



**HAL**  
open science

## De la loi de 1919 à la Covid-19. L'histoire sans fin de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles

Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse

### ► To cite this version:

Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse. De la loi de 1919 à la Covid-19. L'histoire sans fin de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. *Raison Présente*, 2021, Le travail à la peine, 2 (218), pp.57-66. 10.3917/rpre.218.0057 . hal-03114497v2

**HAL Id: hal-03114497**

**<https://hal.science/hal-03114497v2>**

Submitted on 7 Mar 2022

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

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

## De loi de 1919 à la COVID-19 : l'histoire sans fin de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles

Catherine Cavalin<sup>1</sup>, Emmanuel Henry<sup>2</sup>, Jean-Noël Jouzel<sup>3</sup>, Jérôme Pélisse<sup>4</sup>

Version auteurs acceptée de : Cavalin Catherine, Henry Emmanuel, Jouzel Jean-Noël *et al.*, « De la loi de 1919 à la Covid-19. L'histoire sans fin de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles », *Raison présente*, 2021/2 (N° 218), p. 57-66. DOI : 10.3917/rpre.218.0057. URL : <https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2021-2-page-57.htm>

### **Reconnaisances**

Au printemps 2020, en France et ailleurs, des vidéos d'artistes autant que les applaudissements quotidiens de nombreux citoyens à leurs fenêtres ont manifesté une volonté de reconnaître celles et ceux qui risquaient d'être infectés par le virus SARS-CoV-2 du fait de leur activité professionnelle, qualifiés de travailleurs de « première et deuxième lignes ». Par cette expression, ce sont les soignants et tous personnels en contact direct avec des patients atteints de COVID-19 qui étaient d'abord désignés mais aussi les « caissières, éboueurs, cadres, ouvriers, routiers, facteurs, paysans, PDG, [...] les boulangers, les politiques, les équipages, les cheminots, les militaires, [...] les ambulances, les taxis », et « tous ceux que j'oublie » pour reprendre une liste égrenée par Jean-Jacques Goldman dans une apparition vidéo chantée. Assurant en deux phrases la cohérence à leurs yeux nécessaire de cet impératif moral d'une reconnaissance et du débouché que doit lui offrir le droit, les avocats Jean-Paul Teissonnière et Sylvie Topaloff écrivent, à propos de la mort d'Aïcha Issadounène, caissière et syndicaliste CGT à Saint-Denis décédée de la COVID-19 : « Un des effets de cette pandémie aura été que nous nous mettions à regarder avec reconnaissance et considération ces travailleurs autrefois invisibles. Au travers d'une juste indemnisation de ses enfants, nous dirons que nous ne les abandonnons pas sur le bord du chemin une fois la crise surmontée » (Teissonnière et Topaloff, 2020).

Comment comprendre, alors, les débats de la seconde moitié de 2020 autour de la reconnaissance comme maladie professionnelle de la COVID-19 ? Que nous disent ces écarts entre l'unanimité social apparent et sa traduction réglementaire qui, depuis la loi du 25 octobre 1919 en France, passe par l'inscription comme maladie *reconnue comme étant d'origine professionnelle* ? Cette question renvoie à la complexité des carrières des « problème publics » telle que l'entendent sociologues et politistes

---

<sup>1</sup> Chargée de recherche CNRS à l'Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO), chercheuse associée au LIEPP de Sciences Po

<sup>2</sup> Professeur de sociologie à Paris Dauphine, IRISSO

<sup>3</sup> Directeur de recherche CNRS au Centre de Sociologie des Organisations (CSO)

<sup>4</sup> Professeur de sociologie à Sciences Po Paris, CSO

(Neveu, 2015). Ce n'est pas parce qu'un problème est devenu public au sens où il a acquis une certaine visibilité (suite à des mouvements sociaux ou des négociations entre parties prenantes), qu'il est mécaniquement pris en charge ni, *a fortiori*, résolu. Dans le cas des maladies professionnelles, comme l'ouvrage que nous avons récemment dirigé le démontre à nouveau (Cavalin et al., 2020), la situation est même presque inversée : malgré une existence ancienne du problème, les politiques se caractérisent principalement par une forme d'inaction publique (Henry, 2017). Une nouvelle illustration de ces mécanismes est donnée par le cas récent des débats autour de la reconnaissance de la possible origine professionnelle des affections liées au virus SARS-CoV-2, et par les questions soulevées plus largement autour des projets actuels de réforme de la santé au travail.

