



HAL
open science

Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale

Marc-Olivier Déplaude

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Déplaude. Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale. *Revue Française de Science Politique*, 2003, 53 (5), pp.707 - 735. hal-01800517

HAL Id: hal-01800517

<https://hal.science/hal-01800517v1>

Submitted on 26 May 2018

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.

CODIFIER LES MALADIES PROFESSIONNELLES : LES USAGES CONFLICTUELS DE L'EXPERTISE MÉDICALE

MARC-OLIVIER DÉPLAUDE

Bien que les conditions de travail en France ne soient certainement plus aussi dures qu'il y a un siècle, les progrès techniques et les avancées législatives et réglementaires sont loin d'avoir mis fin aux pénibilités et aux risques liés au travail. Mieux, plusieurs études récentes ont montré que l'introduction de nouvelles techniques de gestion de la main-d'œuvre a eu plutôt tendance à aggraver les conditions de travail depuis le début des années 1990¹. Le milieu de travail et les tâches que doivent effectuer les salariés peuvent être non seulement à l'origine de nombreux accidents du travail², mais aussi de maladies, parfois graves, voire mortelles, qui apparaissent d'autant moins nombreuses qu'elles sont mal connues. En 1999, seules 16 665 maladies d'origine professionnelle ont été reconnues en France³. Or, comme l'ont montré quelques rares études et rappelé plusieurs rapports publics⁴, le nombre réel de maladies professionnelles est probablement beaucoup plus élevé⁵. Non seule-

1. Cf. les travaux de Michel Gollac et Serge Volkoff, dont leur article « *Citius, altius, fortius*, l'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, 1996, p. 54-67 et *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 2000 (coll. : « Repères »). Cf. aussi Béatrice Appay, Annie Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, 1997.

2. En 1999, un peu plus de 700 000 accidents du travail avec arrêt ont été déclarés en France. 45 000 ont entraîné une incapacité permanente, tandis que plus de 700 ont causé le décès de la victime. L'exposition aux risques professionnels est d'autant plus forte que le poste occupé se situe plus bas dans l'espace social : alors que les ouvriers représentent 34,8 % de l'ensemble des salariés rattachés au régime général de la sécurité sociale, ils totalisent 72 % des accidents du travail avec arrêt et 74,2 % des accidents du travail suivis d'une incapacité permanente. Les ouvriers non-qualifiés ont, en moyenne, 1,6 fois plus d'accidents du travail avec arrêt que les ouvriers qualifiés (Source : CNAMTS, *Statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles : remarques. Année 1999*, Paris, 2001).

3. Source : CNAMTS, *Statistiques technologiques et financières des accidents du travail. Années 1997-1998-1999*, Paris, 2001.

4. Cf. Annie Thébaud-Mony, *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France : acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation Française, 1991 ; George Dorion, président, Daniel Lenoir, rapporteur, *Groupe de travail sur la modernisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport d'étape*, Paris, ministère des Affaires sociales et de la solidarité, 1990 ; Roland Masse, président, Hayet Zeggag, rapporteur, *Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité, 2001 ; Cour des comptes, *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*, Paris, 2002.

5. À titre d'exemple, un rapport récent de l'Institut de veille sanitaire (un organisme public placé sous tutelle du ministère chargé de la santé) estimait que le nombre annuel de cancers des poumons dus à une exposition à un cancérigène connu sur les lieux de travail serait compris entre 2 713 et 6 052 en France, alors qu'en 1999, seulement 458 cancers des poumons ont été reconnus comme maladies professionnelles par le régime des accidents du travail et des

ment les maladies professionnelles souffrent d'une forte sous-déclaration ¹, mais elles se caractérisent également par une importante sous-reconnaissance de la part des caisses d'assurance maladie : d'après un rapport remis au ministre de l'Emploi et de la solidarité en 2002, seules 69 % des maladies déclarées comme étant potentiellement d'origine professionnelle ont été reconnues comme telles par la Caisse nationale d'assurance maladie ².

Cependant, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles tient également aux difficultés que pose leur codification. En France, une commission consultative, la Commission spécialisée des maladies professionnelles, est chargée d'améliorer la prise en charge des maladies d'origine professionnelle, notamment par la création ou la révision de « tableaux » dits de maladie professionnelle, qui définissent les pathologies à indemniser et énoncent les conditions auxquelles elles peuvent l'être. Cette assemblée, instituée par un arrêté ministériel en 1984, est l'une des six commissions spécialisées du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, instance consultative dépendant du ministère chargé du Travail ³. La composition de la

maladies professionnelles. Selon ce même rapport, le nombre de nouveaux cancers de la vessie attribuables à des expositions professionnelles se situerait entre 625 et 1 110 pour les hommes en 1995 : or, seuls sept cancers de la vessie ont été reconnus d'origine professionnelle en 1999. D'après Ellen Imbernon, *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Institut de veille sanitaire, 2002.

1. Les raisons en sont multiples. Une grande partie des sous-déclarations s'explique « par la méconnaissance de l'origine potentiellement professionnelle des affections, par les salariés mais aussi par le système médical, y compris beaucoup de médecins traitants » (Rapport de la Cour des comptes, *op. cit.*, p. 35). Les salariés peuvent aussi subir des pressions de la part de leurs employeurs. Un certain nombre de salariés qui connaissent l'existence du système de réparation des maladies professionnelles renoncent également à faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie, à la fois en raison de la longueur et de la difficulté de la procédure et de la faible prise en charge financière des maladies professionnelles, généralement moins avantageuse que celle des maladies communes. Enfin, la peur de perdre son emploi suite à une déclaration de maladie professionnelle peut également décourager des salariés (c'est ainsi que le rapport de Roland Masse, cité plus haut, note qu'on observe un nombre plus grand de déclarations de maladies au moment du passage à la retraite, lorsque le risque de perte d'emploi a disparu). Sur tous ces points, cf. aussi A. Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 37-85. Ces phénomènes ne sont pas propres à la France : cf. EUROGIP, *Les maladies professionnelles en Europe. Étude comparative sur 13 pays. Procédures et conditions de réparation, reconnaissance et réparation*, Paris, CNAMTS, 2000.

2. D'après le rapport de la Cour des comptes, *op. cit.*, p. 38. Comme le note la Cour des comptes, l'existence de forts écarts régionaux en matière de reconnaissance des maladies professionnelles (86 % des maladies déclarées sont reconnues comme d'origine professionnelle par la Caisse régionale d'assurance maladie de Rennes, contre 45 % par celle de Montpellier) semble « montrer que, dans certaines régions, une sous-reconnaissance s'ajoute à la sous-déclaration ». Sur les logiques sociales expliquant cette sous-reconnaissance, cf. A. Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 37-85.

3. Le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels a été créé par la loi du 19 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents du travail. Cette loi a fait suite à un important mouvement de mobilisation sur les conditions de travail, initié à la fois par les grandes centrales ouvrières et par certains magistrats (à ce sujet, cf. Pierre Cam, « Juges rouges et droit du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 19, 1978, p. 3-27 ; Rémi Lenoir, « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 32-33, 1980, p. 77-88 ; Françoise Piotet, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue française de sociologie*, 29 (1), 1988, p. 19-33 ; cf. aussi le témoignage de Michel Juffé, *À corps perdu : l'accident du travail existe-t-il ?*, Paris, Le Seuil, 1980). En réalité, le nouveau Conseil se borne à regrouper et à réorganiser des comités déjà existants, comme la Commission d'hygiène industrielle, à laquelle il incombait, entre autres, la création et la révision des tableaux de maladie professionnelle.

Commission des maladies professionnelles est à l'image de celle du Conseil supérieur, elle-même analogue à celle des instances consultatives que l'on trouve dans tous les ministères : elle comprend treize membres représentant des départements ministériels et des organismes publics¹, cinq représentants des salariés, nommés sur proposition des confédérations syndicales bénéficiant d'une présomption de représentativité au niveau national², cinq du patronat, désignés de la même manière (à l'exception d'un représentant des entreprises publiques nommé sur proposition du ministre chargé de l'Économie)³ et enfin un certain nombre de personnes dites « qualifiées » choisies parmi les experts qui siègent au Conseil supérieur⁴.

La Commission des maladies professionnelles est structurée par un clivage très marqué entre les représentants des organisations patronales et ceux des centrales syndicales, au point que la codification des maladies professionnelles dépend plus des compromis sur lesquels les deux parties parviennent à s'accorder que de considérations scientifiques. On pourrait supposer que la présence majoritaire des médecins à la Commission des maladies professionnelles et, donc, que l'importation, au sein de cette instance, de logiques spécifiques au champ médical seraient propices à l'émergence d'une discussion raisonnée, c'est-à-dire d'une discussion où l'on chercherait à apprécier, suivant des règles communes, la valeur des arguments des uns et des autres. Cependant, nous verrons que l'opposition des délégués patronaux et des représentants syndicaux est redoublée au sein même du corps médical. La Commission des maladies professionnelles voit ainsi s'affronter deux régimes d'argumentation médicale, l'un fondé sur l'expertise clinique, l'autre sur la connaissance pratique des conditions de travail, qui sont loin de bénéficier de la même légitimité à l'intérieur et à l'extérieur du champ médical. La présence de nombreux médecins et la nécessité d'argumenter scientifiquement ne modifient pas fondamentalement le rapport de force, mais tendent plutôt à le conforter.

Afin de circonscrire notre enquête, nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux travaux que la Commission des maladies professionnelles a menés entre 1988 et 1998 sur un projet de tableau portant sur les lombalgies, c'est-à-dire sur certaines douleurs provenant du bas de la colonne vertébrale et pouvant se propager à d'autres parties du corps. L'intérêt de ce projet de tableau est qu'il a suscité une forte résistance de la part des représentants patronaux. En effet, non seulement les lombal-

1. Dans la pratique, il s'agit surtout d'agents de la Sous-direction des conditions de travail du ministère chargé du Travail et notamment, du bureau « Hygiène en milieu de travail », qui est chargé d'assurer le suivi des travaux de la commission. Des agents de la Direction de la sécurité sociale et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) participent également aux travaux de la commission, mais moins activement.

2. C'est-à-dire la Confédération générale du travail (CGT), la Confédération française démocratique du travail (CFDT), Force Ouvrière (FO), la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) et la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC). Les représentants de la CGT et de la CFDT sont les plus actifs.

3. Habituellement, le Medef (Mouvement des entreprises de France, dénommé CNPF jusqu'en 2000) compte deux représentants, tandis que la CGPME (Confédération générale des petites et moyennes entreprises) n'en compte qu'un. Le représentant des entreprises publiques n'est pratiquement jamais présent aux réunions de la commission.

4. On compte, selon les années, entre cinq et sept « personnes qualifiées » qui siègent à la commission. La plupart d'entre elles sont des spécialistes de médecine du travail ou de pathologie professionnelle (médecins du travail en entreprise, professeurs de médecine du travail, toxicologues).

gies affectent une grande partie de la population ¹, mais elles font également l'objet d'une importante prise en charge médicale ². Or, si les lombagos, c'est-à-dire les lombalgies aiguës et ponctuelles, étaient assez bien pris en charge par le régime des accidents du travail, il n'en allait pas de même pour les lombalgies chroniques. En général, les médecins-conseil de la Sécurité sociale refusaient d'admettre que la chronicisation des douleurs lombaires, et donc les rechutes, pouvait être due à l'activité professionnelle. Ce que réclament les représentants des syndicats de salariés à partir de la fin des années 1980, c'est la reconnaissance comme maladie professionnelle des lombalgies chroniques, c'est-à-dire des lombalgies les plus handicapantes et les plus coûteuses. Cependant, cette codification, demandée pour la première fois à la commission en 1988, a été longue à obtenir. Elle n'est devenue envisageable qu'après la formation de deux groupes de travail en 1990-1991 et en 1994-1995. Il a fallu attendre 1999 pour que deux tableaux de maladie professionnelle relatifs aux « affections chroniques du rachis lombaire » soient promulgués ; mais ces deux tableaux, extrêmement restrictifs, ne permettent la prise en charge que d'un nombre très faible de cas ³. Ce sont donc les raisons de cette codification limitée que nous allons chercher à comprendre ⁴.

