°2, pp.65-93.

Dodier, Nicolas, 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié, 372 p.

Dodier, Nicolas et Barbot, Janine, 2009. « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical ». Dans : Thomas Périlleux et John Cultiaux, *Destins politiques de la souffrance*. Toulouse : Érès, pp.99-117.

Dressen, Marnix et Durand, Jean-Pierre (coord.), 2011. *La Violence au travail*. Toulouse : Octarès, 394 p.

Dubet, François, 2003. « Que faire des classes sociales ? ». *Lien social et Politiques*, n°49, pp.71-80.

Dubois, Vincent, 2012. « La promotion du contrôle : retour sur la construction politique de la fraude sociale comme problème public ». Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660674/document>

Dubois, Vincent, 1999. *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris : Economica, 202 p.

Duclos, Denis, 1986. *La Santé et le travail*. Paris : La Découverte, 128 p.

Dupeyroux Jean-Jacques, 1998. « Un deal en béton ? ». *Droit social*, n°7-8, pp.631-634.

Durand, Cécile et Ferre, Nathalie, 2016. « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol.18, n°1. Disponible sur <https://journals.openedition.org/pistes/4635>

Ewald, François, 1986. *L'Etat-Providence*. Paris : Grasset, 610 p.

Fainzang, Sylvie, 2013. « Champ-contrechamp : La relation médecin malade entre anciennes et nouvelles normes. ». *Anthropologie et Sociétés*, 373, pp.83–97.

Fainzang, Sylvie, 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonges*. Paris : PUF, 168 p.

Fainzang, Sylvie, 2005. « L'autonomie du malade : le droit de désobéir. Libre-propos sur l'avis du CCNE : "Refus de traitement et autonomie de la personne" ». *Les Cahiers du CCNE (Comité consultatif national d'éthique)*, n°44, pp.25-26. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00009230/document>

Fassin, Didier, 2005. « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique ». Dans : Marie-Christine Granjon, *Penser avec Michel Foucault*. Paris : Karthala, pp.161-182.

Fassin, Didier, 2000. « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés*, vol.24, n°1, pp.95-116.

Fassin, Didier et Memmi, Dominique, 2004. *Le Gouvernement des corps*. Paris : EHESS, 269 p.

Fassin, Didier et Rechtman, Richard, 2011 [2007]. *L'empire du traumatisme*. Paris : Flammarion, 452 p.

Faure, Olivier, 2002. « Patrice Bourdelais (dir.), Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques, Paris, Éditions Belin, 2001, 540 p. ». *Cahiers d'histoire*, vol.47, n°1. Disponible sur <https://journals.openedition.org/ch/450>

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

Fillion, Emmanuelle et Torny, Didier (2016). « Un précédent manqué : le Distilbène® et les perturbateurs endocriniens. Contribution à une sociologie de l'ignorance ». *Sciences sociales et santé*, vol.34, n°3, pp.47-75.

Fontaine, Marion, 2014. *Fin d'un monde ouvrier. Liévin 1974*. Paris : EHESS, 240 p.

Foucault, Michel, 1975. *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 360 p.

Fournier, Cécile et Winance, Myriam, 2016. « Questionnements éthiques dans les recherches qualitatives en santé ». Dans : Joëlle Kivits et al., *Les recherches qualitatives en santé*, Paris : Armand Colin, pp.60-81.

Fréry, Nadine et al. (2017). « Exposition des salariés à de multiples nuisances cancérigènes en 2010 ». *BEH*, n°13, pp.242-249.

Gayet-Viaud, Carole et de Labrusse, Anne, 2012. « 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, pp ?..

Gelly, Maud et Pitti, Laure, 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, vol.58, n°1, pp.7-18.

Ghis Malfilatre, Marie, 2018. *Santé sous-traitée. Ethnographier les mobilisations contre les*

risques du travail dans l'industrie nucléaire en France (1968-2018). Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Godding, J-P, 1976. « A propos du pro deo. Les stagiaires et la mentalité professionnelle du barreau », *Revue de l'Institut de sociologie (B)*, n°4, pp.403-424.

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

Gross, Olivia et Gagnayre, Rémi, 2013. « Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient : processus d'élaboration ». *Recherches qualitatives*, n°15, pp.147-165.

Guchet, Xavier, 2014. « Le patient "actionnable" de la médecine personnalisée ». *Socio-anthropologie*, n°29, pp.37-51

Guillermin, Bastien, 2016. « « Il a été pris par l'amiante. » Configurations locales et représentations indigènes de la maladie ». Dans : Benjamin Derbez et al., *La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie*. Toulouse : Érès, « Cancers & psys », pp.87-100.

Haber, Stéphane et Renault, Emmanuel, 2007. « Une analyse marxiste des corps ? ». *Actuel Marx*, vol.1, n°41, pp.14-27.

Hacking, Ian, 2001-2002. « Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Cours : Façonner les gens ». pp.537-559. Disponible sur https://www.college-de-france.fr/site/ian-hacking/_course.htm

Hacking, Ian, 2005. « Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Cours : façonner les gens II », pp.385-402. Disponible sur https://www.college-de-france.fr/site/ian-hacking/_course.htm

Halbwachs, Maurice, 2011 [1912 et 1933]. *Le destin de la classe ouvrière*. Paris : PUF, 620 p.

Halpérin, Jean-Louis, 2009. « La preuve judiciaire et la liberté du juge ». *Communications*, n°84, pp.21-32.

Hardy, Anne-Chantal, 2013. *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*. Paris : Presses de l'EHESS, 306 p.

Harlay, Alain, 1996. *Les maladies professionnelles*. Paris : PUF, 127 p.

Hatzfeld, Nicolas, 2009. « Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol.1, n°56, pp.177-196.

Henry, Emmanuel, 2019. « Fabriquer des irresponsables ». *Sociologie du travail*, vol.61, n°2. Disponible sur <http://journals.openedition.org/sdt/18060>

Henry, Emmanuel, 2011. « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact – limité – des transformations – importantes – de l'expertise en santé au travail ». *Revue française de science politique*, vol.61, n°4, pp.707-726.

Henry, Emmanuel, 2007. *Amiante, un scandale improbable, sociologie d'un problème public*. Rennes : PUR, 312 p.

- Henry, Emmanuel, 2004. « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante ? ». *Revue française de science politique*, vol.54, n°2, pp.289-314.
- Henry, Emmanuel, 2000. *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une "crise de santé publique"*. Thèse de doctorat en science politique, Université de technologie de Compiègne, 885 p.
- Henry, Emmanuel et Jouzel, Jean-Noël, 2008. « Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique ». *Santé Publique*, vol.20, pp.181-189.
- Hermitte, Marie-Angèle, 1995. « Du statut juridique du corps. À propos de l'Affaire de la main volée de J.-P. Baud ». *Natures - Sciences - Sociétés*, vol.3, n°1, pp.48-53.
- Herreros, Gilles, 2009. *Pour une sociologie d'intervention*. Toulouse : Érès, 224 p.
- Hoening, Barbara, 2015. « Gatekeepers in Social Science ». Dans : James D. Wright. *The International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, pp. 618-622.
- Hoggart, Richard, 1970. *La culture du pauvre*. Paris : Le sens commun, 424 p.
- Horn, Lucie, 2018. *Prévenir pour gouverner ? La prévention des risques professionnels au prisme de la santé au travail*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Villeneuve d'Ascq.
- Jacquot, Lionel et Voléry, Ingrid, 2019. « Le travail dans la peau. Les figures du corps dans la sociologie du travail contemporaine ». *La nouvelle revue du travail*, n°14. Disponible sur <https://journals.openedition.org/nrt/4541>
- Jorland Gérard, 2010. *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Paris : Gallimard, 368 p.
- Jounin, Nicolas, 2008. *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. Paris : La Découverte, 274 p.
- Jounin, Nicolas, 2006. « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°165, pp.72-91.
- Jouzel, Jean-Noël, 2009. « Encombrantes victimes. Pourquoi les maladies professionnelles restent-elles socialement invisibles en France ? ». *Sociologie du travail*, n°51, pp.402-418.
- Jouzel, Jean-Noël et Prete, Giovanni, 2014. « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes ». *Sociologie du travail*, vol.56, n°4, pp.435-453.
- Jouzel, Jean-Noël et Prete, Giovanni, 2013. « De l'intoxication à l'indignation » Le long parcours d'une victime des pesticides. *Terrains & travaux*, vol.1, n°22, pp.59-76.
- Jouzel, Jean-Noël et Dedieu, François, 2013. « Rendre visible et laisser dans l'ombre. Savoir et ignorance dans les politiques de santé au travail ». *Revue française de science politique*, vol.63, n°1, pp.29-49.
- Judon, Nathalie, 2017. *Rendre possible un espace intermédiaire de dialogue pour coconstruire de nouvelles solutions de prévention dans un contexte d'incertitude : cas des travaux de revêtements routiers*. Thèse de doctorat en psycho-ergonomie, Université de Bordeaux, 343 p.

- Judon, Nathalie et al., 2015. « Vers une prévention intégrée du risque chimique lié à l'exposition cutanée au bitume des travailleurs de la route. Élaboration d'une méthodologie dans le cadre de l'ergotoxicologie ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol.17, n°2. Disponible sur <https://journals.openedition.org/pistes/4586>
- Juffé, Michel, 1980. *À corps perdu. L'accident du travail existe-t-il ?*. Paris : Seuil.
- Kehr, Janina, 2013. « Une maladie sans avenir. Anthropologie de la tuberculose en France et en Allemagne ». *Bulletin Amades*, n°87. Disponible sur <https://journals.openedition.org/amades/1526>
- Kergoat, Danièle, 2009. « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux ». Dans : Elsa Dorlin, (dir.). *Sexe, Race, Classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris : PUF, 320p, pp.111-125.
- Knobé, Sandrine, 2009. « Logiques d'engagement des malades dans les associations de lutte contre le cancer », *Socio-logos*, n°4. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2346>
- Lanna, Flaviene, 2013. « 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. Disponible sur <https://journals.openedition.org/nrt/653>
- Lanna, Flaviene et al. (2010). « Cancer et travail : des liens et des droits niés ». *Plein droit*, vol.3, n°86, pp.10-13.
- Laville, Antoine, 2004. « Repères pour une histoire de l'ergonomie francophone ». *Ergonomie*, Paris : PUF, pp.37-50.
- Le Breton, David, 2012. *La sociologie du corps*. Paris : PUF, 128 p.
- Le Roux, Thomas, 2011 (1). « 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, pp.103-119.
- Le Roux Thomas, 2011 (2). « Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au XIXe siècle ». Dans : Anne-Sophie Bruno et al., *La Santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes : PUR, 360 p.
- Le Roux Thomas, 2010. « Le siècle des hygiénistes ». Recension de Gérard Jorland, *Santé et souffrance au travail : une nouvelle préoccupation à la fin du XVIIIe siècle ?*. Paris : Gallimard, 368 p. Disponible sur https://laviedesidees.fr/spip.php?page=print&id_article=1101
- Le Roux, Thomas, 2009. « Santé et souffrance au travail : une nouvelle préoccupation à la fin du XVIIIe siècle ? ». *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol.1, n°2, pp.13-29.
- Laurens, Sylvain et Serre, Delphine, 2016. « Des agents de l'État interchangeables ? L'ajustement dispositionnel des agents au cœur de l'action publique ». *Politix*, vol.3, n°115, pp.155-177.
- Lécuyer, Bernard-Pierre et Brian, Éric, 2000. « L'argent, la vie, la mort : les recherches sociales de Louis René Villermé sur la mortalité différentielle selon le revenu (1822-1830) »,

Mathématiques et sciences humaines, n°149, pp.31-60.

Lefranc, Sandrine et Mathieu, Lilian (dir.), 2009. *Mobilisations de victimes*. Rennes : PUR, 220 p.