### ***La COVID-19, une maladie professionnelle ?***

Le décret du 14 septembre 2020 « relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020) a créé un nouveau « tableau de maladie professionnelle » (le n° 100 du régime général de la sécurité sociale et n° 60 dans le régime agricole). En cela, la COVID-19 est venue s'ajouter à l'ensemble des tableaux qui, depuis la loi de 1919, constituent le cadre de la reconnaissance de l'origine professionnelle de certaines maladies et de leur indemnisation, au bénéfice des salariés lésés qui en font la demande.

Les tableaux tracent (dans leur première colonne) le périmètre des maladies pouvant faire l'objet d'une indemnisation forfaitaire et en édictent également (dans leur deuxième colonne) les conditions de prise en charge : délais à ne pas dépasser pour adresser une demande de reconnaissance et d'indemnisation, et parfois durée d'exposition minimale au risque requise ouvrant droit à ladite indemnisation ; ils dressent enfin (dans la troisième colonne) la « liste (limitative ou indicative) de travaux susceptibles de provoquer [les] maladies » répertoriées. Pour ce qui concerne les tableaux dédiés aux conditions de reconnaissance de la COVID-19 contractée en milieu professionnel, la désignation précise de la maladie dans la première colonne indique clairement que seules les atteintes les plus sévères par le virus SARS-CoV-2 ouvrent des droits : à la preuve biologique, radiologique ou l'« histoire clinique documentée » que le salarié doit fournir pour attester que sa maladie a été provoquée par une infection par le virus visé par le tableau, s'ajoute un critère restrictif, consistant dans le fait d'avoir bénéficié d'une oxygénothérapie ou de « toute autre forme d'assistance ventilatoire ». Compte tenu du délai de prise en charge, les manifestations pathologiques survenues plus de 14 jours après l'arrêt de l'exposition sur le lieu de travail ne sont – par définition – pas couvertes. De plus, la liste des activités professionnelles fournie par la troisième colonne du Tableau n° 100 est limitative et réduite aux seuls métiers du soin. Elle couvre : « Tous travaux accomplis en présentiel par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien, administratif

ou de services sociaux, en milieu d'hospitalisation à domicile ou au sein des établissements et services [...] » dont l'énumération s'ensuit, avec une formulation plus concise – mais très proche, simplement adaptée aux établissements et institutions qui participent du « régime de protection sociale agricole » – dans le Tableau n° 60. S'y ajoutent les « activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement » et les « activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage ».

En substance, ce nouveau tableau de maladie professionnelle est loin de permettre l'indemnisation de toutes les conséquences pathogènes de la COVID-19 dans le cas où celle-ci a été contractée sur le lieu de travail : une telle reconnaissance est strictement restreinte aux formes respiratoires graves que l'infection peut prendre dans le temps très limité des 14 jours après son déclenchement, et concerne uniquement les personnels soignants ou impliqués, à quelque titre, dans la prise en charge de patients potentiellement porteurs du virus SARS-CoV-2. Se manifeste là une énième incarnation historique de la tautologie contenue dans la définition légale de la notion de maladie professionnelle : « est présumée professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau » (art. 461-1 du code de la sécurité sociale). Une maladie professionnelle, et la COVID-19 le vérifie à nouveau, est un objet de nature médico-légale, dans lequel les dimensions médicales et juridiques sont indissociables et dont la définition s'avère une nouvelle fois extrêmement restrictive (Dodier, 1993 ; Rosental, 2009).