1. « Selon les études et donc la méthodologie retenue, 14 à 45 % de la population adulte déclarent souffrir de lombalgies. La prévalence au cours de la vie se situe aux alentours de 60 à 70 % », d'après Nicolas Carré, « Épidémiologie des rachialgies en milieu professionnel », *PROPHYL Santé*, 13, 1999.

2. D'après une étude utilisée par les membres de la Commission des maladies professionnelles, les seules douleurs lombaires représentaient, en 1988, 9 % des motifs de consultations en médecine générale, 8 % en radiologie, 25 % en rhumatologie et 30 % en kinésithérapie. Dans le cadre du régime général de la sécurité sociale, elles représentaient, à la même date, 7 % des arrêts de travail, douze millions de journées de travail perdues et une prise en charge médicale d'un coût annuel de neuf milliards de francs (Pr. Lacroix, *Le coût du mal de dos*, Les Assises internationales du dos, Grenoble, 11 et 12 octobre 1991).

3. En 1999, seules 579 personnes ont été indemnisées grâce à ces tableaux. 2 057 l'ont été l'année suivante (source : CNAMTS, Direction des risques professionnels).

4. Étant donné le caractère très technique (mais également très politique) des discussions qui se déroulent à la Commission des maladies professionnelles, nous avons dû consacrer de longs moments à acquérir un certain nombre de connaissances juridiques et surtout médicales. Pour cela, nous nous sommes appuyé sur des manuels de médecine et surtout sur de nombreux articles que nous a fourni le centre de documentation de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), ainsi que certains membres de la Commission des maladies professionnelles. Nous avons également interviewé quelques médecins, spécialistes réputés des lombalgies. Dans le cadre de notre étude de la controverse proprement dite, nous avons collecté de nombreux comptes rendus, officiels ou informels, des réunions que la Commission des maladies professionnelles a consacré aux lombalgies entre 1988 et 1998, ainsi que les travaux et études scientifiques qui ont été mobilisés par les participants, certains d'entre eux nous ayant permis d'accéder à leurs archives personnelles. Afin d'acquérir plus d'informations sur les participants des réunions et sur le déroulement des discussions, nous avons également mené une trentaine d'entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure et quart, essentiellement avec des membres ou d'anciens membres de la commission. Enfin, nous avons pu assister à une réunion de la commission en juin 2002. L'ensemble de l'enquête a été effectué entre novembre 2001 et juin 2002.

LA NOTION DE MALADIE PROFESSIONNELLE :
UN ENJEU DE LUTTES

Loin de résulter de simples considérations scientifiques, la codification des maladies professionnelles est l'enjeu de luttes, parfois très dures, entre représentants syndicaux et patronaux. Nous allons d'abord préciser en quoi consiste cet enjeu, avant de voir quelles ressources les représentants des « partenaires sociaux » peuvent mobiliser au sein de la commission spécialisée des maladies professionnelles.

UNE CATÉGORIE MÉDICO-LÉGALE

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, une pathologie ne peut être définie comme maladie professionnelle qu'en fonction de critères bien précis. Un ensemble de tableaux, dits « tableaux de maladies professionnelles », définit la liste des pathologies qui peuvent être reconnues comme maladies professionnelles pour les salariés du secteur privé¹. Jusqu'à la mise en place d'un système de réparation dit « complémentaire »² en 1993, seules les pathologies figurant dans ces tableaux pouvaient être reconnues comme maladies professionnelles chez ces salariés. Par conséquent, on ne peut en toute rigueur appeler « maladie professionnelle » que les pathologies qui figurent dans les tableaux, ou celles qui ont été reconnues d'origine professionnelle dans le cadre du régime complémentaire. Les « maladies professionnelles » constituent donc une catégorie spécifique de maladies, codifiée par le droit³.

Dans la mesure où les tableaux de maladies professionnelles demeurent le dispositif central de la réparation des maladies professionnelles et où leur élaboration et leur révision constituent l'objet propre de la Commission des maladies professionnelles,

1. Les tableaux s'appliquent tels quels aux salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, *grosso modo*, au « secteur privé ». Les ressortissants du régime agricole font l'objet d'une liste spécifique de tableaux, souvent transposés à partir du régime général. Quant aux fonctionnaires, ils bénéficient des tableaux de maladies professionnelles, comme pour les ressortissants du régime général, mais ils disposent également d'un régime de réparation supplémentaire. Pour plus de précisions sur ce point, cf. Alain Plantey, *La fonction publique. Traité général*, Paris, Litec, 2001, p. 655-665.

2. Ce système permet à un salarié de demander à ce que la pathologie dont il est victime soit reconnue comme maladie professionnelle, pour le cas où celle-ci ne figurerait pas dans la liste des tableaux ou y figurerait, mais sans correspondre aux conditions administratives requises. Toutefois, le système des tableaux conserve une place centrale dans ce dispositif, puisque les conditions requises pour qu'une pathologie non répertoriée dans les tableaux soit reconnue comme d'origine professionnelle demeurent assez restrictives, bien qu'elles aient été récemment assouplies.

3. Les tableaux de maladies professionnelles sont promulgués sous la forme de décrets en Conseil d'État et figurent dans le Code de la Sécurité sociale. Après avoir été discutés à la Commission des maladies professionnelles, ils sont transmis par la Direction des relations du Travail à la Direction de la Sécurité sociale, qui les adresse ensuite, pour avis, à la Commission Accidents du travail-maladies professionnelles de la CNAMTS, au Comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale et, enfin, à la Section sociale du Conseil d'État. D'après notre enquête, les tableaux de maladies professionnelles, tels qu'ils sont promulgués, sont généralement identiques au projet adopté par la Commission des maladies professionnelles.

nous allons focaliser notre analyse sur ceux-ci et donc laisser de côté le système complémentaire de réparation que nous avons évoqué. C'est d'ailleurs à partir des tableaux que s'est historiquement constituée la catégorie des maladies professionnelles. En effet, la loi votée le 27 octobre 1919, « étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail »¹, définit les maladies professionnelles comme « les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants ». La formulation actuelle de la loi est différente, mais la référence aux tableaux demeure : d'après l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale, « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». Chacun de ces tableaux comporte un titre, qui désigne la catégorie de pathologies dont il traite, et trois colonnes :

- La première comporte la désignation de la maladie, c'est-à-dire les signes cliniques requis pour qu'elle soit attestée sur le plan médical.
- La seconde précise un délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la constatation de l'affection et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque. Cette colonne peut aussi comporter, selon les maladies, une durée minimale d'exposition au risque.
- La troisième énumère une liste limitative ou indicative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

TABLEAU N° 97 – RÉGIME GÉNÉRAL		
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier		
Date de création : 16 février 1999 (décret du 15 février 1999)		Dernière mise à jour : –
<i>Désignation de la maladie</i>	<i>Délai de prise en charge</i>	<i>Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies</i>
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : – par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleteuse, chargeuse-pelleteuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; – par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; – par la conduite de tracteur routier et de camion monobloc.

1. C'est le titre même de la loi.

TABLEAU N° 98 – RÉGIME GÉNÉRAL		
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes		
Date de création : 16 février 1999 (décret du 15 février 1999)		Dernière mise à jour : -
<i>Désignation de la maladie</i>	<i>Délai de prise en charge</i>	<i>Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies</i>
Sciaticque par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : – dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; – dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; – dans les mines et carrières ; – dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; – dans le déménagement, les garde-meubles ; – dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; – dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; – dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; – dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; – dans les travaux funéraires

Est donc une maladie professionnelle toute maladie qui satisfait les conditions figurant dans un tableau. Il n'appartient pas au médecin généraliste ou spécialiste que va consulter le patient de dire si la pathologie dont il souffre est d'origine professionnelle ou non. Il a simplement à vérifier que celle-ci présente bien les caractéristiques cliniques figurant dans le tableau, puis à remplir le certificat médical que le salarié doit inclure dans la « déclaration de maladie professionnelle » qu'il adresse à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Il appartient ensuite au médecin-conseil de la CPAM de contrôler si les deux autres conditions (délai de prise en charge, liste des travaux) sont respectées. Si tel est le cas, la pathologie dont souffre le salarié est alors présumée d'origine professionnelle. Ce dispositif prévoit donc une prise en charge automatique des victimes, à moins que leur déclaration de maladie professionnelle ne soit contestée par la caisse d'assurance maladie ou par l'employeur¹.

Or, cette prise en charge, à caractère forfaitaire, est assurée par la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (dite branche ATMP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). À la différence du régime général de la CNAMTS, alimenté à la fois par les cotisations des salariés et celles des

1. Ce qui est, en réalité, extrêmement fréquent, faisant souvent de la reconnaissance des maladies professionnelles une véritable course d'obstacles pour les salariés. Sur ce point, cf. Annie Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 70-78.

employeurs, la branche ATMP est financée par les seules cotisations patronales. Toute création d'un tableau de maladie professionnelle se traduit donc par un transfert de charges des salariés vers les employeurs¹. Dès lors, les représentants des organisations patronales et ceux des confédérations syndicales à la Commission des maladies professionnelles s'opposent suivant un schéma assez simple : les premiers sont conduits à résister à la création ou à l'élargissement de tout tableau de maladie professionnelle, dans la mesure où ils se traduisent inévitablement par une augmentation des cotisations et par des contraintes légales supplémentaires pour leurs mandants, tandis que les seconds défendent une ligne d'action exactement contraire, puisque les tableaux de maladies professionnelles permettent de faire indemniser les maladies professionnelles par les entreprises et protègent mieux les victimes face à leur employeur. Les représentants des syndicats comme ceux des organisations patronales forment donc des « équipes » bien soudées, caractérisées par une forme rudimentaire de division du travail ainsi qu'une certaine hiérarchisation des rôles. Jusqu'à ce jour, la Commission des maladies professionnelles n'a jamais été le théâtre d'un rapprochement ou encore d'une alliance entre des représentants syndicaux et patronaux, comme cela a pu se produire dans les conseils d'administration paritaires des caisses de sécurité sociale. La Commission se caractérise donc bien par une opposition entre « deux blocs d'intérêt »² d'autant plus forte que les enjeux débattus sont importants, comme l'a illustré le cas des lombalgies :

« Le tableau lombalgies, s'ils [les représentants du patronat] se sont battus comme des chiens là-dessus pour faire vraiment un tableau *minima*, c'est parce qu'ils savaient que si on faisait un tableau trop laxiste, ça allait être des conséquences importantes en termes de suppléments de cotisations. Euh ... Nous on voit des sujets à des moments, des dossiers, euh ... Pff ! ... Il y avait une maladie, deux maladies qui avaient été repérées en France. Bon. Ils se battent pas ou ils se battent pour le principe, là-dessus ! Vous savez, hein, quand ça touche les TMS [troubles musculo-squelettiques], la surdité, l'amiante, les tableaux où il y a des risques de pathologies graves comme des cancers, là ils se ... ils se disent : ça fait mal ! »³

Si la codification des lombalgies d'origine professionnelle a suscité une forte résistance de la part des représentants patronaux, c'est d'abord parce que ceux-ci avaient des raisons de craindre qu'elle ne leur coûte très cher, pour les motifs que nous avons précisés plus haut. Mais si elle a suscité autant de difficultés, c'est aussi parce qu'elle s'inscrit dans le contexte d'une intensification des luttes entre représentants

1. Par ailleurs, ces tableaux apportent un certain nombre d'avantages pour les salariés par rapport au régime général. Ils touchent des indemnités en cas d'incapacité provisoire, d'un montant équivalent à celui des indemnités versées par le régime général. Mais ils bénéficient en plus d'une prise en charge médicale entièrement gratuite, ainsi que, si nécessaire, d'une « réadaptation fonctionnelle » et d'une « rééducation professionnelle ». Ils ont droit en outre à une protection renforcée contre le licenciement. En cas d'incapacité permanente ou de décès, eux-mêmes ou leur conjoint peuvent toucher une rente à vie, son coût étant répercuté, de manière directe ou indirecte, sur les cotisations de l'entreprise responsable (à condition qu'elle existe encore au moment où la maladie est reconnue). Pour plus de précisions, cf. Gérard Lyon-Caen, Jean Pélissier, Alain Supiot, *Droit du travail*, Paris, Dalloz, 1996, p. 292-314.