Legavre, Jean-Baptiste, 1996. « La « neutralité » dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence ». *Politix*, vol.9, n°35, pp.207-225

Legrand, Émilie et Mias, Arnaud, 2013. « Zones d'ombre dans la prévention des risques cancérogènes ». *Sociologies pratiques*, vol.1, n° 26, pp.71-83.

Lénel, Pierre et Maestrutti, Marina, 2014. « Le propre de l'humain : un chantier ouvert sans projet ». *Sens-Dessous*, vol.1, n°13, pp.71-84.

Lenoir, Rémi, 2005. « Nature sociale ou construction sociale naturalisée ». *Regards sociologiques*, n°30, pp.3-12.

Lenoir, Rémi, 1980. « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.32-33, pp.77-88.

Henri Lévy-Bruhl, 1964. *La preuve judiciaire. Étude de sociologie juridique*, Paris : Marcel Rivière, 155 p.

Linhart, Robert, 1978. *L'établi*. Paris : Les Editions de Minuit, 179 p.

Lippel, Katherine, 1988. « Les victimes sans crimes : le traitement pénal des accidents de travail ». *Criminologie*, vol.21, n°1, pp.35-56.

Lomba, Cédric, 2018. *La restructuration permanente de la condition ouvrière*. Vulaines sur Seine, Editions du Croquant, 365 p.

Loriol, Marc, 2000. *Le temps de la fatigue, la gestion du mal-être au travail*. Paris : Anthropos, 293 p.

Loriol, Marc, 2012. *La construction du social, Souffrances, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : PUR, 214 p.

Marchand, Anne, 2018. *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)*. Thèse de doctorat en histoire et en sociologie, Université Paris Saclay, 654 p.

Marchand, Anne, 2016. « Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance. Les facteurs du non-recours au droit ». *Sociétés contemporaines*, vol.102, n°2, pp.103-128.

Marchand, Anne et Rollin, Zoé, 2015. « Ce que l'intervention fait à la recherche dans un contexte de maladie grave ». *Santé publique*, vol.27, n°3, pp.331-338.

Marichalar, Pascal, 2017. *Qui a tué les verriers de Givors ?*. Paris : La Découverte, 258 p.

Marichalar, Pascal, 2016. « "C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin." Ouvriers malades de leur travail face à la médecine ». *Agone*, vol.58, n°1, pp.105-122.

Marichalar, Pascal, 2014. *Médecin du travail, médecin du patron ?*. Paris : Les presses de Sciences Po, 184 p.

Marichalar, Pascal, 2011. *Prévenir ou produire : autonomie et subordination dans la médecine*

du travail (France, 1970-2010). Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 425 p.

Marichalar, Pascal et Pitti, Laure, 2013. « 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, pp.114-131.

Markowitz, Gérald et Rosner, David, 2002. « Deceit and Denial: The Deadly Politics of Industrial Pollution, Berkeley (California) ». London, University of California Press.

Maruani, Margaret et Reynaud, Emmanuèle, 2004. *Introduction*. Dans : Margaret Maruani., *Sociologie de l'emploi*, Paris: La Découverte, pp. 3-5.

Marx, Karl, 2009 [1867]. *Le Capital*. Paris : PUF, 1024 p.

Massé, Raymond, 2010. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé. » *Anthropologie & Santé*, n°1, pp. 1-15.

Massé, Raymond, 2001. « La santé publique comme projet politique et projet individuel ». Dans : Bernard Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie. Chapitre 2*. Paris : Karthala, pp.41-66.

Mauss, Marcel, 1934. *Les techniques du corps*.

Mazet, Pierre, 2010. « La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible ». *La Vie des idées*. Disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/La-non-demande-de-droits-pretons-l.html>

Mazuyer, Emmanuelle, 2015. « Le corps et le droit du travail : au cœur d'un paradoxe ». *La Revue des droits de l'homme*, n°8. Disponible sur <https://journals.openedition.org/revdh/1730>

Memmi, Dominique, Guillo, Dominique et Martin, Olivier (dir.), 2009. *La tentation du corps*. Paris : EHESS, 273 p.

Memmi, Dominique et Arduin, Pascal, 2002. « L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisiens ». *Cahiers internationaux de sociologie*, vol.113, n°2, pp.213-232.

Mengeot, Marie-Anne, 2007. *Les cancers professionnels, une plaie sociale trop souvent ignorée*. Bruxelles, Institut syndical européen (ETUI), 60 p.

Ménoret, Marie, 2007. « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention ». *Sociologie et sociétés*, vol.39, n°1, pp.145-160.

Ménoret, Marie, 1999. *Les temps du cancer*. Paris : Éditions du CNRS, 240 p.

Meyer, Francis, 2016. « Accidents du travail et maladies professionnelles : la longue quête des victimes pour obtenir une meilleure réparation du dommage corporel ». *Le droit ouvrier*, n°819, pp.603-620.

Mias, Arnaud *et al.* (2013). *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*. Toulouse : Octarès Editions, 200 p.

Michaels, David (2008). *Doubt is their Product. How Industry's Assault on Sciences threatens your Health*. New-York, Oxford University Press.

Milard, Béatrice, 2008. « Qu'est-ce que la preuve en sociologie? ». *Journée du LISST, Nos sciences sociales*, Toulouse, mai 2018.

- Mohamed-Brahim, Brahim, 2009. « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien ». *Corps*, vol.6, n°1, pp.53-59.
- Mondada, Lorenza et Dubois, Danièle, 1995. « Construction des objets de discours et catégorisation : une approche des processus de référenciation ». *TRANEL*, n°23, pp.273-302.
- Moriceau, Caroline, 2009. « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, n°1, pp.11-27.
- Muller, Lara, 2006. « La pratique sportive en France, reflet du milieu social ». *Données sociales – La société française*, pp.657-663.
- Muñoz, Jorge, 2003 (1). « 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, pp.81-103.
- Muñoz, Jorge, 2003 (2). « La régulation assurantielle du système de risques professionnels : le cas de la fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH). Dans : Geneviève Cresson et al., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Paris : Presses de l'EHESP, pp.105-118.
- Muñoz, Jorge, 2004. « Le dilemme de la « réparation » des victimes des risques professionnels : entre équité et égalité ». Dans : François-Xavier Schweyer et al. (dir.). *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris : EHESS, pp.105-116.
- Nivelon-Chevallier, Annie, 2007. « La culture médicale et l'intervention précoce. Evolution dans les cinquante dernières années ». *ERES | « Contraste »*, vol.2, n°27, pp.141-148.
- Noiriel, Gérard, 1982. *Les ouvriers sidérurgistes et les mineurs de fer dans le bassin de Longwy-Villerupt*. Thèse de doctorat en histoire. Publiée : Noiriel, Gérard, 1984. *Longwy, Prolétaires et immigrés 1880/1980*. Paris : PUF, 400 p.
- Noiville, Christine, 2003. *Du bon gouvernement des risques. Le droit et la question du « risque acceptable »*. Paris : PUF, 256 p.
- Omnès, Catherine, 2006. « Le risque professionnel ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp.173-187.
- Omnès, Catherine, 2009. « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol.56, n°1, pp.61-82.
- Omnès, Catherine et Laure Pitti (dir.), 2009. *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*. Rennes : PUR, 262 p.
- Paillé, Pierre, 1994. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique*, n°23, pp.147–181.
- Paiva, Michèle, 2016. *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 de doctorat en sociologie, Université Paris 8, 480 p.
- Paugam, Serge, 2009 [1991]. « La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté ».

Paris : PUF, 256 p.

Pedrot, Florian, 2014. « Être ou devenir victime ? Le cas des surirradiés ». *Politix*, vol.2, n°106, pp.189-210.

Péry, Alexandre *et al.*, 2013. « Valeurs limites d'exposition professionnelles (VLEP), valeurs toxicologiques de référence (VTR) : objectifs et méthodes ». *Environnement risque et santé*, vol.12, n°5, pp.442-449.

Peters, B. Guy, 2014. « Nouveau management public (new public management) ». Dans : Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris : Presses de Sciences Po, pp.398-404.

Pezé, Marie, 2009. « Corps et souffrance au travail ». *Corps*, vol.6, n°1, pp.15-21.

Pierret, Janine, 1976. « Relations au corps et conduites de maladie ». *Ethnologie française*, vol.6, n°3/4, pp.279-284.

Pillayre, Heloise, 2017. *Justice et justesse de l'indemnisation. Acteurs et dispositifs de l'Etat providence à l'épreuve du scandale de l'amiante*. Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 446 p.

Pillon, Thierry, 2016. « De quelques traces du corps en sociologie du travail ». *Sociologie et Sociétés*, vol.48, n°1, pp.83-96.

Pillon, Thierry, 2014 (1). « Le corps ouvrier au travail ». *Travailler*, vol.2, n°32, pp.151-169.

Pillon, Thierry, 2014 (2). « Le travail au prisme du corps. L'exemple des ouvriers ». *Tumultes*, vol.2, n° 43, pp.95-105.

Pillon, Thierry et Vatin, François, 2002. « Retour sur la question salariale. Actualité d'un vieux problème ». *Histoire et Société*, n°1, pp.95-106.

Pinell, Patrice, 1988. « Quand le cancer devient un fléau social ». *Prévenir*, n°16, pp.15-23.

Pitti, Laure, 2010. « 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, pp.103-132.

Pitti, Laure, 2009. « Penarroya 1971-1979 : "Notre santé n'est pas à vendre !" ». *Plein droit*, vol.83, n°4, pp.36-40.

Platel, Sylvie, 2014. *Connaissance, expertise et reconnaissance des maladies professionnelles : système complémentaire et cancers en Seine-Saint-Denis*. Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris 13, 427 p.

Platel, Sylvie, 2009. « La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser... ». *Mouvements*, vol.58, n°2, pp.46-55.

Ponet, Philippe, 2009. « Devenir cause : les logiques pratiques de production du « nombre de ». Le moment de l'expertise médicale des victimes de dommage corporel ». Dans : Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu (dir.). *Mobilisations de victimes*. Rennes : PUR, pp ?

Ponet, Philippe, 2007. « Remettre les corps en ordre : entre savoirs et pouvoirs. La

- « professionnalisation » de l'évaluation médicale du dommage corporel ». *Revue française de sociologie*, vol.48, n°3, pp.477-517.
- Porret, Michel, 2010. « La médecine légale entre doctrines et pratiques ». *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, vol.1, n°22, pp.3-15.
- Primerano, Julie et Marchand, Anne, 2019. « Cancers professionnels. Le corps dévalué des ouvriers ». *NRT*, n°14. Disponible sur <https://journals.openedition.org/nrt/4832>
- Primerano, Julie et Marchand, Anne, 2017. « Le travail, trop rarement incriminé dans les cancers ». *The Conversation*. Disponible sur <https://theconversation.com/le-travail-trop-rarement-incrimine-dans-les-cancers-84822>
- Proctor, Robert, 2011. *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. Berkeley : University of California Press, 779 p.
- Prouteau, Lionel et Wolff, François-Charles. « Donner son temps : les bénévoles dans la vie associative ». *Économie et statistique*, n°372, 2004. pp.3-39.
- Quistrebert, Yohann, 2014. « La spécificité du préjudice d'angoisse face aux risques hypothétiques ». *Revue Juridique de l'Ouest*, actes du colloque « L'angoisse face aux risques hypothétiques », 3 octobre 2014, pp.57-90.
- Raggi, Pascal, 2013. « Industrialisation, désindustrialisation, ré-industrialisation en Europe », *Rives méditerranéennes*, n°46, pp.11-28.
- Rainhorn, Judith (2014). « Poussières de plomb et pollution de l'air au travail : la céruse en question sur le temps long (France, XIXe-XXe siècles) ». *Pollution atmosphérique*, n°222. Disponible sur <http://lodel.irevues.inist.fr/pollution-atmospherique/index.php?id=4472>
- Ramazzini, Bernardo, 1777 [1700]. *Essai sur les maladies des artisans*, traduit par Fourcroy. Paris : Moutard.
- Renahy, Nicolas, 2010. « Classes populaires et capital d'autochtonie. Genèse et usages d'une notion ». *Regards Sociologiques*, n°40, pp.9-26.
- Rey, Frédéric, 2014. « La démocratie politique contre la démocratie sociale ? Analyse de la négociation sur la représentation des salariés de TPE ». *Négociations*, vol.21, n°1, pp.35-49.
- Riblier-Dehen, Domitille, 2017. *Impact psychologique du suivi post-professionnel après une exposition à l'amiante : retentissement de la reconnaissance d'une maladie professionnelle* ». Thèse de doctorat en médecine, Université de Lorraine, 79 p.
- Roberti-Lagarde, Henriette, 1927. *Législation des maladies professionnelles*. Thèse de doctorat en droit, Université de Paris, 332p.
- Rode, Antoine, 2010. *Le "non-recours" aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes*. Thèse de doctorat en sciences politiques, Université de Grenoble, 509 p.
- Rosental, Paul-André, 2007. « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle ». *Populations et sociétés*, n°437, pp.1-4.