### ***Une sous-reconnaissance annoncée de la COVID-19***

Le cadre posé dans les nouveaux tableaux des deux régimes de protection sociale s'avère restrictif de différentes façons. Pour ce qui concerne la définition de la maladie elle-même, tout d'abord, le critère de gravité retenu dans ces tableaux exclut ouvertement les personnes qui ont présenté une symptomatologie bénigne ou relativement bénigne de la COVID-19, ou celles qui peuvent développer des séquelles invalidantes sans avoir développé de formes aiguës graves, respiratoires ou pas. Or les manifestations de grande fatigue et de dyspnée ne paraissent pas rares dans les suites d'une COVID-19 (Carfi, Bernabei et Landi, 2020). L'attestent aujourd'hui le développement dans de nombreux centres hospitaliers de consultations dédiées au suivi au long cours des patients qui rencontrent ces difficultés, et les questions – encore sans réponse – sur ce que sera, dans les mois ou les années à venir, la prise en charge sanitaire des séquelles de cette maladie, y compris pour des patients qui présentaient initialement des formes bénignes. La définition admise aux tableaux de maladie professionnelle pour la COVID-19 risque donc de restreindre injustement l'accès à la reconnaissance. On pourrait en retirer une suggestion : celle d'une réforme à venir des Tableaux n° 100 et n° 60, à déterminer selon ce que l'on pourra constater des séquelles cliniques résultant des atteintes par le

virus. L'histoire ne rend toutefois guère optimiste en la matière : l'évolution des tableaux est lente, peut limiter la reconnaissance (comme pour le tableau 57 concernant les troubles musculo-squelettiques de l'épaule et du coude, revu de manière restrictive en 2011), et constitue toujours un enjeu d'âpres batailles entre experts et entre représentants du patronat et des salariés au sein de la « Commission spécialisée n° 4 relative aux pathologies professionnelles » qui siège au sein du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

Une deuxième dimension restrictive des Tableaux n°100 et n° 60 des deux régimes de protection sociale renvoie à l'étonnante mise à l'écart des travailleurs de la deuxième ligne. La reconnaissance est en effet réservée aux personnels soignants (ou personnels connexes de l'activité du soin). Or, tout particulièrement pendant les périodes d'intense circulation du virus, être un travailleur qui ne peut pas bénéficier des arrangements du télétravail, tenu de poursuivre une activité professionnelle dans un espace collectif ou public de travail, constitue une situation d'indéniable exposition au risque de contagion, du fait même de l'activité professionnelle. C'est typiquement à propos de tels cas que le hiatus entre la reconnaissance sociale unanimement exprimée par des applaudissements quotidiens et la non reconnaissance comme maladie professionnelle pour ces travailleurs et travailleuses apparaît particulièrement criant, alors même que la base juridique de ce système de reconnaissance repose sur la présomption d'imputabilité au travail de l'origine d'une maladie donnée.

Des motifs d'espérer existent, malgré tout. En premier lieu, les tableaux dédiés à l'infection par le virus SARS-CoV-2 ont été créés hors du tableau 76 portant sur les « maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » qui aurait pourtant pu accueillir la COVID-19. On peut ainsi imaginer une future extension des populations concernées par les tableaux nouvellement créés. De plus, la rédaction des Tableaux n° 100 et n° 60 explicite une voie de recours, mobilisable tant pour des affections qui n'auraient pas pris les formes les plus graves de la COVID-19 que pour ces travailleurs non impliqués à un titre ou un autre dans des activités de soins, en aménageant la voie de reconnaissance complémentaire instaurée par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. Cette dernière a créé des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour juger de la possibilité d'indemniser les travailleurs ne satisfaisant pas l'ensemble des critères établis par les tableaux, ou atteints de pathologie ne figurant dans aucun tableau. Le décret du 14 septembre 2020 instaurant les tableaux relatifs aux pathologies provoquées par la COVID-19 met en place un Comité de reconnaissance des maladies professionnelles (CRMP), unique et national, dont la composition est « allégée pour permettre une instruction plus rapide des dossiers, tout en maintenant les garanties d'impartialité ». Alors que le fonctionnement décentralisé des CRRMP biaise l'égalité de traitement des salariés se tournant vers eux (Letalon, 2018 ; Marichalar, 2017 ; Ponge,

2020), peut-être cette nouvelle institution saura-t-elle rendre des décisions plus équitables. D'une évaluation des dossiers produite par une instance unique (CRMP), peut-on pour autant espérer que cette voie complémentaire de reconnaissance – complémentaire aux critères préfixés des tableaux – donne réellement du jeu dans l'appréciation de l'origine professionnelle de la COVID-19 ?