2. D'après l'expression du représentant d'une association de victimes, la FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés), qui siège à la Commission des maladies professionnelles en tant que personne qualifiée, entretien réalisé le 03 décembre 2001. Cette opposition s'inscrit également dans l'espace : lors des réunions, les membres de chaque équipe sont généralement assis face à face, de chaque côté d'une table en U.

3. *Ibid.*

syndicaux et patronaux, qui tendent à se focaliser autour du problème de la codification des maladies « multifactorielles ».

L'ENJEU DES PATHOLOGIES « MULTIFACTORIELLES »

Avec la mise en place de la Commission spécialisée des maladies professionnelles, de nombreux tableaux sont révisés et créés : 97 tableaux de maladies professionnelles le sont entre 1980 et 1989, soit autant et même plus que durant les trente années précédentes¹. Cependant, ils ne se traduisent pas par une augmentation sensible du nombre de maladies indemnisées. Certes, l'élargissement, en 1981, du tableau n° 42 concernant la surdité a fait passer le nombre de maladies indemnisées de 3 934 en 1980    5 018 en 1984². Mais, dès l'année suivante, il recommence à baisser pour retrouver un niveau équivalent aux décennies précédentes, soit 3 972 cas en 1988³.

C'est en 1991 que se produit un « pr  c  dent » qui aggrave les dissensions entre les délégations patronale et syndicale. Le tableau né 57, relatif aux affections péri-articulaires (appelées également « troubles musculo-squelettiques ») est considérablement   largi⁴ : le nombre de cas reconnus grâce à ce tableau passe de 2 602 en 1992    6 183 en 1996, et à 10 874 en 2000⁵. Ce tableau est, pratiquement à lui seul, à l'origine de la très forte augmentation du nombre total de maladies professionnelles reconnues qui, après n'avo  ir pratiquement jamais dépassé les 5 000 cas annuels pendant des décennies, atteint le chiffre de 9 644 en 1996 et de 16 665 en 1999⁶. D  s lors, les représentants patronaux de la Commission des maladies professionnelles durcissent nettement leur position au début des années 1990 et s'appuient sur le « pr  c  dent » constitué par le tableau né 57 pour s'opposer à l'élargissement d'autres tableaux de maladies professionnelles, comme l'atteste, par exemple, cette intervention du représentant de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)    une réunion du groupe de travail « lombalgies » en janvier 1995 :

« M. le Dr T. déclare, au nom de la délégation patronale, qu'il n'est pas possible d'admettre que le régime accident du travail/maladies professionnelles prenne en charge des risques et des pathologies relevant de la Santé publique ; le tableau né 57, abusivement utilisé, en est un exemple. La création d'un tableau concernant la lombalgie symptôme ne pourra donc être admise tant que ne seront pas

1. 27 tableaux de maladies professionnelles ont été cr  es ou révisées entre 1950 et 1959, 19 entre 1960 et 1969, 39 entre 1970 et 1979. Source : Jean-Claude Zerbib, « Les maladies professionnelles : pour l'évolution du système français », *CFDT Aujourd'hui*, 95, 1990, cité par Annie Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 16.

2. Le nombre de cas reconnus grâce à ce tableau passe de 248 en 1980    670 en 1982 et à 1 411 en 1984, avant de commencer à baisser. Source : Annie Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 18.

3. Entre 1955 et 1980, le nombre de cas reconnus annuellement était compris, en moyenne, entre 4 000 et 4 500. Source : Annie Thébaud-Mony, *op. cit.*, p. 18.

4. Ces maladies étaient déjà prises en charge par de nombreux pays européens et par les   tats-Unis, où elles constituaient l'une des maladies professionnelles les plus fréquemment reconnues.

5. Source : CNAMTS, *Statistiques technologiques et financières des accidents du travail. Années 1997-1998-1999*, Paris, 2001, et Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Dossier de presse*, 24 février 2000.

6. Source : *ibid.*

apportés d'éléments suffisants permettant de lever toute incertitude sur une utilisation abusive du tableau. »¹

Ce durcissement atteint son paroxysme en 1996, après que le Conseil d'État, statuant au contentieux, a annulé, en juin 1994, le tableau n° 16 portant sur certains types de cancers et, surtout, une disposition du tableau n° 30 relatif à l'amiante. Ce dernier est remis à l'ordre du jour de la Commission des maladies professionnelles. Étant donné l'importance de l'enjeu, l'administration du Travail veut agir vite. Le nouveau chef du bureau Hygiène en milieu de travail décide, en 1995, de consulter de lui-même des experts et de faire une proposition de tableau à la commission ; la réaction de la délégation patronale est immédiate et très violente :

« Et à ce moment-là, le patronat s'est levé en disant que c'était scandaleux, que l'administration n'écoutait plus le patronat ... Puisque on ne les écoutait pas, c'était pas la peine qu'ils siègent et ils sont partis. Et ils ont été persuadés – parce que je pense que c'est ce qui se passait avant – que, dans ces conditions-là, on allait tout arrêter, quoi. Sauf que nous, on a dit qu'on continuait. On a continué la réunion. Du coup, on a des tableaux qui sont probablement plus chargés, si j'ose dire, qu'ils n'auraient été s'il y avait eu le patronat. Et à ce moment-là, ils ont cru qu'on le sortirait pas, le tableau. Et ils ont ... c'est là qu'ils sont intervenus pour essayer de me faire sauter, qu'ils ont pris rendez-vous avec M. ****, le Directeur des relations du travail. »²

Les pathologies qui font l'objet des controverses les plus vives depuis le début des années 1980 ont toutes un point commun : ce sont des maladies dont l'étiologie est connue pour être particulièrement complexe. Par exemple, si l'apparition d'un cancer du poumon peut être favorisée par l'amiante, elle peut l'être également par la consommation de tabac. De même, la surdité ou les troubles musculo-squelettiques peuvent être liés à des facteurs de risques professionnels, mais aussi non-professionnels (par exemple, le vieillissement). En réalité, il semble qu'en raison de l'épuisement progressif du stock des pathologies dues au travail de manière univoque, mais aussi des progrès réalisés dans l'étiologie des maladies, les pathologies dont il est débattu à la Commission des maladies professionnelles sont, à partir des années 1980, de plus en plus fréquemment des maladies dont l'étiologie multiple peut être mise en évidence, ce que les épidémiologistes appellent des pathologies « multifactorielles ». Dès lors, les représentants patronaux arguent de ce fait pour refuser que ces maladies fassent l'objet d'un tableau de maladie professionnelle : en effet, ils ne veulent plus prendre en charge la totalité de la maladie, comme le système des tableaux les y oblige, mais seulement la « part » due au travail :

« Les tableaux sont fondés sur la présomption d'imputabilité. Le système de réparation en France, c'est le système du tout ou rien : on ne peut pas isoler la part professionnelle. [...] On ne voit pas, avec l'évolution d'une pathologie multifactorielle, comment on pourrait raisonner dans le cadre de tableaux. D'où l'intérêt de la voie du système complémentaire et d'un système de réparation qui prendrait en compte une causalité partagée. On demande à l'administration de voir ce qui se fait dans d'autres pays, car avec le tout ou rien, on fait forcément des injustices, dans un sens ou dans l'autre. »³

1. Compte rendu ministériel de la réunion du groupe de travail « lombalgies professionnelles » du 25 janvier 1995.

2. Entretien avec l'ancien chef du bureau Hygiène en milieu de travail de 1995 à 2000, 16 avril 2002.

3. Entretien avec la représentante du Medef à la Commission des maladies professionnelles, 1  décembre 2002.

Autrement dit, si les discussions qui se déroulent à la Commission des maladies professionnelles deviennent particulièrement tendues à partir de la fin des années 1980, c'est parce que ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement la question de savoir si telle ou telle pathologie peut être reconnue comme maladie professionnelle, c'est aussi le degré d'extension, et donc la définition, de cette catégorie. Plus elle est définie de manière large, plus elle risque de coûter cher aux employeurs. Or, historiquement, cette définition a fait l'objet d'une acception assez restrictive. Lorsque l'on étudie la liste actuelle des tableaux de maladies professionnelles¹, on peut faire trois constatations :

- Il s'agit, le plus souvent, de pathologies qui touchent des personnes qui exercent des travaux bien précis et quasiment personne d'autre (par exemple, c'est souvent le cas des intoxications, qui représentent plus de deux tableaux sur trois²).
- Ces pathologies ont, le plus souvent, une cause unique : un seul agent nocif est à leur origine (c'est le cas de la majeure partie des maladies dues à une intoxication ou à une infection microbienne, qui représentent quatre tableaux sur cinq³).
- Enfin, ces pathologies sont *toujours* identifiables par des lésions organiques.

Ainsi, au fil du temps, la catégorie des maladies professionnelles a pu se ramener en grande partie aux pathologies possédant ces trois propriétés, de sorte qu'elles ont pu constituer les « exemples paradigmatiques »⁴, selon l'expression de Luc Boltanski, de leur catégorie. À ces cas exemplaires s'opposent précisément les maladies dites ubiquitaires, c'est-à-dire susceptibles de toucher tous les groupes sociaux (quoique de manière souvent inégale), et multifactorielles, dont le cancer constitue un archétype. Si les débats à la Commission des maladies professionnelles deviennent donc si vifs à partir des années 1980 – comme l'a montré le cas des lombalgies, dénoncées précisément comme *la* pathologie multifactorielle par excellence par la délégation patronale –, c'est donc parce que les nouvelles maladies qui sont alors débattues remettent en cause, en même temps qu'elles l'explicitent, la définition assez restrictive dont la catégorie des maladies professionnelles a fait l'objet jusque-là. Or, il est particulièrement difficile aux organisations syndicales de faire élargir cette définition, tout d'abord en raison de la faiblesse de leurs ressources face aux organisations patronales.

DES « PARTENAIRES SOCIAUX » AUX RESSOURCES INÉGALES

Au sein de la Commission des maladies professionnelles, l'expertise médicale est une ressource essentielle⁵. Or, non seulement les représentants des syndicats de sala-

1. Cette liste comprend actuellement 115 tableaux, numérotés de 1 à 98 suivant leur date de création. La différence entre le nombre de tableaux et le numéro du dernier tableau s'explique par le fait que certains d'entre eux comportent des numéros *bis* et *ter* (par exemple, on trouve deux tableaux relatifs à l'amiante, les tableaux n° 30 et 30 *bis*).

2. Source : Michel Bühl, Angelo Castalleta, *Accident du travail, maladie professionnelle : procédure, indemnisation, contentieux*, Paris, Dalloz, 2000 (Coll. : « Encyclopédie Delmas »), p. 90-93.

3. *Ibid.*

4. Luc Boltanski, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit, 1982, p. 465.

5. Cela ne s'explique pas seulement par la technicité des discussions, mais aussi par la stratégie des représentants patronaux, qui se montrent particulièrement exigeants en matière d'expertise (cf. la section II p. 722 et suiv.).

riés, mais aussi les agents de la Sous-direction des conditions de travail en sont nettement moins bien pourvus que les représentants des organisations patronales. Certes, durant les réunions du groupe de travail « lombalgies professionnelles » de 1994-1995, cinq des sept représentants syndicaux (suppléants inclus) étaient des médecins, tout comme deux des trois porte-parole patronaux. Mais ceux-ci sont tous des médecins du travail : ce ne sont pas des « spécialistes » de la pathologie qui est débattue. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de caractériser les lombalgies sur le plan clinique, il ne leur est pas reconnu la même autorité qu'à des rhumatologues. Dès lors, il est essentiel pour chaque camp de disposer d'experts non pas simplement de la pathologie professionnelle en général, mais de la pathologie particulière qui fait l'objet d'une discussion au sein de la commission. Sur ce plan, le Medef, qui concentre l'essentiel des ressources des organisations patronales, affiche une nette supériorité.