Rosental, Paul-André et Devinck, Jean-Claude, 2007. « 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, pp.75-91.

Rosanvallon, Pierre, 1994 [1988]. *La Question syndicale : Histoire et avenir d'une forme sociale*. Paris : Calmann-Lévy, 268 p.

Salaris, Coline, 2015. *Mobilisations en souffrance : analyse comparative de la construction de deux problèmes de santé publique : (familles victimes du Distilbène et agriculteurs victimes des pesticides)*. Thèse de doctorat en sciences politiques, Université de Bordeaux, 469 p.

Salaris, Coline, 2014. « Agriculteurs victimes des pesticides : une nouvelle mobilisation collective en santé au travail ». *La nouvelle revue du travail*, n°4. Disponible sur <https://journals.openedition.org/nrt/1480>

Saraceno, Marco, 2013. *De la mesure du corps à la politique des corps : une histoire des sciences du travail (1880-1920)*. Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 10, 428 p.

Sarfati, François et Waser, Anne-Marie, 2013. « Les risques professionnels et la santé : une affaire d'expérience, d'occultation, de reconnaissance ». *Sociologies pratiques*, vol.26, n°1, pp.1-10.

Schepens, Florent, 2013. « Se réaliser au mépris du corps : les entrepreneurs de travaux forestiers ». *Sociologies pratiques*, vol.1, n°26, pp.57-69.

Schwartz, Olivier, 2012 [1990]. *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*. Paris : PUF, 531 p.

Schwartz, Yves, 2003. « Annexe au chapitre 1. Réflexion autour d'un travail ouvrier ». Dans : Yves Schwartz et Louis Durrieu (dir.). *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine, Tome 1*. Paris : Octarès, pp.22-30.

Siblot, Yasmine, 2002. « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familiale, le bureau de poste d'un quartier populaire ». *Sociétés contemporaines*, vol.3, n°47, pp.79-99.

Spire, Alexis, 2008. *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris : Raisons d'agir, 124 p.

Stavo-Debaugé, Joan, 2012. « L'(in)expérience des victimes ». Dans : Catherine Courtet et Michel Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*. Paris : La Découverte, pp ?.

Supiot, Alain, 2011 [1994]. *Critique du droit du travail*. Paris : PUF, 336 p.

Terrail, Jean-Pierre, 1990. *Destins ouvriers, la fin d'une classe ?*. Paris : PUF, 275 p.

Thébaud-Mony, Annie, 2014. *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*. Paris : La Découverte, 224 p.

Thébaud-Mony, Annie, 2008. « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis ». *Revue française des affaires sociales*, vol.2, n°2-3, pp.237-254.

- Thébaud-Mony, Annie, 2007. *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. Paris : La Découverte, 294 p.
- Thébaud-Mony, Annie, 2006. « Histoires professionnelles et cancer ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.3, n°163, pp.18-31.
- Thébaud-Mony, Annie, 2004. « La construction sociale des inégalités de santé. L'exemple des cancers professionnels ». *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp.111-122.
- Thébaud-Mony, Annie, 2000. *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*. Paris : INSERM-EDK, 272 p.
- Thébaud-Mony, Annie, 1991. *La reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*. Paris : La Documentation française, 284 p.
- Thébaud-Mony, Annie et Lepetit, Catherine, 1991. « La tuberculose n'est pas une maladie exotique ». *Plein droit*, n°14.
- Thébaud-Mony, Annie et *al.*, 2003. « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) ». *Pistes*, vol.5, n°1. Disponible sur <https://journals.openedition.org/pistes/3346>
- Thénard-Duvivier, Franck (coord.), 20 janvier 2011. « Les mondes du travail en France de 1800 à nos jours ». Conférences et débats, Saint-Étienne.
- Edward P. Thompson, 2004. *Temps, discipline du travail et capitalisme industriel*. Paris : La Fabrique, 112 p.
- Tornatore, Jean-Louis, 2005. « L'«invention de la Lorraine industrielle». Note sur un processus en cours ». *Ethnologie française*, vol.35, n°4, pp.679-689.
- Tornatore, Jean-Louis, 2004. « Beau comme un haut fourneau ». *L'Homme*, n°170, pp.79-116.
- Tournay, Virginie, 2011. *Sociologie des institutions*. Paris : PUF, 128 p.
- Treich, Nicolas, 2005. « L'Analyse Coût-Bénéfice de la Prévention des Risques ». Disponible sur <https://www.previnfo.net/telechargement/Prevention/ACB03.pdf>
- Trémeau, Camille, 2017. « 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, pp.157-181.
- Touraille, Priscille, 2008. *Hommes grands, femmes petites : une évolution coûteuse. Les régimes de genre comme force sélective de l'évolution biologique*. Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 441 p.
- Verret, Michel, 1996 [1988]. *La culture ouvrière*. Paris : L'Harmattan, 296 p.
- Vieille Marchiset, Gilles et Gasparini, William, 2101. « Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps ». *Staps*, vol.87, n°1, pp. 93-107.
- Vigneau, Christophe, 2009. « Contrat et individualisation dans la relation de travail ». *Le Droit Ouvrier*, pp.175-181.
- Villermé, Louis-René, 1989 [1840]. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés*

dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Paris : Études et documentations internationales.

Vincent, Julien, 2012. « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme ». *Genèses*, vol.4, n°89, pp.88-111.

Vincent, Julien, 2009. « Pour une histoire par en bas de la santé au travail. Entretien avec l'historien Jean-Claude Devinck ». *Mouvements*, vol.58, n°2, pp.68-78.

Vogel, Laurent, 2018. « Les lieux de travail comme lieux de vie ». *HesaMag*, Editorial, n°17. Disponible sur <https://www.linkedin.com/pulse/les-lieux-de-travail-comme-lieu-vie-editorial-dhesamag-laurent-vogel>

Voléry, Ingrid, à paraître. « Le "bien-vieillir" à l'épreuve des rapports sociaux de classe, d'âge et de génération. Jalons pour une approche intersectionnelle du vieillissement ». Dans : Nathalie Burnay et Cornelia Hummel (dir.). *L'impensé des classes sociales dans le processus de vieillissement*, Peter Lang.

Waser, Anne-Marie et Lhuilier, Dominique, 2017. « L'expérience de la maladie grave dans le monde du travail ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol.130, n°3, pp.35-46.

Weller, Jean-Marc, 2018. « Les figures de l'utilisateur dans les réformes de modernisation des services publics ». *Informations sociales*, vol.3, n°198, pp.48-56.

Weller, Jean-Marc, 2004. « Le travail administratif des petits bureaucrates : enjeux et transformations. » Version à paraître dans : Françoise Dreyfus et Jean-Michel Eymeri (dir.), *L'administration en action*. Paris : Economica, 19 p. Disponible sur https://www.researchgate.net/profile/Jean_Marc_Weller/publication/267779245_Le_travail_administratif_des_petits_bureaucrates_enjeux_et_transformations/links/56e1b9e708ae0942bf37dc28/Le-travail-administratif-des-petits-bureaucrates-enjeux-et-transformations.pdf

Zelizer, Viviane, 2005. *La signification sociale de l'argent*. Paris : Seuil, 348 p.

Zimmermann, Bénédicte, 2003. « Éléments pour une socio-histoire des catégories de l'action publique ». Dans : Pascale Laborier et Danny Trom (éd.). *Historicités de l'action publique*. Paris : PUF, pp. 241-258.

Zolesio, Emmanuelle, 2011. « Anonymiser les enquêtés ». *Interrogations?*, n°12. Disponible sur <https://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

Rapports officiels, écrits médicaux et données statistiques

Aballéa, Pierre et Marie, Etienne. « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque ». *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, tome 1, 294 p. Disponible sur <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000682.pdf>

Archimbaud, Aline (sénatrice) et al., enregistré le 1er juillet 2014. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur le suivi de la mission d'information de 2005 sur l'amiante*, n°668. Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/r13-668/r13-6680.html>

Bergeret, Alain et al., 2013. « Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ». *Références en santé au travail*, n°137, pp.91-120.

Boissin et Rougemont, 2006. « Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement ». *Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006*. Disponible sur <https://docplayer.fr/16181566-Les-certificats-medicaux-regles-generales-d-etablissement.html>

Bonin, Jean-Pierre, juin 2014. *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*. Disponible sur www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-sous-declaration-des-AT-MP.

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des risques professionnels, novembre 2013. « Nomenclatures des CTN, des codes risque et de leurs regroupements (pour les données de sinistralité 2012) », 25 p. Disponible sur [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Nomenclatures%20sinistralite%20C3%A9%202012%20CTN%20risq%20regroup%20\(n-2013-160\).pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Nomenclatures%20sinistralite%20C3%A9%202012%20CTN%20risq%20regroup%20(n-2013-160).pdf)

Chemarin, Cécile et Vincent, Michel (2005). « Pathologies pulmonaires et amiante : l'analyse de "recherche de corps asbestosiques" ». *Lettre du pneumologue*, vol.8, n°24. Disponible sur <http://www.minapath.com/wp-content/uploads/2015/12/Pathologies-pulmonaires-et-amiante-Lettre-du-Pneumologue-2005.pdf>

Coates, Laureline, 2017. « Suivi médical des travailleurs exposés ou ayant été exposés à l'amiante : le point sur les recommandations ». *Références en santé au travail*, n°149, pp.131-139.

Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie risques chimiques, psychosociaux ou physiques et les moyens à déployer pour leur élimination, Réunion du jeudi 15 mars 2018. Disponible sur <https://www.nosdeputes.fr/15/seance/1057>

Cour des Comptes, 2017. *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, 246 p. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-role-des-chu-dans-l-enseignement-superieur-et-la-recherche-medicale>

Cour des comptes, 2008. *La mise en œuvre du Plan cancer, rapport public thématique*. Paris : La Documentation française. Disponible sur <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000337/>

Coutrot, Thomas et Léonard, Martine, octobre 2018. « Les ouvriers intérimaires sont-ils plus exposés aux risques professionnels ? ». *Dares Analyses*, n°45. Disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/les-ouvriers-interimaires-sont-ils-plus-exposes-aux-risques-professionnels>

Dares Analyses, 21 juin 2018. « CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ? », n°26. Disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/cdd-cdi-comment-evoluent-les-embauches-et-les-ruptures-depuis-25-ans>

Dares Analyses, août 2014. « Le travail de nuit en 2012 - Essentiellement dans le tertiaire », n°62. Disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/le-travail-de-nuit-en-2012>

Dares Analyses, Cavet, Marine et Léonard, Martine, septembre 2013. « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », n° 54.