Les limites connues du fonctionnement des CRRMP (Platel, 2014 ; Ponge, 2020) permettent d'en douter : au lieu d'assouplir le fonctionnement des tableaux comme ils sont destinés à le faire, les CRRMP tendent plutôt à reproduire la rigidité de leur logique d'application, en particulier autour de la fallacieuse notion de lien « direct et essentiel », qui naturalise l'idée que la relation de cause à effet entre exposition professionnelle au risque et maladie pourrait être simple. Certes, l'infection par le virus SARS-CoV-2 provoque la COVID-19, et un test diagnostique peut l'attester, mais les grandes incertitudes sur les circonstances de contagion par ce virus (surtout du fait de la grande prévalence des cas asymptomatiques parmi les personnes infectées) ouvrent mille et une possibilités de dénier l'origine professionnelle de la COVID-19 dans tel ou tel cas individuel. N'était-ce pas d'ailleurs le premier mouvement du ministre de la Santé qui, le 22 mars 2020, insistait sur la grande probabilité pour les soignants qu'ils aient trouvé ailleurs qu'auprès de leurs patients une possible source de contagion (« La plupart des soignants infectés vont être contaminés en dehors de leur hôpital, c'est pour ça que nous insistons beaucoup sur le respect des gestes barrières ») ? Devant le tollé soulevé par une telle déclaration prononcée alors qu'il annonçait aussi le décès du premier soignant causé par la pandémie, il s'était ravisé le lendemain : « Ce soir, la grande famille des médecins est à nouveau endeuillée. Nos soignants paient un lourd tribut pour sauver des vies. Tous les soignants malades seront reconnus au titre des maladies professionnelles, sans exception »<sup>5</sup>. Or, cette présomption d'imputabilité est au cœur même du système des tableaux et organiser l'essentiel des reconnaissances pour les travailleurs de deuxième ligne de la COVID-19 par le biais d'un CRMP pourrait signifier une fragilisation de ce pilier du système de reconnaissance.

### ***Zone de turbulences pour la (sous-)reconnaissance des maladies professionnelles ?***

Alors que la pandémie de COVID-19 impose la traversée d'une épreuve collective et justifie la nécessité de profondes réformes, le législateur ne s'est en aucun cas saisi des Tableaux n° 100 et n° 60 comme points d'entrée de la réforme structurelle – annoncée depuis de nombreuses années – que requerrait urgemment le système légal des maladies professionnelles. Et si l'on ignore encore quel en sera le bilan, on sait déjà que l'application des nouvelles dispositions ne permettra pas l'indemnisation inconditionnelle vantée par Olivier Véran le 23 mars 2020<sup>6</sup>. Par ailleurs, des mouvements de réforme

---

<sup>5</sup> <https://twitter.com/olivierveran/status/1242168229126189056>

<sup>6</sup> Au 18 février 2021, seuls 265 cas de Covid19 auraient été reconnus comme maladie professionnelle (Desriaux, 2021).

de la santé au travail déjà émergents avant la pandémie continuent de cheminer, faisant entrer la protection sociale du travail dans une zone de turbulences potentiellement à haut risque. Avant tout, le système est unanimement dénoncé pour faire persister une sous-reconnaissance massive des maladies professionnelles (Cavalin et al., 2020 ; Gilg Soit Ilg, Houot et Pilorget, 2016 ; Henry, 2017 ; Imbernon, 2003 ; Thébaud-Mony, 1991), au point que depuis 1996 ces graves lacunes sont institutionnellement reconnues par l'estimation trisannuelle, par la Cour des comptes (art. L176-1 du code de la sécurité sociale), d'un reversement de la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) à la branche Maladie du régime général au titre des maladies professionnelles non reconnues en tant que telles (Bonin, 2017). Or les discussions en cours autour de l'« Accord national interprofessionnel (ANI) pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail »<sup>7</sup>, négocié le 9 décembre 2020 et proposé à la signature des organisations syndicales représentatives en janvier 2021, et de la proposition de loi « pour renforcer la prévention en santé au travail » déposée à l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020 (Parmentier-Lecocq et al., 2020), ouvrent des voies périlleuses. Nous en retiendrons deux aspects saillants.