Étant, et de loin, l'organisation patronale la plus importante en France (il revendique plus d'un million d'entreprises affiliées¹), le Medef est une confédération de fédérations sectorielles et de groupements intersectoriels locaux (les chambres syndicales régionales). Mais, bien que le siège confédéral du Medef dispose d'un service « Protection sociale », l'essentiel de ses ressources dans ce domaine est concentré dans l'une de ses fédérations les plus anciennes et les plus importantes : l'Union des industries et des métiers de la métallurgie (UIMM)². Cette fédération regroupe au total 18 000 entreprises³, qui emploieraient environ deux millions de salariés⁴. Elle s'est donc constituée, au cours du temps, une très forte expertise en matière de protection sociale, ce qui fait que l'actuelle directrice du service « Sécurité sociale » de l'UIMM, qui représente le Medef à la Commission des maladies professionnelles, défend également ses intérêts dans de nombreux organismes de sécurité sociale. Cette directrice peut donc mobiliser pour son mandat à la commission toutes les ressources de son service : ce sont, tout d'abord, des ressources en personnel, dans la mesure où son équipe peut la seconder dans son travail. Il s'agit ensuite de ressources financières, puisqu'elle dispose de moyens assez substantiels pour s'adjoindre les services d'experts extérieurs quand le besoin s'en fait sentir.

C'est ainsi que le Medef a pu rémunérer, durant les deux groupes de travail « lombalgies professionnelles » de 1991 et de 1994-1995, un puis deux professeurs de rhumatologie renommés⁵. À l'inverse, les représentants des confédérations syndicales n'ont aucun moyen de rémunérer des experts :

1. Source : site Internet du Medef, page d'accueil.

2. « Depuis la création du CNPF, l'UIMM n'a cessé d'en avoir le contrôle, et c'est encore aujourd'hui la profession qui a les ressources intellectuelles et matérielles les plus grandes. » D'après Jean Bunel, *La transformation de la représentation patronale en France : CNPF et CGPME*, Lyon, Institut d'études du Travail, Université Lumière Lyon II, 1995, p. 22.

3. *Ibid.*, p. 83.

4. D'après la directrice du service « Sécurité sociale » de l'UIMM, entretien, 1^{er} décembre 2002.

5. La facilité avec laquelle le Medef peut recruter des experts ne s'explique cependant pas par ses seules ressources : la proximité sociale avec le monde patronal de ces professeurs de médecine issus de l'élite du corps médical les rend probablement plus disposés à endosser le rôle d'expert pour le patronat. *A contrario*, cela peut contribuer à expliquer pourquoi les représentants syndicaux ont tant de mal à enrôler des professeurs de médecine bénévoles. Sur la position qu'occupent les professeurs de médecine dans le champ universitaire et, plus largement, dans l'espace social et politique, cf. Pierre Bourdieu, *Homo academicus*, Paris, Minuit, 2000, p. 53-96.

« Parce que nous, le problème des experts, c'est qu'on n'a aucun moyen de les rémunérer. Donc là, on a une disproportion des moyens. On prend la délégation patronale, qui, elle, peut rémunérer ses experts, alors que nous on n'a vraiment aucun moyen de les rémunérer. Nous, on trouve des experts de manière tout à fait bénévole, qui travaillent pour nous, comme ça ... Ça, c'est un vrai problème ! On n'est pas ... ce n'est pas une représentation paritaire. Si je compare deux membres de la Commission des maladies professionnelles, je compare Mlle F., qui est directrice du service de sécurité sociale de l'UIMM, qui a X secrétaires, X machins pour faire des recherches et autres, et moi, qui étais jusqu'au mois de ... jusqu'au 31 juillet représentant de la confédération CFDT, y a pas photo, hein ! Moi, j'suis un retraité, j'ai un CAP, c'est tout ! Et puis, j'ai les moyens que j'arrive à trouver par moi-même ! Ma confédération ne bouge pas le petit doigt sur les dossiers. Et les autres conf, c'est pareil ! »¹

Les représentants syndicaux bénéficient du soutien constant du représentant de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH), qui est membre de la commission en tant que personne qualifiée. Créée en 1921, cette association revendique actuellement 250 000 adhérents. Elle s'appuie sur un réseau de 87 groupements départementaux et interdépartementaux et de 1 650 sections locales. Ayant surtout vocation à conseiller et à assister des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, elle a acquis une très importante expertise juridique en matière de réparation liée aux risques professionnels. Cependant, comme les représentants syndicaux, elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour rémunérer des experts.

Cette inégalité de ressources en expertise médicale est d'autant plus critique pour les représentants syndicaux que la Sous-direction des conditions de travail – et, plus particulièrement, le bureau Hygiène en milieu de travail (dit aussi bureau CT4), chargé d'organiser les travaux de la commission – ne dispose que de moyens très faibles. En effet, ce bureau, qui doit s'acquitter de bien d'autres missions que le suivi des travaux de la commission, ne dispose que d'un personnel très limité : en 1995, il ne comprenait, en dehors du chef de bureau, que deux juristes, un ingénieur spécialisé sur l'amiante, un titulaire d'un Diplôme d'études approfondies de biochimie, un attaché d'administration centrale et deux secrétaires. Contraints de travailler en « flux tendu »², ces agents ne peuvent pas toujours faire face à la charge de travail qu'on leur impose, de sorte que les dossiers jugés non prioritaires peuvent attendre des années avant d'être traités, voire être purement et simplement oubliés.

À ce manque de personnel s'ajoutent les faibles moyens dont dispose le bureau CT4 en matière d'expertise médicale. En effet, l'élaboration de chaque tableau de maladie professionnelle requiert une expertise spécifique (par exemple, la rhumatologie pour les lombalgies, la pneumologie pour les cancers des voies pulmonaires, etc.) et les agents du ministère, si diplômés soient-ils, ne possèdent pas eux-mêmes toutes les compétences requises. Dès lors, si le bureau CT4 veut se doter d'une expertise propre sur une maladie, il a besoin des services d'un expert extérieur. Mais il ne dispose d'aucune ligne budgétaire pour le rémunérer. Or, la participation aux travaux de la Commission des maladies professionnelles implique généralement un lourd travail :

1. Entretien avec un représentant de la CFDT, 15 mars 2002.

2. D'après l'expression d'un attaché de la Direction de la sécurité sociale, entretien, 6 février 2002.

« [Ça] prend du temps. En général, la bibliographie est énorme. Il faut vraiment de la bonne volonté et du temps. Les travaux sont bénévoles. Comment un scientifique, qui a déjà une charge lourde de travail, va-t-il arriver à faire ce travail dans des conditions de bénévolat ? »¹

Certes, le bureau CT4 pourrait s'appuyer sur l'expertise dont sont dotés certains organismes publics représentés à la Commission des maladies professionnelles, comme l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)². Constamment représenté par un médecin à la commission, l'INRS peut, à la demande du rapporteur d'un groupe de travail, faire des recherches bibliographiques ou inviter certains de ses chercheurs. Cependant, son statut d'organisme géré de manière paritaire ne permet pas aux agents du ministère de lui demander, loin s'en faut, toutes les études dont il aurait besoin :

« L'INRS a un conseil d'administration où l'État est simple observateur et où les seuls décideurs sont les partenaires sociaux [...]. Moyennant quoi, si l'INRS, à travers son conseil de partenaires sociaux, n'a pas envie d'étudier tel ou tel sujet, on peut toujours lui demander, mais il y a peu de chances que ça se fasse. Et ce qui se passe aujourd'hui, c'est que l'INRS, qui s'est senti très ébranlé, très mis en examen d'une certaine façon, par un rapport de l'IGAS, par les nombreuses critiques dont il a fait l'objet dans la presse, par la création de nouvelles agences, [...] dit : "Moi, mon métier, c'est l'assistance technique aux entreprises, c'est pas la recherche ou le contrôle des produits chimiques, c'est pas l'épidémiologie, si ça intéresse l'État, eh bien l'État, il n'a qu'à le faire. Je veux bien garder ce que j'ai (à un moment où il avait même presque donné l'impression qu'il voulait s'en débarrasser), je veux bien garder ce que j'ai, mais comptez pas sur moi pour en faire plus". »³

Les difficultés du ministère à se doter d'une expertise indépendante, ajoutées au manque de moyens en matière de secrétariat, ont plusieurs conséquences importantes sur le fonctionnement de la Commission des maladies professionnelles. Tout d'abord, le bureau CT4 est contraint d'espacer les réunions en séance plénière (il y en a rarement plus de quatre par an, parfois moins) et de limiter le nombre de groupes de travail (il ne peut pas y en avoir plus de trois à la fois, selon une règle édictée par l'administration). Cela « introduit une lenteur inéluctable sur des sujets très épineux »⁴, ce qui va dans le sens des intérêts patronaux, comme le dénonce un syndicaliste de la CFDT :

« Ça fait le jeu du patronat, puisque lui, il joue la montre, hein ! Puisque moins il y a de travaux, moins la commission se réunit, pour lui mieux ça vaut ! Pour lui,

1. Entretien avec le président de la Commission des maladies professionnelles, 7 mai 2002.

2. L'INRS est une association loi 1901, au conseil d'administration strictement paritaire. Financé à plus de 90 % par le Fonds national de prévention des accidents de travail de la CNAMTS, lui-même alimenté par les cotisations des employeurs, il emploie environ 630 personnes, dont plus de 200 chercheurs. Cela en fait, et de loin, l'organisme le plus important en France dans son domaine. Suite à une série de polémiques relayées par la presse, en 1994 et en 1998, qui ont mis en avant les pressions exercées par les représentants patronaux du conseil d'administration pour éviter que soient menées ou publiées des études jugées compromettantes, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) lui a consacré un rapport extrêmement critique en 1999 (Mireille Jarry, Françoise Lalande, Jean Roigt, *Contrôle du fonctionnement de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, IGAS, Rapport n° 1999062, 1999).

3. Entretien avec le Sous-directeur des conditions de travail, 12 juin 2002.

4. D'après les propos d'une personne qualifiée de la Commission des maladies professionnelles, entretien, 21 mai 2002.

c'est une commission qui devrait pas se réunir, parce que plus elle se réunit, plus ça lui coûte de l'argent ! »¹

Ainsi, quand bien même les agents du bureau CT4 ne le voudraient pas, les faibles moyens administratifs dont ils disposent tendent, objectivement, à favoriser les intérêts des représentants patronaux. Mais, surtout, dans la mesure où elle ne dispose pas d'expertise en propre, l'administration du Travail doit, pour une grande part, s'en remettre aux seuls « partenaires sociaux » pour rassembler les connaissances nécessaires à l'élaboration ou à la révision d'un tableau de maladie professionnelle. Cela favorise inévitablement les organisations patronales, qui disposent de ressources en expertise plus importantes que les confédérations syndicales et la FNATH.