Dares Premières Synthèses Informations, juillet 2009. « Conditions de travail et précarité de l'emploi », n°28.2. Disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/conditions-de-travail-et-precarite-dans-l-emploi>

Dharéville, Pierre (rapporteur), enregistré le 19 juillet 2018. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination*, 150 p. Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-enq/r1181.asp>

Doll, Richard et Peto, Richard (1981). « 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, p.1191-308

Eurogip, avril 2010. « Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe ? ». *Rapport d'enquête*, 53 p. Disponible sur http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/Autre/2010_EUROGIP_Kr%20d'origine%20pro%20quel%20reco%20en%20%E2%82%AC.pdf

Gilg Soit Ilg, Anabelle et *al.*, juin 2019. Rapport « Programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) : vingt années de surveillance (1998-2017) des cas de mésothéliome, de leurs expositions et des processus d'indemnisation ». *INVS*, 103 p.

Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/mesotheliomes/documents/rapport-synthese/programme-national-de-surveillance-du-mesotheliome-pleural-pnsm-vingt-annees-de-surveillance-1998-2017-des-cas-de-mesotheliome-de-leurs-expo>

Goldberg, Stephen et *al.*, 1999. « Les inégalités régionales de prise en charge des maladies professionnelles : l'exemple du mésothéliome ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45, pp.190-191.

Huez, Dominique, 2015. « Témoignage et analyse d'un médecin poursuivi ». *Les cahiers SMT*, n°29, pp.58-63.

Inca, 2017. « Les cancers en France ». Disponible sur http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/

Inca, 2018. *Rapport d'activité*.

Inserm (dir. – expertise collective), 2005. *Cancer : Approche méthodologique du lien avec l'environnement. Rapport*. Paris : Les éditions Inserm, XII, 92 p. Disponible sur <http://hdl.handle.net/10608/129>"

Kasbi-Benassouli Valentine et *al.*, février 2005. « Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles ». *INVS*. Disponible sur <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000575.pdf>

Lambert-Faivre, Yvonne et *al.*, juin 2003. « Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel ». *Extrait du Programme d'action en faveur des victimes présenté par M. PERBEN, Garde des Sceaux en Conseil des Ministres du 18 septembre 2002*, 85 p. Disponible sur <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000490.pdf>

Ministère des Solidarités et de la santé, 2015. « Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France ». *Plan cancer 2014-2019*. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr>

Ministère du travail, 2007. « Les valeurs limites d'exposition professionnelle : un outil concret pour la prévention des risques chimiques », pp.171-190.

PRST Lorraine, 2010-2014. « Les partenaires sociaux, l'Etat et les préventeurs lorrains coopèrent pour la santé au travail », 36 p.

Rapport de l'Ordre national des médecins, 2015. « Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale ». Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1fyrs9f/ecrits_du_medecin_du_travail.pdf

Rapport au gouvernement et au parlement, 30 juin 2017. « Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/20170630_rapport_sous-declaration_atmp.pdf

Sillam, Franck et Cervantes, Marie-Hélène, 4 mai 2010. *Surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel (MCP) en PACA : Les « Quinzaines MCP »*. Disponible sur <http://sante.travail.free.fr/smt6/communic/2009-2010/2010-05-04/QMCP-05-2010.pdf>

Rapport de l'Ordre National des Médecins (2015), « Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale ». *Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de juin 2015*, 3 p.

Thierry, Dominique (dir.), « L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France, de 2010 à 2016 », Rapport de France Bénévolat, 2016. Disponible sur https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Chap_07.pdf

Vanlerenberghe, Jean-Marie (rapporteur général) et *al.*, enregistré le 7 novembre 2018. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019*. Tome I, 227 p.

Sources réglementaires

Arrêt n°643 du 5 avril 2019, Cour de cassation. Disponible sur https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/assemblee_pleniere_22/643_5_41955.html

Article L. 176-1, Code de la Sécurité sociale. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740952&dateTexte=&categorieLien=cid>

Article L. 434-2, Code de la Sécurité sociale. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026799859&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

Article L. 452-1 et suivants, Code de la Sécurité sociale. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006743112>

Article L. 461-1, Code de la Sécurité sociale. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031086903&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20161213>

Article L. 461-6, Code de la Sécurité sociale. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031086886&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20150819>

Article 1382 et suivants, Code civil. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006438819>

Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333571&categorieLien=id>

Articles de presse

Aizicovici, Francine, 11 avril 2018. « Sanctionnées pour avoir établi un lien entre santé et travail d'un salarié, deux médecins font appel ». *Le Monde*. Disponible sur https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/04/11/sanctionnees-pour-avoir-etabli-un-lien-entre-sante-et-travail-d-un-salarie-deux-medecins-font-appel_5283909_1651302.html

Bour, Philippe, 21 juin 2019. « Le dernier combat des mineurs ». *Le Républicain Lorrain*. Disponible sur <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2019/06/21/le-dernier>

combat-des-mineurs

Doumayrou, Fanny, 6 décembre 2011. « Amiante : avoir été exposé bouleverse l'existence ». *L'Humanité*. Disponible sur <https://www.humanite.fr/social-eco/amiante%3F-avoir-ete-expose-bouleverse-l%E2%80%99existence-485275>

Du Roy, Ivan, 22 janvier 2014. « Souffrance au travail : de plus en plus de médecins censurés sur demande des employeurs ». *Bastamag*. Disponible sur <https://www.bastamag.net/Souffrance-au-travail-de-plus-en>

Horel, Stéphane, 24 février 2017. « Cancers professionnels : seulement dix-huit substances réglementées », *Le Monde*. Disponible sur https://www.lemonde.fr/planete/article/2017/02/24/cancers-professionnels-seulement-dix-huit-substances-reglementees_5084799_3244.html

Levillain, Michel, 19 septembre 2018. « Cancer du sein et maladie professionnelle : la CFDT de Moselle-Est enquête ». *Le Républicain Lorrain*. Disponible sur <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2018/09/18/cancer-du-sein-et-maladie-professionnelle-la-cfdt-de-moselle-est-enquete>

Loumé, Lise, 21 novembre 2017. « Lien entre glyphosate et cancer : une étude de 20 ans sème le trouble ». *Sciences et Avenir*. Disponible sur https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cancer/glyphosate-et-cancer-une-etude-menee-sur-plus-de-20-ans-relance-le-debat_118479

Mahiou, Isabelle et Desriaux, François (2018). « Santé au travail : la révolution Lecocq ». *Santé et travail*. Disponible sur <http://www.sante-et-travail.fr/sante-travail-revolution-lecocq>

Mazzucotelli, Stéphane, 11 septembre 2019. « Anxiété des mineurs : l'arrêt de la cour d'appel de Metz est cassé ». *Le Républicain Lorrain*. Disponible sur <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2019/09/11/anxiete-des-mineurs-l-arret-de-la-cour-d-appel-de-metz-est-casse>

Monier, Jean-François, 12 novembre 2015. « Hausse des cancers de la vessie d'origine professionnelle ». *Libération*.

Michalopoulos, Sarantis, 21 novembre 2017. « Isolé sur le glyphosate, le CIRC répond ». *Euractiv*. Disponible sur <https://www.euractiv.fr/section/agriculture-alimentation/news/iarc-alone-against-glyphosate-despite-new-evidence/>

Zralos, Samuel, 29 mai 2018. « Le glyphosate en cinq questions ». *RFI*. Disponible sur <http://www.rfi.fr/science/20171130-glyphosate-questions-environnement-sante-agriculture>

<https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2019/09/11/anxiete-des-mineurs-l-arret-de-la-cour-d-appel-de-metz-est-casse>

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/11/apres-l-amiante-la-cour-de-cassation-elargit-le-perimetre-du-prejudice-d-anxiete-a-toute-substance-toxique_5509253_3224.html

Romans

Chalandon, Sorj, 2018 [2017]. *Le jour d'avant*. Paris : Le livre de poche, 360 p.

Eribon, Didier, 2010 [2009]. *Retour à Reims*. Paris : Flammarion, 248 p.

Nicolas Mathieu, 2018. *Leurs enfants après eux*. Arles : Actes Sud, 432 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Critères de classement des agents selon le degré d'indication de cancérogénicité (CIRC)

Annexe 2 : « Citroën »

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des observations

Annexe 5 : Guide d'entretien

Annexe 6 : Questionnaire Cerfa

Annexe 7 : Certificat de déclaration de la responsabilité de la MP dans le décès

Annexe 8 : Courrier récapitulatif des décisions du TASS à l'issue d'une démarche en FIE

Annexe 9 : Journal mural « le cri des murs », 1975

Annexe 1. Critères de classement des agents selon le degré d'indication de cancérogénicité (CIRC) ⁵³⁵

Annexe 2. « Citroën »

*À la porte des maisons closes
C'est une petite lueur qui luit...
Mais sur Paris endormi, une grande lumière s'étale :
Une grande lumière grimpe sur la tour,
Une lumière toute crue.
C'est la lanterne du bordel capitaliste,
Avec le nom du tôlier qui brille dans la nuit.*

Citroën ! Citroën !

*C'est le nom d'un petit homme,
Un petit homme avec des chiffres dans la tête,
Un petit homme avec un sale regard derrière son lorgnon,
Un petit homme qui ne connaît qu'une seule chanson,
Toujours la même.*

*Bénéfices nets...
Millions... Millions...*

*Une chanson avec des chiffres qui tournent en rond,
500 voitures, 600 voitures par jour.
Trotinettes, caravanes, expéditions, auto-chenilles, camions...*

*Bénéfices nets...
Millions... Millions... Citron... Citron*

*Et le voilà qui se promène à Deauville,
Le voilà à Cannes qui sort du Casino*

*Le voilà à Nice qui fait le beau
Sur la promenade des Anglais avec un petit veston clair,
Beau temps aujourd'hui ! le voilà qui se promène qui prend l'air.*

Il prend l'air des ouvriers, il leur prend l'air, le temps, la vie

⁵³⁵ En ligne : <https://www.cancer-environnement.fr/478-Classification-des-substances-cancerogenes.ce.aspx>

*Et quand il y en a un qui crache ses poumons dans l'atelier,
Ses poumons abîmés par le sable et les acides, il lui refuse
Une bouteille de lait. Qu'est-ce que ça peut bien lui foutre,
Une bouteille de lait ?
Il n'est pas laitier... Il est Citroën.*

*Il a son nom sur la tour, il a des colonels sous ses ordres.
Des colonels gratte-papier, garde-chiourme, espions.
Des journalistes mangent dans sa main.
Le préfet de police rampe sous son paillason.*

Citron ? ... Citron ? ... Millions... Millions...

*Et si le chiffre d'affaires vient à baisser, pour que malgré tout
Les bénéfices ne diminuent pas, il suffit d'augmenter la cadence et de
Baisser les salaires des ouvriers*

Baisser les salaires

*Mais ceux qu'on a trop longtemps tondu en caniches,
Ceux-là gardent encore une mâchoire de loup
Pour mordre, pour se défendre, pour attaquer,
Pour faire la grève...
La grève...*

Vive la grève !

Jacques Prévert, 1933.