1 – *Vous avez dit « santé... 'au travail' » ?* L'exposé des motifs de la loi et le préambule de l'ANI peuvent surprendre. Affichant tout d'abord un *satisfecit* (bien que relatif... mais fondé sur quelles données ?) sur les progrès accomplis dans la sinistralité du travail et sa reconnaissance, ces deux textes insistent d'emblée sur la cible prioritaire de la réforme à mener : la prévention primaire. Plutôt que de réparer, le système doit prévenir. Soit. Toutefois, de prévention il est surtout question pour évoquer le « risque de désinsertion professionnelle » lié à l'état de santé des salariés. On sait certes à quel point la population qui travaille, même statistiquement en meilleure santé par le biais de sélection du « *healthy worker effect* », présente une diversité d'états de santé qui inclut des situations très dégradées (Cavalin et Célérier, 2012). De là à négliger que l'une des sources majeures de cette dégradation de la santé des travailleurs réside dans le travail lui-même, il y a un grand pas ! Dans les deux textes aujourd'hui en discussion, la santé des travailleurs est ainsi largement décrite comme une réalité à concilier avec le travail, à protéger sur le lieu de travail (par exemple par des campagnes de vaccination ou de prévention des addictions), mais que les parties prenantes abordent plus rarement en termes de prévention des risques du travail. Parlant surtout de santé générale, la proposition de loi prend une

---

<sup>7</sup> On ne trouve le texte de cet accord que sur des sites syndicaux comme <https://www.unsa3s.org/actualites/opportunités-emplois/ani> (consulté le 2 février 2021) ou <https://www.fnasfo.fr/wp-content/uploads/2020/12/ani-sante-au-travail-copy.pdf> (consulté le 26 février 2021).

orientation de santé publique, en faisant du travail et de l'entreprise des leviers d'amélioration, tout en minorant la part qu'ils prennent dans la détérioration de la santé.

2 – *Glissement vers une (simple) obligation de moyens ?* Dans un article récent, Annie Thébaud-Mony (2020) retrace les grandes étapes légales et jurisprudentielles de l'histoire longue (française et européenne) de l'obligation de sécurité de résultat, initialement définie par la loi du 12 juin 1893. Cette obligation est un des piliers du compromis qui a été noué en 1898 et 1919 entre salariés et employeurs, respectivement pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. C'est en particulier parce que les employeurs sont tenus d'assurer la sécurité des conditions de travail *comme un résultat* que les salariés et leurs représentants syndicaux ont cédé sur la revendication de faire abolir l'usage des « poisons » et autres expositions délétères en milieu de travail. Dans les décennies passées, en particulier pour les malades de l'amiante, ce pacte s'est traduit par le fait que, faute de satisfaire à cette obligation de sécurité de résultat, des employeurs ont été jugés coupables d'une « faute inexcusable » (art. L452-1 à L452-5 du code de la sécurité sociale). Or le mouvement qu'esquissent l'ANI de décembre 2020 et la récente proposition de loi paraît ébranler l'obligation de sécurité de résultat pour lui substituer une obligation de moyens, à l'aune de laquelle se mesurerait désormais la responsabilité des employeurs. L'ANI stipule : « qu'un employeur et ses délégataires pouvaient être considérés comme ayant rempli leurs obligations s'ils ont mis en œuvre les actions de prévention » (ANI, 2020, p. 4), formulation confirmée dans l'énoncé des motifs de la proposition de loi (Parmentier-Lecocq et al., 2020, p. 7), qui résonne avec la déclaration de la ministre du Travail, Muriel Pénicaud, le 29 mars 2020 : « [Les employeurs] ne sont pas responsables si quelqu'un est malade à la fin, mais ils sont responsables des moyens qu'ils ont mis » (*Le Figaro* avec AFP, 2020). Du registre de la responsabilité sans faute des employeurs disposée par la loi du 25 octobre 1919, la réforme en cours de la santé au travail ferait-elle passer le droit français du travail dans celui de la responsabilité... sans responsabilité, ou du moins cantonnée aux seuls moyens mis en œuvre pour protéger la santé des travailleurs ? Les prémices de cette option étaient déjà en germe dans le rapport Lecocq (Lecocq et al., 2018), dans lequel un paragraphe en particulier insistait sur la pédagogie à développer auprès des employeurs de l'obligation de sécurité de résultat : « poussée à l'extrême, [celle-ci] décourage la prévention ». Autrement dit, un employeur percevant une injonction à atteindre un état de sécurité totale, donc inaccessible en pratique, serait dissuadé d'être préventeur.