Ces inégalités de ressources en expertise médicale contribuent à expliquer que les représentants des syndicaux rencontrent souvent de grandes difficultés à faire créer ou élargir des tableaux de maladie professionnelle, surtout s'ils concernent des pathologies potentiellement coûteuses. Dès lors, il peut paraître étonnant que les représentants syndicaux n'envisagent pas de remettre en cause le fonctionnement d'un jeu largement inégal. En réalité, la domination qu'exercent les organisations patronales sur la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS² conduit les délégués syndicaux à percevoir l'existence d'une arène telle que la Commission des maladies professionnelles comme une chance :

« C'est le seul endroit où les organisations syndicales qui représentent les salariés ont la parole ! Aujourd'hui, y a une commission, par exemple, qui refait le barème d'invalidité des IPP – l'incapacité permanente partielle –, qui est scandaleux d'ailleurs, ce barème, il est scandaleux ! Aujourd'hui, c'est revu : y a pas un seul représentant des salariés qui participe à cette révision. On va décider ce que vaut un poumon d'un mineur ou un poumon ... sans aucune participation sociale, comme si c'était quelque chose de scientifique ! Alors que c'est pas quelque chose de scientifique, l'IPP, hein, puisque c'est l'évaluation de la perte de gain, c'est aberrant ! Euh, oui, donc ça, c'est deux notions importantes de cette commission, c'est que, d'une part, euh, c'est le seul endroit – parce qu'il y a beaucoup de gens qui voudraient la liquider la commission, en disant, bah, c'est des discussions à la con, ça sert à rien, ils s'étripent parce que ça leur fait plaisir, etc. Bon. Euh, ouais ! Mais c'est le seul endroit où la voix des salariés peut s'exprimer ... la voix des ouvriers, mais c'est quand même celle des salariés. »³

Conscients que le rapport de force est durablement en leur défaveur, d'autant plus qu'ils ne bénéficient guère de l'appui de leurs organisations respectives⁴, les représentants syndicaux défendent donc une approche pragmatique où il s'agit « d'enfoncer un

1. Entretien avec un représentant de la CFDT, 20 novembre 2001.

2. Sur ce point, cf. Gilles Pollet, Didier Renard, « Genèses et usages de l'idée paritaire dans le système de protection sociale français. Fin 19^e-milieu du 20^e siècle », *Revue française de science politique*, 4 (45), août 1995, p. 545-569, et Emmanuel Henri, « Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une "crise de santé publique" », thèse pour le doctorat de Science de l'information et de la communication, université de technologie de Compiègne, 2000, p. 122-123. Depuis la mise en place du paritarisme en 1967 jusqu'en 2000 (année où les représentants du CNPF et de la CGPME ont annoncé qu'ils ne siègeraient plus dans les conseils d'administration de la CNAMTS), le CNPF a toujours présidé la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS.

3. Entretien avec un représentant de la CGT, 14 mars 2002.

4. « On est un peu isolé chacun dans notre confédération sur ces domaines-là [les risques professionnels], parce que ces domaines-là n'intéressent pas tellement les syndicats » (Entretien avec un représentant de la CFDT, 17 mai 2002).

coin dans le système »¹ en obtenant un minimum de concessions de la part des représentants patronaux. Or, ces derniers sont d'autant plus prêts à faire ces concessions qu'elles confortent la stabilité d'un jeu qu'ils ont intérêt à voir se poursuivre dans sa structure existante. C'est ainsi que leur stratégie consiste généralement à rejeter toute création ou tout élargissement d'un tableau de maladie professionnelle, puis à faire des concessions minimales². La codification des maladies professionnelles est donc d'abord et avant tout fondée sur des compromis qui sont, la plupart du temps, très défavorables aux intérêts des salariés.

Cependant, on pourrait penser que la présence de nombreux médecins aux réunions de la Commission des maladies professionnelles, qui sont, pour la plupart d'entre eux, des médecins du travail et des spécialistes en pathologie professionnelle, pourrait rééquilibrer le rapport de forces entre organisations patronales et syndicales, et favoriser des compromis moins désavantageux aux salariés. En réalité, l'importation de logiques spécifiques au corps médical, loin de modifier le rapport de force, tend plutôt à le conforter.

L'IMPORTATION DE LOGIQUES SPÉCIFIQUES AU CHAMP MÉDICAL ET LEURS LIMITES

La majorité des membres de la Commission spécialisée des maladies professionnelles sont des médecins : dans le groupe de travail « lombalgies professionnelles » de 1994-1995, ils représentaient, en moyenne, 69 % des participants³. Toujours dans ce même groupe de travail, cinq représentants des confédérations syndicales sur sept étaient des médecins, ainsi que deux délégués patronaux sur trois. À la fois en raison de leur prépondérance numérique et de l'autorité qui leur est reconnue, ceux-ci tendent à introduire dans le jeu des règles de discussion propres au champ médical.

L'IMPORTATION DE LOGIQUES SPÉCIFIQUES AU CHAMP MÉDICAL

À l'exception des professeurs de rhumatologie rémunérés par le CNPF, la plupart des médecins qui participent aux travaux de la commission sont des médecins du travail ou des spécialistes en pathologie professionnelles. Or, ceux-ci occupent une position fortement dominée dans le champ médical.

Salariés pour la plupart, les médecins du travail se situent à l'exact opposé du pôle économique dominant, caractérisé par un exercice libéral, du champ médical. Par ailleurs, alors que des disciplines peu valorisées sur le plan économique, comme la biologie et la santé publique, peuvent bénéficier d'un certain prestige intellectuel lié à l'exercice d'une activité de recherche scientifique à plein temps dans des centres hos-

1. D'après l'expression d'un des représentants de la CFDT, entretien, 17 mai 2002.

2. L'histoire de l'élaboration des tableaux sur les lombalgies est assez exemplaire de cette tactique : « Au départ, la position du patronat, c'était de dire : y a pas de tableau, c'est impossible de faire un tableau concernant les lombalgies » ; mais, au bout d'un certain temps, il est apparu que cette position n'était plus tenable : « Et donc, ils ont dû se dire, stratégiquement, on va essayer de verrouiller au maximum ce tableau, pour que ce soit un tableau minimum » (Entretien avec le représentant de la FNATH, 3 décembre 2001).

3. Source : procès-verbaux des réunions établis par le ministère chargé du Travail.

pitalo-universitaires ou dans des organismes de recherche publique, comme l'INSERM, il n'en va pas de même pour les médecins du travail qui, lorsqu'ils mènent des enquêtes et, dans certains cas apparemment assez rares, publient des études dans des revues médicales, ne peuvent y consacrer qu'une faible partie de leur temps. Et, même lorsque certains acquièrent un statut hospitalo-universitaire et deviennent maîtres de conférences ou professeurs en médecine du travail et en pathologie professionnelle, ils continuent à être fortement dominés au sein du secteur hospitalier – et ils sont nettement conscient que leur discipline a toujours « du mal à s'imposer »¹ – en raison de l'indignité relative de leur pratique².

Cette domination s'exprime dans la faible légitimité de l'objet de la médecine du travail. Quand les médecins du travail défendent la spécificité de leur discipline, ils mettent avant tout l'accent sur leur ouverture « sur le monde réel »³, sur leur connaissance du « terrain » :

« Ce qui compte, c'est d'être sur le terrain, de voir les mecs, sur leur lieu de travail, de voir comment ils bossent, quels sont les risques. Ah, évidemment, c'est pas beau pour les médecins, classiques, si vous voulez, hein. C'est pas la bonne condition. La bonne condition, c'est simple, c'est quand le malade est à poil dans un service hospitalier, qu'on ne connaît ni son nom ni son âge ni sa profession ni sa maison ni ses parents ni rien, et on traite comme un ... bon, là, c'est l'idéal. Mais, justement, la médecine du travail, c'est le contraire, c'est le médecin qui va sur le terrain. »⁴

Cette revendication de la connaissance du « terrain » n'est pas des plus légitimes dans un champ médical où le prestige d'une spécialité est souvent lié à son degré de spécialisation et de technicité⁵. Cela explique qu'à la Commission des maladies professionnelles, les deux experts rémunérés par le CNPF dominent une grande partie des discussions, alors qu'ils ne sont pas des spécialistes des pathologies professionnelles. Ayant derrière eux une longue carrière hospitalo-universitaire, ils occupent une position éminente dans le champ médical. En effet, le premier de ces experts, né en 1928, a été chef du service de rhumatologie à l'hôpital Ambroise Paré, à Boulogne. Président d'honneur de la Société française de rhumatologie et membre de l'American College of Rheumatology, il est reconnu comme l'un des plus éminents spécialistes français en matière de lombalgies, auxquelles il a consacré de nombreux articles dans des revues médicales françaises et anglo-saxonnes. Le second, né en 1918, fils et petit-fils de médecins, a été chef de service en rhumatologie dans un hôpital parisien, puis à l'hôpital Ambroise Paré de 1960 à 1981. De 1981 à 1989, il a été président de l'Uni-

1. Entretien avec un représentant de la CGT, maître de conférence en médecine du travail et en pathologie professionnelle, 14 mars 2002.

2. La médecine du travail est généralement la dernière ou l'avant-dernière discipline choisie par les lauréats du concours de l'internat, concours qui, à la fin de la sixième année d'étude, permet aux étudiants en médecine d'acquérir une spécialité (source : Centre national des concours d'internat). Pour plus de précisions sur le métier de médecin du travail, cf. le chapitre que Françoise Piotet lui consacre dans *La révolution des métiers*, Paris, PUF, 2002.

3. D'après l'expression d'un médecin chef retraité des Charbonnages de France, personne qualifiée à la Commission des maladies professionnelles, entretien, 21 mai 2002.

4. Entretien avec un représentant de la CGT, maître de conférence en médecine du travail et en pathologie professionnelle, 14 mars 2002.

5. Cf., sur ce point, Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », dans Pierre Aïach, Didier Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 181-200.

versité Paris-V. Élu membre de l'Académie de médecine en 1990, il en est devenu le secrétaire adjoint en 1993. Ayant exercé leur métier dans des centres hospitalo-universitaires et publié de nombreux articles dans des revues médicales, ces professeurs sont avant tout soucieux de rigueur et de clarté scientifique. Face à eux, les médecins du travail ne peuvent, parfois, que leur opposer leur « expérience » :

« Il y a des “sur-risques” dans certaines professions qu’il ne faut pas confondre avec des prédispositions. On ne peut pas nier l’expérience des médecins du travail qui identifient plus de lombalgies dans certaines professions. »

« Ce n’est pas, comme le déclare le Pr P. [l’un des professeurs de rhumatologie rémunérés par le CNPF], parce qu’un risque relatif ¹ est inférieur à 2 qu’il ne prouve rien. L’expérience des médecins du travail ne peut pas être évacuée. » ²

Cependant, cette invocation de la connaissance des conditions de travail et de la souffrance des victimes apparaît relativement illégitime dans un univers social dominé par la référence à la connaissance scientifique. C’est ainsi que les discussions qui se déroulent à la commission se caractérisent surtout par une confrontation des preuves scientifiques – c’est-à-dire, pour l’essentiel, de travaux publiés dans des revues médicales. Les représentants patronaux, dont l’une des stratégies les plus courantes consiste à soumettre les revendications des délégués syndicaux à différentes sortes « d’épreuves » ³ justifiées par des considérations scientifiques, se montrent particulièrement exigeants :

« L’argument de T. [médecin représentant la CGPME], c’est de dire : n’utilisons pas n’importe quoi ! Quand il dit “n’importe quoi”, il y a notamment ce qui paraît dans les *Archives des maladies professionnelles*, qui ne sont pas toujours de très bonne qualité, mais ce sont toujours des travaux français qui sont assez corrects, quoi. Alors ça, pour T., c’est de la merde ! [...] T. descend systématiquement *Les documents pour le médecin du travail* – alors ça, il jette ça avant même de l’avoir lu de ses yeux. Les *Archives*, il supporte pas. Donc, il faut vraiment ... Son exigence scientifique est très ... très, très importante. » ⁴

Les travaux qui n’ont pas été sélectionnés par des revues réputées pour la sévérité de leur comité de lecture – les revues anglo-saxonnes étant, de ce point de vue, jugées plus sérieuses que les revues francophones – sont donc rejetés comme non pertinents. C’est ainsi que la vaste enquête qu’a menée, en 1991-1992, le syndicat des mineurs de la CFDT sur les souffrances lombaires des salariés des Houillères du Bassin de Lorraine est jugée sans valeur, comme l’atteste la condescendance avec laquelle les représentants patronaux et leurs experts traitent l’un des représentants de la CFDT, titulaire d’un BEP d’électromécanicien, qui avait participé au lancement de cette enquête et qui en a présenté les résultats aux membres de la commission :

1. Le « risque relatif » de souffrir d’une pathologie pour un groupe de sujets exposés à un facteur de risque donné est le rapport entre l’incidence de la pathologie dans le groupe exposé et son incidence dans un groupe supposé non-exposé.