Annexe 3. Tableau récapitulatif des entretiens

Acteurs associatifs	Monsieur Teyer Vice-président du « petit groupement local »
	Madame Notus Correspondante ANDEVA, ex-« groupement sécessionniste »
	Madame Kanziki Juriste FNATH
	Monsieur Lambert, madame M. et monsieur D. Bénévoles du groupement sécessionniste
	Monsieur Mangin Bénévole ADDEVA44 – membre du bureau de l’ANDEVA
	Discussions informelles avec : – Me De Barny – Me Fleureau – Me Girard Avocats (cabinet T.)
Acteurs syndicaux	Monsieur Sotto Membre des mineurs CFDT Moselle
Professionnels médicaux	Pr Prioux Chef de service CCPP
	Dr Guen PH CCPP
	Dr Montignon PH Normandie, médecin du travail
	Dr Bernard Médecin-inspectrice régionale du travail
	Dr Munet Médecin ORL – CHU
	Dr Palait Médecin « indépendant »/expert retraité, conseiller pour l’ANDEVA, certains syndicats et cabinets d’avocats
Caisses et MC	Préventeurs CARMI-EST

	Dr Stein MCCS DRSM Nord-Est
	Madame F. et monsieur H. Enquêteurs CPAM Madame Marie Gestionnaire Madame Michel Responsable des risques professionnels
	Dr Robert-Petit Médecin-conseil « échelon local »
	Madame Dumont Ingénieure conseil, Responsable du Service Réseau AT/MP CARSAT
Patients	CCPP – Madame Adamiak. Vendeuse retraitée, 67 ans lorsque son cancer broncho-pulmonaire est diagnostiqué. Maladie non déclarée au moment de l'entretien (en attente de résultats concernant la recherche de fibres d'amiante).
	CCPP – Monsieur Agnelli Ouvrier sidérurgiste retraité, 75 ans au moment du diagnostic, d'origine italienne, atteint d'un cancer broncho-pulmonaire. Maladie non déclarée au moment de l'entretien, en attente du CMI.
	CCPP – Monsieur Muller Retraité, mais poursuivait des missions d'intérim à l'étranger, 67 ans au moment du diagnostic, atteint d'un mésothéliome. Maladie non déclarée au moment de l'entretien, en attente du CMI. Reconnue en août 2016.
	CCPP – Madame A. (ayant-droit) Veuve, mari décédé d'un cancer broncho-pulmonaire. Ouvrier retraité depuis 6 ou 7 ans au moment du diagnostic, qui a travaillé dans le tissage, l'aciérie, les travaux publics. Démarches en cours au moment de l'entretien.
	CCPP – Monsieur Silva Ouvrier sidérurgiste (aciérie), retraité depuis 10 ans au moment du diagnostic, d'origine portugaise, atteint d'un mésothéliome. Démarches en cours à la date de l'entretien. Il décède le 19 novembre 2016.
	CCPP – Monsieur Clarizo Electromécanicien dans une aciérie, retraité, 76 ans à la date de sa consultation au CCPP, leucémie. Démarches en cours à la date de l'entretien. Second contact quelques mois plus tard révèle une démarche qui n'avait pas encore aboutie. Il décède le 15 mai 2017.
	CCPP – Madame Ferrand Employée dans une entreprise de stérilisation, retraitée, atteinte d'une leucémie. Démarches en cours et très confuses au moment de l'entretien. Les contacts suivants révèlent une situation qui n'évolue pas.
	CCPP – Madame Ackermann (ayant-droit) Veuve, mari décédé d'un cancer bronchopulmonaire. Il était ouvrier retraité d'une aciérie. MP reconnue, recours au FIVA en cours à la date de l'entretien.
	CCPP – Monsieur Gazeau « Agent de maintenance en chauffage urbain » (ouvrier chauffagiste), retraité, 66 ans à la date de l'entretien, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. Démarches en cours à la date de l'entretien. MP reconnue et indemnisation du FIVA obtenue.

CCPP – Monsieur Chevillard Enseignant dans un lycée technique, retraité, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. Démarches en cours à la date de l'entretien, toujours en cours lors des contacts ultérieurs.
CCPP – Monsieur Duval Ouvrier du tissage et d'une centrale thermique, retraité, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. Démarches en cours à la date de l'entretien.
CCPP – Monsieur Brochard Mécanicien puis chauffeur routier, retraité mais toujours en emploi au moment du diagnostic, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue, FIVA en réflexion.
CCPP – Monsieur Richert Peintre dans une usine puis différentes entreprises, 65 ans, en retraite depuis seulement quelques semaines quand son cancer (une tumeur cérébrale) est diagnostiqué. Il est également atteint d'un cancer bronchopulmonaire. Démarches en cours à la date de l'entretien.
CCPP – Monsieur Figeac Menuisier, 67 ans, atteint d'un cancer des sinus. Démarches en cours à la date de l'entretien, emmêlées dans la problématique de la prise en charge des MP dans le secteur public.
ORL - Monsieur Julien Agriculteur, atteint d'un lymphome, toujours en activité. MP déclarée et reconnue.
ORL – Monsieur Mersing Menuisier, diverses missions d'intérim, travail à la cokerie, retraité, atteint d'un cancer des sinus. Démarches en cours à la date de l'entretien : MP refusée, contestation devant le TASS.
ORL – Monsieur Clément Menuisier puis concierge, retraité depuis peu, atteint d'un cancer des sinus diagnostiqué un an après son passage en retraite. Démarches en cours à la date de l'entretien. Reconnue six mois plus tard. FIE non envisagée.
« Petit groupement local » – Monsieur Durand Ouvrier chaudronnier, soudeur, monteur puis fonctionnaire, retraité, âgé de 68 ans au moment des diagnostics, atteint d'un cancer bronchopulmonaires et d'autres maladies respiratoires. MP reconnues, indemnisation FIVA obtenue, refus FIE. Il décède le 26 novembre 2017.
« Petit groupement local » – Monsieur Lombard Ouvrier de la sidérurgie et du textile, retraité, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue, indemnisation FIVA obtenue.
« Petit groupement local » – Monsieur Tardy Ouvrier d'une usine de pneumatiques, il est atteint d'un cancer bronchopulmonaire. La MP a été reconnue et des démarches de FIE réalisées, prises en charges par l'association.
« Petit groupement local » – Madame Zeckler (ayant-droit) En pré-retraite amiante depuis 2000, il est décédé d'un cancer bronchopulmonaire le 6 avril 2016. C'est l'association qui a repris ses démarches, malgré les réticences de sa veuve. Monsieur Zeckler travaillait dans une entreprise de pneumatiques, au sein de laquelle il était cadre. La MP a été reconnue, et les démarches auprès du FIVA effectuées.
« Petit groupement local » – Madame Mougel (ayant-droit) Son mari est décédé d'un cancer bronchopulmonaire en 2015. Il était ouvrier dans une usine de pneumatiques. C'est lui qui avait amorcé, puis suivi les démarches de MP menées par l'association. Il décède quelques jours après avoir reçu la proposition d'indemnisation du FIVA.
« Petit groupement local » – Monsieur Périssé

<p>Ouvrier dans une entreprise de pneumatiques, 55 ans à la date du diagnostic (toujours en emploi) d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue, indemnisation FIVA obtenue.</p>
<p>« Petit groupement local » – Monsieur Genet Contremaître dans le bâtiment, puis maçon pour une ville, retraité, 68 ans à la date du diagnostic d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue. Il est décédé le 15 juin 2019.</p>
<p>« Petit groupement local » – Monsieur Masson (ayant-droit) Son épouse était mécanicienne de confection (toujours en emploi). Elle décède à 56 ans d'un mésothéliome. MP et FIE reconnues, démarches débutées du vivant de son épouse, puis qu'il a largement investies.</p>
<p>« Petit groupement local » – Monsieur Chazal Mécanicien d'entretien retraité d'une papeterie, il est âgé de 83 ans au moment du diagnostic de mésothéliome. MP reconnue, avant même les 6 mois d'instruction. Il est décédé le 23 juillet 2018.</p>
<p>FNATH – Monsieur Canet Ouvrier de la sidérurgie, atteint d'un cancer de la vessie qui lui est diagnostiqué à 47 ans. MP reconnue sous l'impulsion de la CPAM (repérage systématique), FIE en cours.</p>
<p>FNATH – Madame Da Costa (ayant-droit) Démarches initiées du vivant de son mari, contrôleur qualité dans une industrie de la métallurgie avant d'intégrer les impôts. Mises de côté avec l'aggravation de la maladie, son épouse les a reprises un an après son décès. Toujours en cours, elle reste particulièrement déterminée.</p>
<p>« Groupement sécessionniste » – Monsieur J. Ouvrier dans une entreprise de fabrication de véhicules industriels, retraité, atteint d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue, FIVA + FIE.</p>
<p>« Gros groupement local » – Monsieur R. Ouvrier retraité d'une plateforme chimique, 74 ans au moment du diagnostic d'un cancer bronchopulmonaire. MP reconnue, FIVA + FIE</p>
<p>« Gros groupement local » – Monsieur E. Ouvrier en mécano-soudure dans la métallurgie, 65 ans au moment du diagnostic d'un cancer bronchopulmonaire (départ en retraite via l'ACAATA en 2003). MP reconnue, FIVA + FIE</p>
<p>« Gros groupement local » – Monsieur Santini Ouvrier du bâtiment puis dans la sous-traitance sur une plateforme chimique, immigré italien (arrive en France en 1963), retraité, atteint d'une leucémie. MP reconnue + FIE</p>
<p>Phyto-victimes – Monsieur Berger Agriculteur, en activité, 50aine d'années au moment du diagnostic d'une leucémie. MP reconnue.</p>
<p>Phyto-victimes – Monsieur Marchal Agriculteur, en activité, 44 ans au moment du diagnostic d'un syndrome myéloprolifératif. MP reconnue. Milite pour la reconnaissance du rôle de l'Etat. Vice-président de l'association.</p>

Annexe 4. Tableau récapitulatif des observations

<i>Pratiques médicales</i>	
Consultations au CCPP	22
Réunions d'équipe du CCPP	3
Séances de C2RMP	4
Colloques – formations - séminaires médicaux	Participation au congrès national de médecine du travail (2016) Participation à une journée d'enseignement du DES de médecine du travail
<i>Pratiques associatives</i>	
Permanences	4 du « petit groupement » <i>3 du groupement de Loire-Atlantique, dont une exclusivement médicale</i>
AG	3 du « petit groupement »
Colloques de l'ANDEVA	2 <i>+ une séance d'un « groupe de travail »</i>

Annexe 5. Guide d'entretien

Il s'agit de l'architecture « première » de mes guides d'entretien : elle a été refaçonée en fonction des acteurs rencontrés, et au fil de la recherche.

Entretien n°1			<i>Est-ce que vous pouvez me raconter ce qui vous a amené à venir consulter au CCPP ?</i>
<i>Ordre des « thématiques » à adapter aux discours : entretien non directif</i>	Maladie [<i>Le vécu de la maladie pèse-t-il sur la motivation à demander réparation ?</i>]	_Trajectoire médicale _Vécus _Rapport au corps	<i>Est-ce que vous pouvez me raconter comment votre maladie a été diagnostiquée ?</i> - Quand était-ce ? - Comment avez-vous réagi à cette découverte/annonce ? - Sur le coup, vous vous êtes demandé ce qui avait pu la provoquer ? - Des choses ont-elles changé depuis ? - Quel(s) type(s) de traitement(s) avez-vous suivi ? - Y a -t-il déjà eu des cas de cancers dans votre entourage ?
	Démarche de reconnaissance (étapes, sens et acteurs investis)	_Construction du lien cancer/travail (et effets) _Appréhension de la démarche de reconnaissance _Sens donné à la réparation	<i>Comment avez-vous fait le lien entre votre maladie et votre travail ?</i> - Certains de vos anciens collègues sont-ils concernés ? - Aviez-vous déjà entendu parler de cancers liés au travail ? (dans les médias, par d'anciens collègues, etc.) - Selon vous, est-ce qu'on en parle suffisamment ? <i>Ça vous semble important de demander la reconnaissance en MP ? Pourquoi ?</i> - Est-ce que vous pensez que les entreprises doivent être reconnues coupables lorsque les travailleurs sont exposés à des risques ? - Vous en voulez, personnellement, à votre ancien employeur ? - Est-ce que vous avez des attentes particulières par rapport à cette démarche ? - Qu'est-ce qui pourrait vous freiner dans vos démarches ? - Selon vous, pourrait-on vous qualifier de « victime » ? - Le terme « réparation » vous semble-t-il adapté ?
	Travail [<i>contextualisation professionnelle ; comment les rapports aux risques/à l'employeur/au collectif pèsent-ils sur les parcours de déclaration ?</i>]	_Carrière professionnelle _Rapport aux risques _Rapport à l'employeur/à l'entreprise _Rapport au collectif	<i>Quel(s) métier(s) avez-vous exercé ?</i> - Qu'est-ce qui vous a amené à exercer ce(s) métier(s) ? - Dans quelles entreprises avez-vous exercé ? - Pouvez-vous me décrire les principales tâches que vous aviez à effectuer ? <i>Pourriez-vous me décrire votre lieu de travail ?</i> - Y avait-il des conflits ? - Quels rapports entreteniez-vous avec vos collègues ? - Aviez-vous de bonnes relations avec votre employeur ?