Ces évolutions contemporaines n'incitent guère à l'optimisme quant à une meilleure prévention et une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles. Au vu du constat maintes fois répété des dégâts invisibles du travail sur la santé et de leur insuffisante reconnaissance pour les travailleurs lésés, une réforme de la santé au travail, pour une meilleure *prévention contre l'exposition aux risques* et



une *plus juste indemnisation* est urgente, et impose sans doute à l'ensemble des acteurs concernés un changement de référentiel afin de rompre avec l'histoire séculaire de cette sous-reconnaissance.

## Références

ANI, 2020, « Accord national interprofessionnel (ANI) pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail ».

Bonin J.-P. (président), 2017, « Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes », Paris, Cour des Comptes.

Carfi A., Bernabei R., Landi F., 2020, « Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. Research Letter », *JAMA*, 324, 6, p. 603-605.

Cavalin C., Célérier S., 2012, « Une mesure de la santé à l'âge du travail. Approche du travail par la santé à partir de l'enquête Événements de vie et santé (2005-2006, DREES) », 78, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi.

Cavalin C., Henry E., Jouzel J.-N., Péliasse J. (dir. ) 2020 *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines - TRAVSVALOR, 294 p.

Desrioux F., 2021, « Reconnaissance du Covid-19 : des chiffres très faibles », *Santé & Travail*, 5 mars.

Dodier N. 1993 *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 368 p.

Gilg Soit Ilg A., Houot M., Pilorget C., 2016, « Estimation de parts de cancers attribuables à certaines expositions professionnelles en France. Utilisation des matrices emplois-expositions développées dans le cadre du programme Matgéné. », Saint-Maurice, Santé publique France.

Henry E. 2017 *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 257 p.

Imbernon E. 2003 *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 28 p.

Le Figaro avec AFP, 2020, « Les employeurs « responsables » des moyens de protection pour leurs salariés, selon Muriel Pénicaud », *Le Figaro Économie*, 29 mars 2020.

Lecocq C., Dupuis B., Forest H., Lanouzière H. (avec l'appui de), 2018, « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. Rapport fait à la demande du Premier ministre ».

Letalon S., 2018, *Analyse descriptive des avis rendus par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de France sur des dossiers de maladies professionnelles identiques*, Thèse de doctorat en médecine, Rouen, Rouen, 109 p.

Marichalar P. 2017 *Qui a tué les verriers de Givors ? Une enquête de sciences sociales*, Paris, La découverte, 255 p.

Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, « Décret no 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 »,.

Neveu E. 2015 *Sociologie des problèmes publics*, Paris, Armand Colin.

Parmentier-Lecocq C. et al., 2020, « Proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail »,.

Platel S., 2014, *Connaissance, expertise et reconnaissance des maladies professionnelles. Système complémentaire et cancers en Seine-Saint-Denis*, Thèse de doctorat, Paris, Université Paris 13, 425 p.

Ponge R., 2020, « Un droit des corps meurtris. Retour sur les ressorts de la résistance du système des tableaux aux souffrances psychiques in Cavalin Catherine, Henry Emmanuel, Jouzel Jean-Noël, Pélisse Jérôme (dir.) », dans *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, Presses des Mines - TRANSVALOR (Sciences sociales), p. 107-124.

Rosental P.-A., 2009, « De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle » », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56, 1, p. 83-98.

Teissonnière J.-P., Topaloff S., 2020, « Tribune : « Le Covid-19 est en train de produire un gigantesque accident du travail » », *Le Monde*, 1 avril 2020.

Thébaud-Mony A. 1991 *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation Française, 284 p.