2. Ces deux citations sont extraites du compte rendu de la réunion du premier groupe de travail « lombalgies professionnelles du 4 juin 1991 » ; il a été établi par un représentant de la CFDT.

3. Nous empruntons cette notion à Luc Boltanski et à Laurent Thévenot (Luc Boltanski, Laurent Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1997, p. 161-185).

4. Entretien avec un représentant de la CGT, 26 mars 2002.

« [Ce représentant de la CFDT], c'est quelqu'un de très gentil, il est plein de dévouement militant. La CFDT gagnerait quand même à avoir un expert militant. »¹

« Les experts du Medef ... ils osaient pas [lui] dire, vous connaissez rien aux lombalgies. »²

Ces exigences ont ainsi pour résultat de rendre nettement plus difficile l'administration de la preuve pour les représentants des salariés, d'autant plus que, pour la délégation patronale, un « fait » ne peut être attesté que par un très grand nombre d'études. Et, quand bien même les représentants syndicaux auraient réussi à satisfaire ces exigences, il faut que ces travaux présentent tous des risques relatifs élevés et qu'ils ne se contredisent pas. Or, en épidémiologie, la diversité des méthodes employées et des populations étudiées, ajoutée aux biais qui peuvent s'introduire dans les enquêtes, fait qu'il est presque toujours possible de trouver des études qui se contredisent ou qui présentent des risques relatifs proches de 1, donc jugés non significatifs. Enfin, si les représentants syndicaux parviennent à surmonter cette dernière épreuve, il peut leur être reproché d'avoir mobilisé des études qui ne prennent pas en compte les spécificités françaises :

« Il faut voir les conditions d'exploitation françaises ... d'où le problème posé par les études étrangères. Pour les mineurs, par exemple, on ne voit pas les mêmes conditions d'exploitation qu'à l'étranger. »³

La posture des représentants patronaux à la Commission des maladies professionnelles est donc celle d'agents soucieux avant tout de la « vérité » et de la « vertu » scientifiques. Ainsi, il ne saurait être question de bâtir un tableau de maladie professionnelle en se fondant sur un savoir incertain :

« Dans cette commission [...], on s'est battu pour que les décisions qui sont prises soient non seulement prises sur des bases techniques, scientifiques, mais aussi sur des bases sociales, en expliquant que les bases scientifiques, elles étaient toujours plus en retrait que la connaissance sociale, puisque finalement, pour avoir des connaissances scientifiques, il faut avoir examiné les choses, les montrer, etc. Ce qui explique d'ailleurs que les scientifiques qu'on fait intervenir, le plus souvent, quand ils sont en face de T. [du représentant de la CGPME], qui leur rabote tout ce qui est humanisme, bonnes intentions, tout ça, parce qu'ils arrivent comme ça les experts ! Ils arrivent avec de belles idées, hein, ils vont faire progresser les choses ! T., il les canarde, il fait du sablage, hein, il enlève du vernis, des couches : alors il enlève l'humanisme, il enlève les bonnes intentions, il enlève les incertitudes positives, et puis, voilà, il va jusqu'aux certitudes ! Eh ben, si on s'en tenait là, les tableaux, ils seraient beaucoup moins avancés qu'ils ne le sont actuellement. »⁴

En se montrant très exigeants sur l'administration de la preuve et en requérant des « certitudes » scientifiques, les représentants patronaux justifient la multiplication des épreuves auxquelles ils soumettent leurs opposants. Or, en demandant constamment des « études complémentaires », ils peuvent non seulement parvenir à réduire l'exten-

1. Entretien avec un des représentants du Medef, médecin conseil dans une grande entreprise privée, 28 mai 2002.

2. Entretien avec un représentant de l'INRS, 14 février 2002.

3. Entretien avec la représentante du Medef, 1^{er} février 2002. Cette exigence peut ainsi être contradictoire avec la valorisation des études anglo-saxonnes.

4. Entretien avec le représentant de la CGT, 26 mars 2002.

sion du projet de tableau de maladie professionnelle, mais aussi provoquer l'enlèvement des discussions :

« Le jeu qui existe, on le comprend aisément. Du côté des organisations patronales, l'objectif, c'est de pourrir la situation, et que ça dure le plus longtemps possible. Parce que, pendant que l'on discutaille – je le dis de façon un petit peu ... euh ... caricaturale, parce qu'au bout d'un moment, on discutaille, au départ, on discute, sérieusement, et puis au bout d'un certain temps, ça sert plus à rien de discuter. Mais pendant ce temps, c'est – excusez-moi –, mais c'est tout bénéf ! parce que le tableau ne va pas être créé, le tableau ne va pas être modifié et donc, il n'y aura pas de déclaration et d'indemnisation de victimes. »¹

Si l'obligation d'argumenter en s'appuyant sur des études scientifiques est si contraignante au sein de la Commission des maladies professionnelles, c'est donc bien parce que certains de ces agents rappellent constamment la nécessité de se soumettre à cette norme. Bien que certains médecins et certains représentants des syndicats plaident parfois pour une interprétation moins rigoureuse de celle-ci, ils ne peuvent pas non plus la rejeter en tant que telle. L'existence de personnes « neutres », qui sont censées trancher en fonction de la qualité de l'argumentation scientifique de chaque partie – c'est-à-dire le président de la commission, mais aussi les « personnes qualifiées », qui sont toutes des médecins –, contraint également les membres de la commission à respecter les règles de la discussion scientifique². Ainsi, depuis sa création, la Commission des maladies professionnelles a toujours été présidée par un homme de science : tout d'abord, de 1984 à 1996, par un toxicologue réputé, ancien élève de l'École normale supérieure de la rue d'Ulm (section sciences) et ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a fait une brillante carrière hospitalo-universitaire ; puis, après la suspension des travaux de la commission en raison du « scandale » de l'amiante, par un ancien directeur de laboratoire du Commissariat à l'énergie atomique. Le président de la commission s'efforce d'obliger les participants aux réunions à se soumettre aux contraintes d'une discussion raisonnée, d'où toute polémique ou encore toute « provocation » doivent être écartées. Cela explique que les décisions du président de la commission, qui sont, généralement, l'expression d'un compromis entre chacune des parties, ne fassent pas l'objet d'un vote : un dispositif propre à la « cité civique », d'après la formule de Luc Boltanski et Laurent Thévenot³, ne saurait s'employer sans risque dans le cadre d'une discussion à prétention scientifique.

Les discussions qui se déroulent à la Commission spécialisée des maladies professionnelles se caractérisent donc bien par l'importation de règles de discussion issues du champ médical. Cependant, la contrainte de l'argumentation scientifique ne modifie pas fondamentalement le rapport de forces existant : en effet, les représentants patronaux ne l'acceptent que dans la mesure où elle ne les oblige qu'à faire des concessions minimales aux représentants syndicaux. Mieux, la prégnance de cette contrainte amène progressivement les représentants syndicaux à ajuster leurs revendications à ce que « la science » leur permet de dire, ce qui favorise la formation de compromis favorables aux représentants patronaux.

1. Entretien avec le représentant de la FNATH, 3 décembre 2001.

2. Jon Elster a noté ce point dans son article « Argumenter et négocier dans deux assemblées constituantes », *Revue française de science politique*, 1994, 44 (2), avril, p. 187-256, cf. notamment, p. 243-246.

3. Luc Boltanski, Laurent Thévenot, *op. cit.*

LE PRIMAT DE LA CLINIQUE

La position prééminente qu'occupent les professeurs de rhumatologie au sein des réunions de la Commission des maladies professionnelles consacrées aux lombalgies ne s'explique pas seulement par la position dominante qu'ils occupent dans le champ médical, relativement aux médecins du travail et aux spécialistes en pathologies professionnelles, comme nous l'avons vu plus haut, elle tient aussi à la manière dont sont constitués les tableaux de maladie professionnelle : en effet, la construction de ces tableaux exige de « remplir » chacune des trois colonnes qui les constituent (voir les tableaux n° 97 et n° 98 reproduits p. 712-713). De ces trois colonnes, c'est la première (définition clinique de la pathologie à réparer) et la troisième (liste des travaux à risque) qui donnent lieu aux discussions les plus longues. Or, des discussions qui portent sur ces deux colonnes, ce sont celles qui portent sur la première, c'est-à-dire sur la définition clinique de la pathologie à indemniser, qui sont les plus décisives. En effet, bien qu'un tableau de maladie professionnelle puisse être révisé par la suite, la première colonne est beaucoup plus difficile à modifier que la troisième : s'il est possible de réviser ultérieurement la liste des travaux à risques sans modifier la définition de la pathologie à réparer, le contraire apparaît nettement plus difficile, sinon impossible¹. Dès lors, pour les représentants patronaux, obtenir une définition restrictive de la pathologie à indemniser est le moyen le plus simple – le plus économique, pourrait-on dire – de « verrouiller » un tableau de maladie professionnelle.

Or, la construction de la première colonne des tableaux de maladie professionnelle ne fait pas appel aux mêmes compétences médicales que la troisième, l'un requérant celles d'un clinicien spécialisé, l'autre faisant plutôt appel à celles des médecins du travail. La structure même des tableaux de maladie professionnelle tend donc à donner un rôle décisif aux cliniciens spécialisés, alors que la division du travail médical fait qu'ils n'ont, en général, qu'une faible connaissance des risques professionnels. L'importance stratégique que revêt la construction de la première colonne des tableaux consacre donc la position prééminente des cliniciens, c'est-à-dire des professeurs de rhumatologie lors des discussions sur les lombalgies, au sein de la Commission des maladies professionnelles.

L'obstacle de la clinique

Dans la mesure où elle devait comporter une description clinique claire de la pathologie à réparer, la construction de la première colonne du tableau sur les lombalgies comportait d'importantes difficultés. En effet, il est avéré que les lombalgies posent de sérieux problèmes d'objectivation. Elles ne sont pas nécessairement liées à une altération des vertèbres : une personne peut déclarer souffrir fortement du dos sans que l'on puisse mettre en évidence des lésions au niveau de la colonne vertébrale, tandis qu'une autre personne qui aurait les vertèbres très abîmées peut n'éprouver aucune douleur. Cela avait conduit la délégation patronale à arguer, dès la première réunion consacrée à ce sujet, que les lombalgies ne pouvaient pas être codifiées sous

1. Modifier la définition de la pathologie indemnisée revient à dire qu'on n'indemnie plus la même pathologie : dès lors, la liste des travaux valable pour la définition initiale ne l'est plus nécessairement pour la seconde.

la forme d'un tableau de maladie professionnelle ¹. Cette position a été également soutenue par les professeurs de rhumatologie rémunérés par le CNPF :

« M. le Pr. A. (expert CNPF) précise qu'il n'y a pas d'atteinte anatomique dans tous les cas de lombalgie. La radiologie est souvent négative. [...] La lombalgie n'est que rarement une lésion, mais plus généralement un symptôme. En conséquence, la création d'un tableau ne lui paraît pas envisageable, étant donné que les critères sont difficiles à déterminer. » ²

Le médecin ne pouvant pas fonder son diagnostic sur des lésions corporelles « objectives », il est contraint de s'en remettre aux déclarations du patient et à la manière dont il manifeste « subjectivement » sa douleur. Dès lors, des salariés pourraient être tentés de la simuler pour obtenir une réparation au titre du régime des maladies professionnelles :

« Certains médecins nous ont dit, vous savez, la radio, voire le scanner ne nous donnent pas forcément la solution, hein. À savoir que des moments, on voit des colonnes vertébrales complètement explosées et les gens ne souffrent pas particulièrement, et d'autres ont des colonnes vertébrales correctes, où on ne voit rien de particulier, et ce sont des gens qui souffrent. Et ils souffrent, réellement ! Je crois qu'on n'a pas tous affaire à des affabulateurs, ou à des gens qui veulent tricher. [...] Et ça c'est le discours de T. [le représentant de la CGPME], combien de fois, il nous parle des tricheurs ! Ou qu'il nous dit : je ne veux pas indemniser les tricheurs ! De toute façon, l'accidenté du travail ou la victime d'une maladie professionnelle est vécu chez bien des gens comme vouloir profiter d'un système. [...] C'est le discours auquel on est habitué, quoi. » ³