			<ul style="list-style-type: none"> - Aviez-vous connaissance de la présence d'un syndicat ? - Y avait-il un médecin du travail ? Quelles étaient ses missions ? - [Avez-vous connu des difficultés lors de votre passage en retraite ?] <p><i>Avez-vous eu la sensation d'être confronté à des situations dangereuses sur votre lieu de travail ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - [à l'époque/aujourd'hui avec le recul] - Si oui : exposé à quel(s) type(s) de risques ? - Si vous aviez connu ces risques à l'époque, pensez-vous que cela aurait changé quelque chose ? - Quelle a été votre réaction quand le lien entre votre maladie et votre travail a commencé à être fait ?
	Contexte familial/social /géographique	<ul style="list-style-type: none"> _Réseaux de sociabilité _Configuration familiale _Militantisme ? 	<p><i>Êtes-vous soutenu dans la réalisation de ces démarches ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà été syndiqué, membre d'une association ? - Avez-vous gardé contact avec d'anciens collègues ? - Votre famille, vos amis, sont-ils impliqués dans ces démarches ? - Comment les vivez-vous ? est-ce que ça vous arrive d'être découragé ?
Entretien n°2			
	Parcours de reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> _La procédure de déclaration est-elle poursuivie ? _Qui intervient/soutient ? _Quelles difficultés ? _Changement dans le rapport à la démarche ? [<i>la confrontation aux institutions façonne-t-elle la lecture de la situation ?</i>] 	
		<ul style="list-style-type: none"> _Changements dans le rapport à la maladie ? 	

Annexe 6. Questionnaire Cerfa de déclaration de MP

cerfa N° 60-3950
DIAD

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE
DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Articles L 461-1, L 461-5, R 461-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale)
LA VICTIME ENVOIE A SA CARRE LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS
SUIVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^È VOLET

Première demande OUI NON si NON, date de la 1^{re} demande _____

LA VICTIME Réservé CPAM
CPAM

N° d'immatriculation _____
Échelon, sexe _____ Date de naissance _____
Nom et prénom (N°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)
Adresse _____ Nationalité Française
C.E.E.
Autre

Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste _____
LA NATURE DE LA MALADIE Tableau MP
Syndrome _____ Code MP _____

Le/la soussigné(e), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) _____
Date de la 1^{re} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail _____

LE DERNIER EMPLOYEUR CTN
Groupement d'activité _____

Nom et prénom ou raison sociale _____
Adresse _____ N° de Téléphone _____
Code Postal _____
ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
Adresse _____ N° de Téléphone _____
Code Postal _____
N° SIRET de l'établissement _____
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime _____

LA DUREE DE L'EXPOSITION
Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)
Nom et adresse des employeurs _____ du _____ Période _____ au _____ Poste occupé _____

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

LES PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

LE DECLARANT (à compléter si le déclarant n'est pas la victime)

Nom et prénom (N°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)
Adresse _____
Qualité _____

Fait à _____ le _____ Signature _____

DMP-DIAD 56100b

Annexe 7. Certificat de déclaration de la responsabilité de la MP dans le décès

docteur [redacted]
médecine générale
consultation : tous les jours sur rendez-vous

Le vendredi 29 mai 2015

Je soussigné, Dr [redacted], Docteur en Médecine, certifie que Mr [redacted]
Jean-Pierre est décédé le 28/5/2015 des suites d'un adénocarcinome pulmonaire dû à
l'amiante.

Certificat remis en main propre le vendredi 29 mai 2015.

[redacted]
[redacted]

Annexe 8. Courrier récapitulatif des décisions du TASS à l'issue d'une démarche en FIE

 COPIE

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
PARIS, le 16 juin 2015

Affaire : [REDACTED] / Sté [REDACTED]
N/Réf. : [REDACTED]
TASS [REDACTED] – jugement du 13.05.2015

Cher Monsieur,

Vous avez dû recevoir comme moi la décision rendue par le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale [REDACTED] le 13 mai dernier. A toutes fins utiles, vous en trouverez la copie ci-jointe.

Il s'agit d'une décision satisfaisante.

C'est ainsi que la faute inexcusable de votre ancien employeur, la Société [REDACTED], a été reconnue.

Le capital qui vous a été versé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a été fixé à son taux maximum, et le Tribunal a dit que cette majoration devrait suivre l'évolution de votre taux d'incapacité permanente partielle en cas d'aggravation.

Par ailleurs, les préjudices que vous subissez ont été indemnisés de la manière suivante :

- . préjudice des souffrances physiques : 4.000 €,
- . préjudice des souffrances morales : 80.000 €.

En revanche, le Tribunal nous a déboutés de notre demande fondée sur la réparation du préjudice d'agrément.

En effet, en application de la jurisprudence actuelle de la Cour de Cassation, le Tribunal a considéré que votre préjudice d'agrément n'était pas établi puisque vous ne justifiez d'aucune licence sportive ou d'inscription à un club sportif ou bien encore à un club culturel ou de loisir.

Compte tenu de cette jurisprudence et en l'absence d'éléments dans votre dossier, il ne me paraît pas opportun d'interjeter appel de cette décision.

.../...

travail. Pour-
d'accidents n'a
er, à tel point
chaque année

organisée avec la participation
de la C.F.D.T.

Correspondance
« La Criée »

E

**PE
T, QUI
ENS A**

**TE QUEL
VICTIME**

**MITÉE A
DU TRA-
BILLER
OUR RE-
POSTE LE**

**ONT LES
ACCIDENTS
MIGRÉ;
RES.
MUTILES:
TIMES
CHÔMAGE**

Les maladies professionnelles, une « fatalité » qui touche tout le monde...

Dans le bâtiment, un million de travailleurs sont atteints de maladies de peau... quant à la silicose, en dix ans elle a tué plus de 8.500 personnes.

Et combien ne sont pas reconnues par la sécurité sociale ?

Il existe en Normandie une « belle » vallée où l'on travaillait l'amiante : tout en était couvert, même les arbres. Là, si un ouvrier de plus de 40 ans fait plus de 100 mètres à pied, le souffle lui manque, conséquence de l'amiantose. Et la Sécurité Sociale ne connaît pas l'amiantose...

... pas plus que les troubles de ceux qui travaillent les composants du plastique, les fibres des textiles synthétiques, la colle pour chaussures...

...ou encore la surdité qui, selon A. Wisner, professeur de physiologie du travail, touche des centaines de milliers de travailleurs d'usines, pour 300 indemnisés.

Elles passent aujourd'hui la porte des bureaux

Reconnues ou non, les maladies professionnelles ne sont plus le « privilège » du mineur ou de l'ouvrier... telles les téléphonistes atteintes de névrose, ou cette employée du ministère du Travail (!) dont les bronches sont encrassées par le papier carbone qu'elle manipule.

Aux P.T.T., la fatigue nerveuse et visuelle des préposés au Tri s'ajoute aux dangers de la poussière dans les poumons : la direction a dû entreprendre une enquête sur les maladies du Tri.

A 40 ans en paraître 55, ce n'est pas fatal...et pourtant...

nées perdues : huit fois plus que du fait des grèves. Dans le seul secteur du bâtiment, 100.000 logements de moins.

QUI DOIT PAYER ?

au
il-
ar-

LE CRI DES MURS - LE CRI DES MURS - LE CRI DES MURS

CHAPRON : « Mais qu'est-ce qu'il a volé ? »

...s'étonnait un ouvrier après l'arrestation ; rien... mais : M. Chapron a eu de multiples avertissements et amendes pour inobservation des règles de sécurité.

– Les installations étaient vétustes, et l'usage des intérimaires (un personnel moins cher, mais inadapté), permanent.

– Depuis août 70 : 16 accidents, 3 morts, 7 intoxications, 4 brûlés graves, 3 incendies, 3 fuites de chlore et de phénol.

– Depuis le début de l'année : un mort (M. Guillaume, intérimaire, invalide à 67 %, qui travaillait de nuit), une explosion qui a fait 6 blessés, un incendie.

Index des figures

Figure 1. Blasons de villes lorraines	53
Figure 2. « La grande industrie en Lorraine ».....	54
Figure 3. Les sites de l'enquête	55
Figure 4. Tableau 30 Bis	111
Figure 5. Tableau 15 TER.....	112
Figure 6. Certificat médical de monsieur Périssé.....	153
Figure 7. Certificat médical de monsieur Lombard	153
Figure 8. Étapes médicoadministratives et judiciaires d'une procédure de reconnaissance de MP	213
Figure 9. Courrier-type de la CPAM annonçant un délai d'instruction complémentaire. La dimension administrative de l'instruction est bien mise en avant.....	407
Figure 10. Courrier-type de la CPAM annonçant un refus temporaire de prise en charge....	407
Figure 11. Demande d'instruction adressée au C2RMP	408
Figure 12. Document de « contractualisation » avec l'association	409
Figure 13. Prise de contact avec une association.	413
Figure 14. Exemple de déclaration des expositions professionnelles auprès de la CPAM....	415
Figure 15. Exemple de déclaration des expositions professionnelles auprès de la CPAM, suite.	415

Table des matières

Remerciements	5
Résumé et mots-clés	7
Abstract and keywords	9
Glossaire	11
Sommaire.....	13
Introduction	17
PARTIE 1. LE(S) CORPS COMME LABORATOIRE(S).....	27
Chapitre 1. Cadrage théorique	27
1. Histoire récente des corps au travail : entre occultation et réification.....	27
2. Le corps comme objet : faire entrer les corps dans la sociologie du travail.....	31
A. Le corps, un objet tardif	31
B. Le corps dans la sociologie du travail	32
a. Un analyseur des rapports de domination	32
b. Un corps, aussi, sensible	33
3. La santé au travail : au-delà du « corps-signe », introduire un « corps matière ».....	36
A. Derrière l'intérêt pour la santé mentale, un même travail pathogène.....	36
B. Des corps travaillés par l'organisation du travail et ses institutions.....	38
C. Prévenir et faire reconnaître les dommages du travail : le rôle des collectifs	39
D. En filigrane, la question des inégalités et des rapports sociaux de classes.....	40
E. Perceptions individuelles et reconnaissance sociale du travail pathogène	41
4. La « chair » de mon approche : les rapports sociaux de classes au prisme des corps.....	43
A. Le(s) corps comme révélateur(s) de rapports sociaux de classes	43
B. Des catégorisations approchées par le bas.....	45
C. Les travaux relatifs aux cancers professionnels : une thèse en prolongement et à côté	46
Conclusion de chapitre.....	47
Chapitre 2. De l'hôpital aux associations : une enquête multi-espaces.....	48
1. Genèse de l'enquête.....	49
A. Le questionnement initial et ses ajustements	49
a. Les ajustements problématiques.....	49
b. Les ajustements méthodologiques.....	50

B.	Le(s) territoire(s) de l'enquête : une enquête située	52
C.	Rendre la recherche réalisable : l'entrée sur le terrain	56
2.	Les espaces de l'enquête : penser l'imbrication des catégorisations	57
A.	Les structures institutionnelles	57
a.	Le centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP)	57
	Les consultations et l'enjeu de l'information	58
	Les réunions d'équipe : un moment collectif de catégorisation.....	61
b.	Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP)	61
c.	La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)	62
B.	Les structures associatives et syndicales	63
a.	La FNATH	64
b.	L'ANDEVA	64
	Le « petit » groupement local de l'ANDEVA.....	65
	Le « gros » groupement local de l'ANDEVA.....	66
	Le « groupement décentré » – la Loire Atlantique.....	68
	Le groupement « sécessionniste » – la CAVAM	68
c.	PV, l'association de victimes des produits phytosanitaires	70
d.	La section CFDT des mineurs de Moselle	70
C.	Les malades et leurs proches	71
3.	Être dans l'enquête	71
A.	Définir sa place.....	71
a.	L'exercice de la neutralité	71
	Un exercice impossible ?.....	71
	Le positionnement dans l'interaction : implication et retrait	73
b.	La tentation de l'orientation pratique	73
c.	Anticiper ses effets potentiels sur le terrain	75
	« Trop » cadrer la démarche de recherche : nuire au terrain ?.....	75
	Considérer ses effets sur les résultats d'enquête	76
	Considérer ses effets sur les enquêtés.....	76
B.	Faire sa place	78
C.	Expliquer sa place	79
a.	L'assimilation au milieu médical : entre revendication et distanciation.....	79
b.	L'assimilation au journalisme : l'expression d'une « menace »	80

D. Vivre/» incarner » sa place	80
a. « Accuser » le recueil de la souffrance.....	80
b. Accompagner la souffrance : un travail heuristique.....	81
c. Anticiper la restitution des résultats et ses effets	81
4. Précisions sur le dispositif d'enquête et la méthode d'analyse	82
A. Temporalités de la recherche.....	82
B. L'enquête : précisions méthodologiques	82
C. Précisions sur la méthode d'analyse.....	83
D. De l'importance des mots.....	84
a. Evoquer des « victimes » : une notion à l'épreuve du terrain	84
b. « Réclamer », « demander » : s'extraire de lectures potentiellement stigmatisantes.....	85
Conclusion de chapitre.....	86
PARTIE 2. LA CATEGORIE INSTITUTIONNALISEE : DU CADRE REGLEMENTAIRE A SES EXPRESSIONS LOCALES.....	88
Chapitre 3. La catégorie « cancer professionnel » : construction historique et enjeux d'institutionnalisation.....	88
1. Le travail qui abîme : émergence d'une préoccupation médicale et politique	89
A. Avant le XIX ^e siècle	89
a. Les atteintes du travail, une identification ancienne	89
b. Une dynamique non linéaire	91
B. Le XIX ^e siècle.....	91
a. L'ambivalence hygiéniste.....	91
b. À la suite du développement du machinisme, une multiplication des procès....	93
c. L'émergence d'un intérêt nouveau pour les corps ouvriers – la « question sociale »	94
d. Le développement d'une « hygiène industrielle »	96
e. Une prise en compte réglementaire progressive du travail pathogène et mortel	97
C. Après le XIX ^e siècle	99
a. L'opposition du lobby industriel	99
b. Mobilisation syndicale et avancées réglementaires.....	99
c. Des découvertes médicales majeures	101
2. La « maladie professionnelle », une catégorie construite entre compromis et probabilité	102
A. Une logique assurantielle	102

a.	La notion de risque : une certaine idée de la fatalité	102
	Une « mathématique de la réparation »	102
	Une institutionnalisation du risque au travail	104
b.	La réparation forfaitaire, des corps de moindre valeur	107
c.	Des dispositifs périphériques de réparation intégrale	108
B.	Des « maladies négociées »	110
a.	Une formalisation sous forme de tableaux	110
b.	Le COCT, une instance de négociation inégalitaire	112
3.	Le cancer professionnel : enjeux de classification et périmètre institutionnalisé	115
A.	Les principes au fondement du système de reconnaissance des AT/MP, une architecture bancaire	116
a.	« Réparer »	116
b.	Repérer pour prévenir	116
B.	Des frontières floues	118
a.	La spécificité des atteintes : une catégorie distincte de l'accident du travail ..	118
b.	Composer avec la multifactorialité : une hiérarchisation des causes	119
c.	La spécificité de la causalité : une catégorie distincte de « l'invalidité »	121
	Organiser la catégorie : classer ce qui relève du travail	121
	Public, privé, intime : la profession absente des registres de cancer	124
	Une dévaluation des corps abîmés par le travail	124
4.	L'introduction d'un dispositif complémentaire : une nouvelle logique de catégorisation ?	125
A.	Réglementation du C2RMP	126
a.	Une composition essentiellement médicale	126
b.	Objectifs et modalités d'expertise	127
B.	Une « reprise » du médical sur l'administratif ?	128
a.	Compenser la rigueur des tableaux	128
b.	La détermination du lien « direct et essentiel », l'expression d'une rigueur réglementaire	129
c.	L'expertise en acte	130
d.	Le parcours institutionnel idéal : récit fictif	134
	Conclusion de chapitre	137
Chapitre 4. Les catégorisations médicales : pratiques et positionnements		139
1.	« Cancer », « cancérogène » : des classifications préalables – et problématiques ?	140

A.	Classification des expositions : incomplétude et partialité des savoirs.....	140
a.	Identifier les facteurs délétères.....	140
	Une production scientifique biaisée	140
	L'enjeu des classements	141
b.	Identifier les situations d'exposition délétères.....	145
B.	Diagnostiquer un cancer : outils et procédure	147
a.	Les outils	147
b.	Amorcer le processus	148
2.	Centralité des médecins dans le processus de catégorisation : entre leviers et freins	151
A.	Un rôle d'informateur : introduire la causalité professionnelle.....	151
a.	Un diagnostic causal : présence/absence des corps.....	151
	Un diagnostic qui s'émancipe des corps « du présent ».....	151
	Une technicisation du recueil de la parole.....	154
	La « tentation du biologique ».....	155
b.	Une information dépendante du contexte d'exposition.....	157
c.	Un fonctionnement cloisonné.....	160
B.	Un rôle d'accès à la catégorie institutionnelle : les enjeux de la certification.....	162
a.	Rédiger le CMI : un rôle de « garde-barrière »	162
b.	Certifier l'authenticité de la démarche	163
c.	Certifier la consolidation, un enjeu temporel	166
d.	Un rôle de sentinelle : les « maladies à caractère professionnel » (MCP), la spécificité d'une catégorisation sans indemnisation.....	167
C.	Des rôles contraints	169
a.	Un manque d'attention pour le facteur travail.....	169
	Une formation inadaptée	169
	La mise en visibilité du facteur travail par une pratique territorialement située ?	171
b.	Le soin contre l'étiologie ?	172
c.	Un corps professionnel hétérogène	175
	Une spécialité sujette aux critiques : des « médecins du patron » ?.....	175
	Une spécialité doublement dominée	177
	Derrière l'éthique, des rapports de force	178
3.	Des pratiques médicales situées : la question sous-jacente des rapports sociaux....	179

A.	Des pratiques prises dans des rapports sociaux.....	179
a.	Pour les malades, un rapport spécifique au médical ?.....	179
b.	Pour les médecins, une lecture non neutre des corps	180
c.	Des pratiques paternalistes ?	183
	Protéger par une restriction d'accès	183
	Une individualisation des procédures	186
	Protéger par l'information et l'indemnisation	188
B.	Catégoriser, un acte politique ?	190
a.	Une posture qui expose aux pressions : des rapports de force imbriqués	190
	Certifier dans un contexte de pressions	190
	Certifier « contre son employeur ».....	194
b.	Les « pour », les « contres » et les « neutres ».....	195
	Le choix du dispositif : un choix politique ?.....	195
	Organiser l'espace : classifier les médecins.....	196
	Pour les médecins, classifier les autres acteurs : un arrière-plan politique	198
4.	Des positionnements à l'intersection des espaces : les médecins, pierres angulaires des catégorisations.....	202
A.	L'imbrication des espaces médical et administratif : le médecin, gardien légitime de la catégorisation.....	202
a.	Pour les malades, une confusion des rôles	202
b.	Pour les médecins, des conflits d'expertise : la question de la légitimité des experts.....	202
c.	Apprécier la « juste demande » : le filtre de l'indemnisation	205
B.	Les médecins dans l'espace judiciaire : derrière l'expertise, questionner la « juste sanction ».....	207
C.	Espace médical et espace associatif : des points de contact ponctuels.....	208
	Conclusion de chapitre.....	209
Chapitre 5. La catégorisation administrative et ses prolongements judiciaires : une logique de « qualification des faits »		
1.	Un espace de catégorisation rationalisé : la gestion de la réparation	213
A.	Une rationalisation qui lisse la complexité de la catégorie	213
a.	Des tableaux qui ne rendent pas compte de la multi-dimensionnalité des expositions.....	213
b.	Des critères temporels médicalement discutés.....	215
B.	L'intégration d'une « culture gestionnaire »	217

a.	Pression des indicateurs et « nouveau management public ».....	217
b.	La crainte de la fraude	221
C.	L'indemnisation : objectiver les séquelles et évaluer les corps.....	224
a.	Genèse des barèmes	224
b.	L'évaluation des dommages : enjeux temporels et réintégration des corps.....	227
c.	Interpréter et appliquer les barèmes	230
2.	Agents administratifs, malades et employeurs dans la procédure : catégoriser, être catégorisé, peser sur le processus de catégorisation	233
A.	Les pratiques des agents administratifs : appliquer les critères d'une catégorie d'expertise	233
a.	Mener l'enquête : la vérification de la « matérialité de l'exposition ».....	233
b.	Se positionner dans l'espace de la caisse	235
B.	Les malades dans la procédure d'instruction.....	237
a.	La double évaluation de l'honnêteté	237
b.	Une procédure contraignante	242
C.	Les employeurs : des pratiques défensives.....	244
a.	Une enquête pour définir des responsabilités.....	244
b.	Des pratiques d'évitement.....	246
	Nier ou circonscrire le risque	246
	Contourner la responsabilité par l'oubli.....	247
	Recourir au contentieux	248
	Contourner les sanctions financières.....	250
3.	L'ouverture de l'espace judiciaire : ajuster les frontières de la catégorie	251
A.	La CRA : prélude au contentieux ou prolongement de la caisse ?.....	251
B.	Un espace autonome.....	252
a.	« Preuve scientifique » <i>versus</i> « preuve juridique » ?.....	252
b.	Des stratégies pour élargir le champ de la catégorie « cancer professionnel » : trouver le « bon » cas.....	256
C.	Derrière l'antagonisme juridique, des antagonismes sociaux	257
a.	L'employeur : se défendre face à la sanction.....	257
b.	Le malade : une réparation socialement déterminée ?	258
c.	Les juristes : un positionnement difficile	260
d.	Médicaliser pour défendre des intérêts de classe : l'exemple du préjudice d'anxiété	261