Dès lors, les représentants syndicaux vont s'efforcer d'amener les experts patronaux à distinguer entre les pathologies qui peuvent être définies de manière « objective » et celles qui ne le peuvent pas, entre « ce qui existe », cliniquement parlant, et « ce qui n'existe pas » :

« On voyait bien que ça n'avancait pas, quoi, que ça ne pouvait pas avancer. Alors on a rediscuté dans la délégation pour savoir comment il fallait faire et, progressivement, on s'est rendu compte que les logiques de l'expertise dans le camp patronal, ça les obligeait à définir quand même les choses. Parce que [le représentant de la CGPME], lui, sa stratégie, c'est de refuser, d'intimider les experts, de faire un blocage systématique, comme ça effectivement il ne nous dit jamais ... Il ne nous donne jamais ses cartes ! Tandis que les experts qui étaient là, des grands professeurs de rhumatologie, ils ne voulaient quand même pas trop passer pour des cons [...] ! Donc ces spécialistes-là, eux, ils pouvaient pas avoir la même logique que [le représentant de la CGPME], parce qu'il fallait quand même qu'ils soient médecins, experts. Donc progressivement, on a réussi à les ... à les titiller, en leur disant : – Mais attendez ! Vous dites que la lombalgie ... mais qu'est-ce qui existe ? Ben la sciatique, ça existe quand même ! C'est comme ça, les échanges à la commission, hein ! Alors : – Mais oui ! Mais attendez ... Et puis ça discute, et puis progressivement on les a amenés à écrire que la sciatique, ça existait. [...] On les avait poussés au bout de leur logique, en leur disant : – Mais

1. À la réunion du 27 mars 1991, la représentante du CNPF explique : « Il faut bâtir un tableau sur une *affection*. Est-ce que la lombalgie est une affection ? C'est un point juridique clé. Il faut par ailleurs identifier une lésion. » D'après le compte rendu établi par le représentant de la CFDT. C'est lui qui souligne.

2. Compte rendu ministériel de la réunion du groupe de travail « lombalgies professionnelles » du 22 juin 1994.

3. Entretien avec le représentant de la FNATH, 3 décembre 2001.

attendez, si, ça existe, vous vous référez à vos grands maîtres rhumatologues, ils ont décrit des symptômes, ils ont décrit une maladie, donc s'ils ont décrit, c'est que c'est une entité nosologique¹, donc on peut la mettre dans le tableau ! »²

Contraints de tenir leur rang de professeurs de médecine réputés, les experts du CNPF ne peuvent pas, dans une commission composée majoritairement de médecins, contester des « faits » tenus pour acquis dans leur discipline, à moins de prendre le risque de paraître de mauvaise foi ou, pire, de perdre leur crédibilité scientifique. De plus, ces professeurs sont nettement moins investis dans les travaux de la commission que les représentants patronaux : rémunérés pour intervenir sur une pathologie précise – les lombalgies –, ils ne sont pas des experts réguliers des organisations patronales. Le coût d'une perte de crédibilité auprès des pairs ne serait donc que faiblement compensé par les bénéfices qu'ils retirent de leur statut ponctuel d'expert patronal³. C'est ainsi qu'à une réunion du deuxième groupe de travail, en janvier 1995, l'un d'entre eux reconnaît que, si les lombalgies ne peuvent pas faire l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, dans la mesure où elles ne constituent pas une entité nosologique, ce pourrait être le cas des sciatiques :

« M. le Pr. A. indique que la lombalgie professionnelle est très difficile à classer. En effet, la classification des maladies lombaires n'a pas avancé au niveau international et celle utilisée (Québec) n'est pas satisfaisante. Dans ces conditions, il lui apparaît difficile de la faire rentrer dans le cadre juridique des maladies professionnelles. Par contre, la sciatique d'origine traumatique non guérie, ou la sciatique, séquelle d'accident du travail, pourrait être prise en charge si l'indemnisation au titre de l'accident du travail n'est pas suffisante. »⁴

Les représentants patronaux demandent alors à leurs experts de produire une étude, dont ils reprennent les conclusions dans un courrier qu'ils adressent au ministère du Travail et au rapporteur du groupe de travail, quinze jours avant la tenue de la troisième réunion. Ils proposent de retenir deux types de pathologies qui pourraient faire l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, à condition que leur lien avec certaines activités professionnelles soit établi : les sciatiques et névralgies crurales accompagnées d'une hernie discale. Il s'agit donc de douleurs lombaires caractérisables par une lésion organique : la hernie discale est une déformation de la colonne vertébrale qui peut, dans certains cas, provoquer des atteintes radiculaires, c'est-à-dire une compression des racines des nerfs qui passent entre les vertèbres. Suivant qu'elle atteint le nerf sciatique ou le nerf crural, la hernie peut provoquer soit une sciatique, soit une névralgie crurale. Ce sont donc des « affections bien caractérisées »⁵, ce qui

1. La nosologie étudie les caractères distinctifs des maladies en vue de leur classification méthodique.

2. Entretien avec le représentant de la CGT, 26 mars 2002.

3. Ainsi, l'un de ces professeurs de médecine nous a expliqué qu'au moment où il assistait les représentants du CNPF à la Commission des maladies professionnelles, il avait été sollicité pour participer à une expertise collective de l'INSERM sur les lombalgies. Il a alors voulu abandonner ses fonctions d'expert auprès du CNPF pour cette activité plus prestigieuse, comme il l'exprime assez brutalement : « Je n'avais rien à foutre du CNPF. Je ne pouvais pas être à la fois à l'INSERM et être, en tant qu'expert, à la Commission des maladies professionnelles » (Entretien, 15 mai 2002). Cependant, n'ayant pu obtenir la présidence de l'expertise collective de l'INSERM, il a préféré y renoncer et a continué à participer aux travaux de la Commission des maladies professionnelles.

4. Compte rendu ministériel de la réunion du groupe de travail du 25 janvier 1995.

5. D'après l'expression d'un des experts patronaux à la réunion du groupe de travail du 10 mai 1995, compte rendu du ministère.

conduit le représentant de la CGPME à admettre, au début de la troisième réunion du groupe de travail, en mai 1995, que « ces deux pathologies, si elles présentent des formes avec hernies discales, pourraient être reconnues »¹.

À en croire les représentants syndicaux, l'autonomie relative dont bénéficient les professeurs de rhumatologie par rapport aux délégués patronaux leur a permis de débloquent les discussions. Néanmoins, force est d'abord de remarquer que, si les représentants patronaux s'en tiennent aux propositions de leurs experts, c'est notamment parce que les sciatiques et les névralgies crurales accompagnées d'une hernie discale ne représentent qu'une toute petite partie des lombalgies chroniques. Autrement dit, les représentants syndicaux n'ont obtenu qu'une concession minimale : ils ont dû se contenter « d'enfoncer un coin dans le système », suivant leur stratégie habituelle. Par ailleurs, pour obtenir que les experts patronaux fassent une proposition, ils ont dû se conformer à leurs exigences : ils ont dû accepter que seule une pathologie qui « existe » sur le plan clinique, c'est-à-dire une pathologie qui est *toujours* accompagnée de lésions anatomiques, pouvait faire l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, ce qui, du coup, a restreint considérablement le champ des pathologies indemnisables. La construction de la première colonne du tableau consacre donc une acceptation étroite de la notion de maladie, qui exclue toute prise en compte de la douleur exprimée subjectivement par le malade. Cette définition convient à la fois aux représentants patronaux et aux professeurs de rhumatologie, bien que pour des raisons différentes² : pour les premiers, elle est censée éviter des abus de la part des salariés, des « tricheurs » ; pour les seconds, elle correspond à une conception traditionnelle – et, au fond, relativement conservatrice – de la maladie³, selon laquelle n'existe que ce qui est visible ou ce qui peut être rendu visible par des instruments appropriés⁴. Le tableau est donc « verrouillé » : les discussions qui suivent sur les facteurs de risque, qui privilégient les compétences des médecins du travail, ne porteront que sur un nombre restreint de pathologies.

Les complications de l'épidémiologie

En janvier 1995, lorsque la délégation syndicale élabore un projet de tableau de maladie professionnelle, elle énumère trois grands facteurs de risque pouvant entraîner des lombalgies : la manutention manuelle de charges lourdes, les vibrations transmises au corps entier et certaines postures de travail (station debout ou assise pro-

1. Compte rendu ministériel de la réunion du 10 mai 1995.

2. Nous entendons récuser ici le point de vue selon lequel la convergence de vue entre représentants patronaux et professeurs de rhumatologie pourrait simplement s'expliquer par un intérêt commun, qui résulterait d'une appartenance commune aux classes dominantes.

3. Moyennant des investigations complémentaires, nous pourrions montrer qu'une telle conception de la maladie est plus particulièrement répandue chez certaines catégories de praticiens – notamment les cliniciens spécialistes – pour qui la prise en compte du psychisme dans l'étiologie des maladies relève de la « science molle » plutôt que du diagnostic rigoureux, à tel point que les compétences spécifiques que revendiquent les médecins spécialistes des maladies mentales, les psychiatres, continuent à susciter le doute et l'ironie au sein du champ médical (comme le notait, à propos des étudiants en médecine américains des années 1950, H. S. Becker, B. Geer, E. C. Hughes et A. L. Strauss dans *Boys In White. Student Culture in Medical School*, New Brunswick/Londres, Transaction, 1992 (1^{re} éd. : 1961).

4. Sur ce point, cf. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2000, et notamment le chapitre VII, « Voir, savoir ».

longée, flexion ou torsion prolongée du tronc). Dès la deuxième réunion du groupe de travail, le 25 janvier 1995, les risques liés aux stations assise ou debout prolongées sont écartés, car « elles recouvrent la quasi-totalité des postes de travail »¹. Il en va de même pour les risques liés à une flexion ou à une torsion prolongée du tronc, abandonnés en raison du manque d'études sur ce sujet :

« L'INRS, qui a été interrogé, a dit : on pense que c'est probablement un facteur de risque, mais on ne dispose pas d'éléments épidémiologiques suffisants pour le montrer, un, et deux, les études expérimentales ou physiopathologiques ne permettent pas de le montrer. Donc, hop ! Évacué ! »²

Seuls les risques liés à la manutention de charges lourdes et aux vibrations ont été maintenus dans les deux tableaux qui ont été créés. Le premier de ces risques pouvait difficilement être contesté par les représentants patronaux, non seulement parce qu'il était attesté par de nombreuses études scientifiques, mais aussi et surtout parce qu'il passait pour une évidence du sens commun. Il en est allé très différemment pour les risques liés aux vibrations, qui ont été à l'origine d'une vive controverse, au point que les deux parties n'ont pas réussi à s'accorder.

Sur ce sujet, les représentants syndicaux étaient nettement moins dépourvus que lors des discussions qui ont porté sur la définition clinique des pathologies. En effet, le représentant de la CGT, un praticien hospitalier et maître de conférence en médecine du travail, qui est souvent le porte-parole de la délégation syndicale, était particulièrement bien informé sur les effets des vibrations sur le corps humain : il a consacré sa thèse de science au comportement de la colonne vertébrale quand elle est soumise à des vibrations à basses et moyennes fréquences. Il a également été responsable d'un laboratoire spécialisé sur l'anatomie de la colonne vertébrale dans un hôpital de la banlieue parisienne. Ainsi, ce représentant a pu rassembler une grande quantité d'études, dont de nombreux travaux anglo-saxons, consacrées aux vibrations. Par ailleurs, les politiques de prévention qui se sont développées en matière de vibrations pouvaient témoigner de la réalité de ce risque³, comme certains membres de la commission n'ont pas manqué de le remarquer :

« [Un des représentants de la CFDT] remarque que les sommes engagées par un certain nombre d'entreprises pour la prévention des risques en cause témoignent, à l'évidence, de leur réalité. De même, l'INRS ne se serait pas autant attaché à améliorer la protection des tracteurs agricoles et à réaliser autant d'enquêtes à ce sujet. Il s'étonne donc que l'on demande, encore aujourd'hui, de nouvelles études, et notamment des études de cohortes, alors que tous les organismes paritaires sont d'accord pour reconnaître le risque lié aux vibrations. »⁴

« M. le Dr A. [une personne qualifiée, médecin chef retraité des Charbonnages de France], se référant à son expérience dans le régime minier, indique que les risques présentés par les engins de chantier relèvent de l'évidence clinique. Il observe qu'il y a au moins un argument qui montre que le lien professionnel entre

1. D'après l'intervention d'un expert patronal, compte rendu de la réunion du 25 janvier 1995 établi par l'un des représentants de la CFDT.

2. Entretien avec le représentant de la CGT, maître de conférence en médecine du travail et en pathologie professionnelle, 26 mars 2002.

3. Ainsi, l'AFNOR avait publié, en 1990, une norme relative à « l'évaluation de l'exposition des individus aux vibrations globales du corps » (Norme NF E60-401-2 de 1990), en prenant pour point de départ la norme internationale ISO 2631-1 de 1985, qui portait sur « l'estimation de l'exposition des individus à des vibrations globales du corps ».

4. Compte rendu ministériel de la réunion du 10 mai 1995.

ces pathologies et les vibrations est connu de longue date : c'est la mise en œuvre par les entreprises de mesures de prévention, ainsi que les études effectuées en vue de la mise au point de matériels ergonomiques. »¹

Enfin, les représentants des salariés bénéficient d'un appui décisif, celui des médecins de l'INRS. Celui-ci, qui dispose de spécialistes reconnus sur les effets des vibrations sur le corps humain, mène des recherches importantes sur ce sujet depuis plus de vingt ans. En 1987, il a lancé, sur une commande de la CNAMTS, une importante étude sur l'incidence des contraintes professionnelles sur les capacités fonctionnelles lombaires. L'enquête, menée entre octobre 1987 et décembre 1989, a porté sur 2 000 salariés. Dans une première synthèse qu'ils font de ce travail en 1993, les enquêteurs concluent que « les lombalgies graves, caractérisées par l'existence d'une sciatique avec irradiation en dessous du genou, sont plus fréquentes dans les populations exposées aux manutentions manuelles et aux vibrations que dans leurs [populations de] référence respectives ». Avisé des résultats de cette enquête, le représentant de l'INRS à la Commission des maladies professionnelles a décidé de convier aux réunions du groupe de travail le médecin du travail qui l'a dirigée. Présent dès la première réunion en juin 1994, ce médecin affirme que « le rôle des vibrations et du travail physique important [pour les lombalgies graves] est démontré » par son étude. À la deuxième réunion, en janvier 1995, un article qui résume les résultats de son travail est distribué à l'ensemble des membres de la Commission des maladies professionnelles. Cependant, ce n'est qu'à la réunion suivante, en mai 1995, que la question des risques liés aux vibrations est abordée de front. D'emblée, les experts patronaux contestent que les vibrations ont une incidence sur les lombalgies. Dans l'étude qu'ils ont écrite pour cette réunion, ils concluent qu'« aucun argument d'ordre physiopathologique ne permet de retenir le rôle des vibrations ni dans la détérioration discale ni, à plus forte raison, dans la provocation d'une hernie discale ». Ils critiquent l'étude de l'INRS, en relevant qu'elle ne repose pas sur une « nosologie précise », qu'elle comporte des biais qui ont pu faire apparaître plus de lombalgies qu'il n'y en a en réalité :

« Il faut remarquer que l'objectif de l'étude avait été précisé aux interviewés, ce qui introduit un biais (Biais de découverte de cible). Les sujets avaient, en effet, été instruits auparavant par 3 posters du but et de l'objectif de l'étude. »

Enfin, ils doutent de la compétence d'un des enquêteurs, en notant que « quant à "l'interviewer", il n'apparaît pas qu'il s'agisse d'un médecin ». Les experts patronaux en viennent donc à contester l'existence de risques liés aux vibrations, en se référant à leur pratique hospitalière :

« Je suis praticien : j'ai vu des milliers de lombalgiques et je n'ai jamais vu personne avec une lombalgie causée par des vibrations. Avoir eu une population biaisée pendant 35 ou 40 ans, ça me paraît difficile. »²

Cependant, la position des experts patronaux n'est guère tenable, comme l'explique un syndicaliste :

« On a réussi parce qu'on avait des arguments, notamment sur les engins de chantiers, où ils pouvaient pas aller très loin, parce que, quand ils nous ont dit comme P. [un des experts patronaux], il nous a dit : – Ouais, moi j'ai un tracteur pour tondre mon gazon ... il l'a dit, ça ! – *Il l'a dit ?* – Ah, oui, il l'a dit, j'étais là,

1. Compte rendu ministériel de la réunion du 18 septembre 1995.

2. Entretien avec l'un des experts du CNPF, 25 mai 2002.

devant ! [...] Et, si vous voulez, ils pouvaient pas tenir longtemps cette position-là. Ils pouvaient pas tenir longtemps, parce que c'était trop gros, même le président de la commission, qui forcément n'a pas ... forcément d'expérience là-dessus, il savait très bien qu'un gars qui est sur un engin de chantier de BTP ou un tracteur agricole ou un chantier de forestiers, euh, bon, il est soumis à des vibrations. Et puis, on avait des niveaux et des mesures ! Donc là, on pouvait montrer qu'entre la vibration du bus ou du camion et le routier, y avait un rapport énorme ! Donc là, c'était trop gros pour qu'ils puissent tenir très longtemps. »¹

Étant donné la résistance des experts du patronat, qui refusent d'admettre que les vibrations puissent être un facteur de risque en matière de lombalgies, les représentants syndicaux s'adressent donc au président de la commission, à qui revient le rôle de trancher. Le travail d'accumulation des données scientifiques penche largement en leur faveur². Surtout, en acceptant une définition restrictive des pathologies à indemniser, ils ont non seulement fait une importante concession, mais ils ont aussi limité l'incidence financière que pourrait avoir la prise en charge d'un facteur de risque supplémentaire³. Ainsi, lorsque le président de la commission retient les vibrations comme facteur de risque à la réunion du 19 juin 1996, il ne fait l'objet que d'une contestation de principe de la part des représentants patronaux.

**

Loin d'être de simples décisions techniques, la codification des maladies professionnelles, comme l'illustre, de manière exemplaire, le cas des lombalgies, est donc le résultat de compromis entre organisations patronales et confédérations syndicales. La codification restrictive dont elles font l'objet s'explique, tout d'abord, par la faiblesse des ressources des délégués syndicaux qui siègent à la Commission spécialisée des maladies professionnelles et de l'administration du Travail face aux représentants des organisations patronales, et notamment du Medef. Mais elle s'explique également par les rapports de domination propres au champ médical et par la structure des tableaux de maladie professionnelle, qui assurent le primat de l'expertise clinique spécialisée sur l'épidémiologie et la connaissance pratique des conditions de travail. En matière de codification des maladies professionnelles, les représentants syndicaux sont ainsi amenés à se contenter de « microvictoires » difficiles à obtenir, plutôt que de réelles avancées.

L'étude du fonctionnement de la Commission spécialisée des maladies professionnelles montre également l'intérêt que présentent, pour la connaissance de « l'État au concret », d'après l'expression de Jean Gustave Padioleau⁴, les commissions consultatives de toutes sortes où les représentants de certains groupes d'intérêt, asso-

1. Entretien avec le représentant de la CGT, 26 mars 2002.

2. Outre le médecin de l'INRS, les représentants syndicaux reçoivent l'appui d'un autre membre de la commission : le médecin inspecteur du travail qui représente le ministère des Transports présente une enquête qu'il a commandée à un service de rhumatologie d'un hôpital parisien. À la réunion du 18 septembre 1995, il insiste sur « le rôle néfaste de la conduite d'engins » sur le rachis lombaire.

3. Ainsi, le tableau de maladie professionnelle n° 98, qui porte sur les risques liés aux vibrations, n'a permis la prise en charge que de 117 personnes en 1999 et 396 en 2000, contre respectivement 462 et 1 661 pour le tableau n° 97, qui prend en compte les risques liés au port de charges lourdes (source : CNAMTS, Direction des risques professionnels).

4. Jean-Gustave Padioleau, *L'État au concret*, Paris, PUF, 1982.

ciés à quelques « personnes qualifiées » et agents de l'État, sont invités à préparer les décisions publiques. Ces commissions, conseils, comités ou groupes de travail, plus ou moins informels, sont souvent perçus comme des espaces de luttes rituelles, jugés peu intéressants par les sociologues et les politistes¹. Bien au contraire, l'étude de ces assemblées consultatives permet de mieux voir selon quelles modalités et sous quelles contraintes l'État « propose, incite, invite, négocie, consulte, marchandise et conclut en permanence, explicitement ou implicitement, accords ou compromis »², bref, de mieux comprendre sous quelles formes il demeure « inextricablement encastré dans la société »³ *.

Marc-Olivier Déplaudé est allocataire de recherche à l'Université Paris I-Panthéon-Sorbonne et est rattaché au Centre de recherches politiques de la Sorbonne. Il prépare actuellement une thèse sur les réformes des études de médecine en France depuis la fin des années 1960.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

CODIFIER LES MALADIES PROFESSIONNELLES : LES USAGES CONFLICTUELS DE L'EXPERTISE MÉDICALE

Cet article vise à expliquer pourquoi les maladies professionnelles font l'objet d'une codification très restrictive en France. La commission ministérielle à laquelle est confiée cette tâche est en effet l'espace de luttes souvent très vives entre les représentants patronaux et syndicaux qui y siègent, dans la mesure où tout progrès réalisé dans la codification des maladies professionnelles se traduit par une augmentation des cotisations versées par les employeurs à la Caisse nationale d'assurance maladie et par une baisse de celles des salariés. Nous montrons que la concentration des ressources pertinentes au profit des délégués patronaux et les logiques professionnelles du champ médical conduisent généralement les représentants syndicaux à se contenter de « microvictoires » difficiles à obtenir, au lieu de réelles avancées.

CODIFYING OCCUPATIONAL DISEASES : CONFLICTUAL USES OF MEDICAL EXPERTISE [IN FRANCE]

In this article, we explain why occupational diseases are codified in a very restrictive way in

1. Un auteur comme Yves Mény remarque ainsi : « Dans la meilleure des hypothèses, ces comités peuvent fournir des informations ou exercer des pressions sur l'administration. Bien souvent, ils ne servent que de forum pour des passes d'armes entre adversaires qui répètent leurs arguments dans tous les lieux de débat sous les yeux d'une administration qui peut se poser en arbitre. Ou enfin, à peine constitués, ils tombent en sommeil, leur création n'ayant servi qu'à donner une réponse institutionnelle à un problème politique conjoncturel » (Y. Mény, *Formation et transformation des « Policy Communities ». L'exemple français*, dans Y. Mény (dir.), *Idéologies, partis politiques et groupes sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po, 1991, p. 393).

2. Bernard Lacroix, *Ordre politique et ordre social*, dans Madeleine Grawitz, Jean Leca (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, tome 1, 1985, p. 476.

3. *Ibid.*

* Cet article est issu d'un mémoire de DEA mené sous la direction de Daniel Gaxie, « La médecine à l'épreuve du « dialogue social » – La difficile reconnaissance des lombalgies comme maladie professionnelle », Université Paris I-Panthéon-Sorbonne, 2002. Nous remercions Nicolas Guirimand, Jérôme Godard, Jean Leca, Johanna Siméant et Anne-France Taiclet pour leur lecture critique de versions antérieures de cet article.

France. In fact, the ministerial advisory committee in charge with the codification of occupational diseases is an arena of very intense controversies between the representatives of the labor unions and those of the employers, since all improvement of the financial care of occupational diseases entails a rise of the employers' contributions to the public health care system. We suggest that the concentration of the efficient resources in the hands of the employers' delegates and the logics of medical expertise induce the representatives of the labor unions to content with « microvictories » that require a great effort, instead of real progress.