Conclusion de chapitre.....	263
Conclusion de partie	264
PARTIE 3. RAPPORTS PROFANES A LA CATEGORIE ET JEUX DE CATEGORISATION.....	265
Chapitre 6. Pratiques et postures des structures associatives et syndicales	266
1. Formes et rôles de la mobilisation collective : construire la catégorie par le bas.....	267
A. Construire le lien maladie/travail : faire « vivre » la catégorie	267
a. Informer sur la « causalité professionnelle ».....	267
b. Acquisition et autonomisation des « savoirs experts »	269
B. Favoriser l'accès à la catégorisation institutionnelle	270
a. Accompagner les démarches	270
L'affirmation d'une expertise administrative.....	270
Une expertise qui permet le développement de pratiques stratégiques.....	271
b. Conserver la mémoire du travail	273
c. Une forte inscription territoriale.....	274
d. Créer du lien	275
C. Veiller à la « juste indemnisation »	276
D. S'approprier et produire de la connaissance.....	278
2. Militer dans l'espace de la réparation des maux du travail, des conflits de pratiques et de postures	280
A. Un espace conflictuel	280
a. Dissensions locales.....	280
b. L'utilisation des ressources financières, objet de cristallisation des enjeux de positionnement.....	281
B. Des conflits de posture : « faire de l'associatif » ou « faire du politique ».....	282
a. Soutenir : sortir des conflictualités politiques pour garantir une mission de soutien	282
b. Revendiquer : utiliser l'association comme organe politique	284
C. L'investissement de l'espace judiciaire	287
a. L'ambivalence de la FIE.....	287
Agir pour le collectif familial.....	287
Agir contre le patron	289
b. Militer sans condamner	291
c. Définir les liens avec l'espace judiciaire.....	292
S'autonomiser des professionnels du droit, un enjeu financier.....	292

Définir les « bons partenaires », un double enjeu militant et professionnel ...	295
D. S’engager dans l’espace de la réparation des maux du travail.....	296
a. Des motivations à « s’engager »...	296
b. ... et des lectures des motivations à prétendre à la catégorie.....	298
3. Le « bon demandeur », entre critères médico-légaux et moralisation	299
A. Repérer les « légitimes », les critères de sélectivité de l’aide	299
a. L’application des critères médico-administratifs	299
b. Une question (de) sensible	301
B. L’élaboration de « profils » disqualifiés.....	302
a. Les « intéressés » : « c’est grave et ils ne parlent que d’argent »	302
b. Les « trop conscients de leurs droits »	303
c. Les « veuves joyeuses »	304
d. Les « passifs »	306
C. La légitimité de la catégorisation, un bien qui se défend collectivement.....	306
a. Garantir l’innocence des victimes	306
b. Légitimer par le langage, une visée performative ?	309
4. Les « malades du travail », une catégorie fractionnée	310
A. Revendiquer des droits communs : s’affirmer en « victimes comme les autres » .	310
B. L’enjeu des frontières	311
a. Scinder le groupe, un processus corporatiste stratégique.....	311
b. L’impossible affirmation judiciaire de la classe ouvrière ?	312
c. Une centration sur le risque.....	313
Conclusion de chapitre.....	315
Chapitre 7. Le malade et ses proches : représentations « profanes » et rapports à la catégorie institutionnalisée.....	317
1. Relectures de la catégorie et points d’accroche.....	321
A. Une relecture des codifications médico-juridiques	321
a. La mécanique des risques cancérogènes	322
La notion d’organe-cible	322
La notion de multifactorialité.....	324
b. Des catégories qui peinent à se rencontrer	326
B. La nécessité d’avoir des « prises » pour penser le « cancer du travail ».....	328
a. Les « prises ».....	328
L’existence de symptômes passés, prémices de la maladie	328

Les décès nombreux d'anciens collègues, signe d'un destin commun	330
La catégorisation : une carrière ?	331
Le rôle de la sociabilité territoriale.....	332
La quête de sens, une prise favorable.....	332
b. Les facteurs individuels : freins et « leviers »	333
2. Une procédure ancrée dans des rapports sociaux.....	336
A. Cantonner par la morale : rester un « bon salarié »	336
a. Des injonctions à penser d'abord le collectif	336
b. L'intégration d'un sentiment de dette	339
c. Derrière les résistances à investir la procédure, les contours d'une catégorie ouvrière ?	342
Le « fatalisme du subordonné »	342
La crainte du chantage à l'emploi	343
L'exposition au risque, un moindre mal.....	343
L'accès à la catégorie de maladie professionnelle et à ses prolongements judiciaires comme forme de résistance ?.....	345
B. Garder ses distances avec l'indemnisation : être une « bonne victime »	346
a. « On a l'impression qu'on est des mendiants ».....	346
Sémantique de l'indemnisation	346
Des risques de stigmatisation	346
Les critères de la « bonne victime », incompatibles avec les critères du « bon malade » ?.....	348
« Bien » hiérarchiser les priorités.....	350
b. Face au risque de stigmatisation, défendre sa légitimité.....	351
C. Des inégalités de ressources	351
a. Des risques mal connus	351
Une lecture sensorielle des risques.....	352
Des données techniques non maîtrisées : une dépossession ?.....	354
b. La méconnaissance de ses droits	355
c. Des temporalités contraignantes.....	356
3. Accéder à la catégorie institutionnalisée : sens et effets.....	358
A. La « neutralité » du droit	360
a. Une légitimité légale	360
b. L'expression banale d'une « culture de la paperasse »	362

Une démarche administrative classique	362
Une démarche souvent prise en charge par les femmes : le rôle des épouses..	363
c. L'invalidité, un « droit concurrent »	365
B. Des lectures symboliques	366
a. Faire reconnaître la souffrance et la maladie.....	366
Le corps comme moteur	366
L'injustice d'un destin pathologique solitaire	367
Considérer la gravité de l'atteinte	368
b. Faire reconnaître les conditions de travail et l'assiduité professionnelle.....	369
c. Protéger et donner du sens : l'enjeu de la causalité	370
d. L'indemnisation, une double dimension matérielle et symbolique	371
C. Ce que la catégorie fait aux malades... ..	372
a. Des dispositifs performatifs	372
b. L'indemnisation, l'expression d'une gravité.....	373
D. ...et aux collectifs.....	373
a. La perspective d'une MP, support au collectif.....	373
b. Le rôle spécifique des témoignages.....	374
c. Un collectif aux bornes mouvantes	375
4. Demander la reconnaissance de la faute de l'employeur : ancrer la catégorie ?	379
A. « Devenir victime » et attribuer des responsabilités.....	379
a. Une dimension processuelle	380
b. Un tort rarement personnifié	381
c. Une tendance à la normalisation du risque au travail.....	383
Un risque compris dans le salaire.....	383
L'usine, une entité toxique	384
d. La décontextualisation du risque : le travail « blanchi ».....	385
e. Réparer une tromperie individuelle	387
B. Une limite morale	387
a. Un enjeu identitaire	387
b. Un partage des responsabilités	388
c. Une relativisation temporelle	389
d. Le rôle des associations	389
Conclusion de chapitre.....	390

Chapitre 8. La dynamique des parcours	392
1. Une conflictualité créatrice : Monsieur Canet	393
La confrontation à la maladie	393
Décider la déclaration : le rôle du contexte professionnel	395
L'après catégorisation institutionnelle : des pratiques de culpabilisation.....	396
Demander la reconnaissance de la FIE, une arme de subordonné ?.....	397
Demander la reconnaissance de la FIE, un contexte de requalification de la situation	398
Synthèse	400
2. Entre posture victimaire et destin individuel d'un « cancéreux » : Monsieur Durand	401
Le diagnostic, un processus.....	401
Une redirection précoce vers le CCPP mais des maladies déjà trop « tardives »	402
Le rôle des pairs dans l'identification à la catégorie	403
La constitution collective d'un préjudice	405
Les carrières non linéaires, un obstacle dans l'accès à la catégorie	406
Une contractualisation de la relation associative ?.....	408
Le choix des dispositifs d'indemnisation : le poids du corps et des stratégies associatives.....	409
Synthèse	411
3. Le rôle central des associations : Monsieur Zeckler et son épouse	412
Un travail individuel d'enquête.....	412
La difficile compréhension des démarches administratives.....	414
La problématique morale des témoignages : entre destin individuel et conscience d'une subordination.....	416
Avec le décès du malade, le risque d'une bifurcation sémantique et pratique.	417
La place ambivalente des épouses dans le processus de catégorisation.....	417
Une reconnaissance institutionnelle tardive et l'exigence d'une nouvelle certification.....	418
Synthèse	419
4. Le rôle des sociabilités territoriales : Monsieur Tardy	419
Un diagnostic « accidentel »	419
Une porosité des frontières professionnelles et privées	420
Synthèse	422

5. L'identification biologique, socle à l'appréciation d'une responsabilité sans visage :	
Monsieur Chevillard	422
L'ouverture conflictuelle du diagnostic	422
L'obtention de « preuves biologiques »	423
Une catégorisation largement façonnée par l'espace médical.....	424
La définition d'une responsabilité sans visage.....	427
Synthèse	428
Conclusion de chapitre.....	429
Conclusion de partie	430
Conclusion générale	432
Une conflictualité ambivalente.....	432
Ce que les classements font aux individus	434
Une diversité des usages sémantiques et pratiques du couple individuel/collectif	436
Derrière la catégorie institutionnalisée, les catégorisations	437
Quand les corps mettent en mouvement les rapports sociaux de classes.....	441
Prolongements et perspectives théoriques.....	445
Bibliographie	448
Liste des annexes	472
Index des figures.....	488
Table des matières	490

Résumé

Le cadre professionnel constitue, aujourd'hui encore, un espace d'engagement des corps parfois délétère, notamment pour les plus précaires. Cette thèse propose d'explorer l'une de ses conséquences, peu visible dans le corps social : le "cancer professionnel". Étudié dans ses versants institutionnel et "profane", ses différentes logiques de catégorisations sont mobilisées comme des analyseurs des corps, des corporéités et des rapports sociaux de classes. Plusieurs niveaux d'analyse sont ainsi convoqués : celui, diachronique, de son élaboration et de ses ajustements et ceux, synchroniques, des malades soupçonnés, à un moment donné, d'être atteints d'un cancer d'origine professionnelle, de leur entourage (conjoint.e et plus largement réseaux relationnels territoriaux à travers lesquels les malades constituent des savoirs concernant les sites exposant à des substances cancérigènes), des associations et des syndicats, des agents administratifs et enfin des médecins. Le travail méthodologique repose sur des entretiens avec des malades et/ou leurs ayants-droit, des agents administratifs, des médecins, des acteurs associatifs et syndicaux ainsi que des observations de consultations, de séances du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles et de permanences associatives.

Cette thèse s'inscrit dans la sociologie des cancers professionnels déjà ouverte par les travaux pionniers d'Annie Thébaud-Mony dès les années 1990 (Thébaud-Mony, 1991, 2003, 2006, *etc.*), complétés notamment par les travaux menés par les chercheur.se.s associé.e.s au GIS COP93 (Anne Marchand, 2016 et 2018 ; Michelle Paiva, 2016, *etc.*) en même temps qu'elle contribue à la sociologie des « corps ouvriers ». S'agissant du premier champ, elle montre comment la catégorie se reconfigure à mesure de la traversée des espaces médicaux, administratifs, militants et domestiques. Des jeux sur ses bornes se déploient dans ces espaces qui passent notamment par une revendication victimaire ainsi que par une individualisation du risque cancérigène et du vécu de la maladie, menant l'(ex) travailleur à subir une triple injonction à être à la fois un bon ouvrier, un bon malade et une bonne victime. S'agissant du second champ, elle montre comment le travail passe les frontières de la peau des ouvriers selon des modalités particulières. Les ouvriers enquêtés semblent résister à l'engagement de l'entièreté de leur corps au travail mais l'expérience de la maladie ne s'inscrit pas dans une grammaire de classes nette. Ainsi, si le collectif ouvrier peut parfois faire ressource, il peine à faire sens dans une expérience qui s'individualise à mesure que la relation salariale se transforme et que la rhétorique de classes perd de son audience. Pour autant, c'est parfois la catégorie, souvent saisie par le biais des médecins et des corps, qui va (r)éveiller l'identification à une condition précaire, suggérant une imbrication complexe des rapports sociaux de domination autour de cet objet.

Mots-clés

Cancer ; maladie professionnelle ; catégorisations ; corps ouvriers ; rapports sociaux de classes ; réparation