



HAL
open science

Travail, santé et maladie professionnelle : un siècle de sous-reconnaissance

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

► To cite this version:

Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse. Travail, santé et maladie professionnelle : un siècle de sous-reconnaissance. Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse. Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles, Presses des Mines, pp.11-28, 2021. hal-03114497v1

HAL Id: hal-03114497

<https://hal.science/hal-03114497v1>

Submitted on 16 Dec 2021 (v1), last revised 7 Mar 2022 (v2)

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.

Introduction à Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles, Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse (dir.), p. 11-28

Catherine Cavalin, Emmanuel Henry,

Jean-Noël Jouzel et Jérôme Pélisse

En 2019, cent années ont passé depuis le vote de la loi du 25 octobre 1919 qui a inscrit dans le droit français la notion de maladie professionnelle. Les principes légaux qu'elle a instaurés restent aujourd'hui encore au fondement de la reconnaissance des effets pathogènes du travail. Cette loi est le fruit des débats sociaux, politiques et juridiques autour de l'indemnisation des dommages corporels induits par le travail, qui avaient déjà débouché vingt-et-un ans plus tôt sur l'adoption d'une première loi portant sur la réparation des accidents du travail. Comme son nom l'indique, la loi de 1919 ne fait qu'étendre «aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail». Aux employeurs, seuls financeurs du système, elle offre la sécurité relative de pouvoir négocier collectivement une indemnisation limitée des maux des travailleurs, précédemment régie par le droit civil. Aux salariés, pour les pathologies listées dans un ensemble de tableaux, elle accorde le bénéfice de ne pas avoir à faire la preuve juridique individuelle de l'origine professionnelle de leurs maux, sur la base d'un principe de «présomption d'origine» des maladies à certaines activités et agents pathogènes reconnus. Le prix à payer est pourtant élevé pour les travailleurs, puisque cette indemnisation est limitée par son caractère forfaitaire, dans le cadre d'une responsabilité largement déconnectée de la «faute» possible de l'employeur, alors qu'elle était intégrale dans le régime précédent (Donzelot, 1984; Ewald, 1986).

Cent ans plus tard, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles constitue un fait social massif, mesuré par des données statistiques (Imbernon, 2003; Gilg Soit Ilg *et al.*, 2016), démontré par les sciences sociales (Thébaud-Mony, 1991; Henry, 2017) et admis par une série de rapports officiels (Deniel, 1997; Lévy-Rosenwald, 1999, 2002; Diricq, 2008, 2011; Bonin, 2014, 2017a) depuis plusieurs décennies. Comment comprendre qu'ait pu se maintenir pendant un siècle cette sous-reconnaissance massive, permanente et reconnue par tous? La loi dont on a

célébré le centenaire en 2019 a-t-elle institué un système par nature défaillant et, si tel est le cas, pourquoi continue-t-elle à présider aux manières dont sont gérées, prises en charge, reconnues les maladies dues au travail? Et, au-delà du cas de la France, comment d'autres pays affrontent-ils cette question des maladies professionnelles?

Cet ouvrage collectif rassemble des contributions d'historiens et de sociologues, français et étrangers, invités à dresser ensemble un bilan critique de la loi du 25 octobre 1919 et de son héritage politique à l'occasion de son centenaire. Il propose une série d'analyses portant à la fois sur la genèse de la loi et le contexte historique de sa mise en application, en France mais également en Belgique, et sur les enjeux contemporains de la reconnaissance des effets pathogènes du travail, en France mais aussi en Espagne ou au Brésil. Cette introduction a pour ambition de souligner l'utilité de cette démarche où l'histoire et la sociologie se mêlent, en montrant à quel point, sur ce sujet, le passé et le présent s'éclairent mutuellement pour donner à voir les mécanismes scientifiques, sociaux et politiques qui font obstacle à une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles. La question posée est indissociablement technique et scientifique – par quels instruments de politique sociale atteindre une détection et une réparation plus étendues des dégâts sanitaires du travail? –, politique et morale – comment (re)fonder un système qui donnerait aux victimes du travail un statut cohérent avec ce qu'en termes de droits la société valorise plus généralement comme le prix de la vie?

LE VER DANS LE FRUIT ? LES LIMITES DE LA LOI DU 25 OCTOBRE 1919

Les études historiques montrent que la loi française du 25 octobre 1919, issue de travaux parlementaires précédant la Première Guerre mondiale, a été débattue puis adoptée dans un contexte marqué par d'intenses conflits sociaux relatifs à la santé de travailleurs¹ exposés à des «poisons» (Devinck, 2010) déjà bien identifiés : phosphore dans les fabriques d'allumettes (Gordon et Friedlander, 1993), plomb des peintures dans le secteur du bâtiment (Rainhorn, 2019), «poussières» de nature physico-chimiques diverses (Rosental et Devinck, 2009)... C'est pour répondre à ces mobilisations que la loi étend aux maladies le compromis instauré vingt-et-un ans plus tôt pour les accidents du travail. Les maladies professionnelles sont dès lors imputées à la responsabilité des employeurs, qui doivent financer l'indemnisation du manque à gagner pour les travailleurs malades et la prise en charge de leurs frais médicaux. En étendant des accidents aux maladies le principe de la «présomption d'origine» des dommages corporels induits par le travail, la loi de 1919 a ouvert un droit à la reconnaissance dont l'esprit peut sembler avantageux pour les travailleurs, exonérés d'avoir à faire la preuve que d'autres facteurs de

1 Voir dans cet ouvrage le chapitre «Le tableau numéro 1 sur le saturnisme, cadre *princeps* de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles», par Judith Rainhorn.

risque ne sont pas en jeu dans la dégradation de leur état de santé. Cependant, la définition légale de la maladie professionnelle n'est pas sans ambiguïté, et repose sur un raisonnement mêlant indissociablement considérations médicales et juridiques (Dodier, 1993 ; Rosental, 2009). Les comparaisons entre périodes mais aussi entre cas nationaux, comme le montre le cas belge exploré dans le chapitre 3 de cet ouvrage, éclairent les difficultés concrètes auxquelles la reconnaissance des maladies professionnelles s'est heurtée dès la mise en œuvre de la loi, qui tiennent aux acteurs et aux instruments sur lesquels reposent le repérage, la déclaration et l'indemnisation des pathologies éligibles à l'indemnisation.

Comment, en effet, identifier avec certitude les maladies qui sont induites par le travail et les différencier de celles qui ont d'autres étiologies connues : hérédité, habitudes de vie, voire « malheureux hasard » faute de causes précisément désignées ? Les progrès de l'hygiène industrielle au cours du siècle précédent (Lécuyer, 1983 ; Moriceau, 2010) ont constitué un solide corpus de connaissances autour de « toxiques professionnels » dont on sait alors qu'ils endommagent la santé des ouvriers qui y sont exposés, mais aucun marqueur ne permet – sauf rarissime exception – de déterminer avec certitude le lien entre ces produits et les pathologies qui affectent les travailleurs. La loi du 25 octobre 1919 a créé un instrument censé résoudre ce problème : les tableaux de maladies professionnelles, qui précisent les pathologies éligibles à la reconnaissance et les conditions que doivent remplir les victimes pour en bénéficier. Depuis un siècle, ces tableaux constituent le pilier central de la reconnaissance, comme l'atteste le caractère tautologique de la définition légale de la notion de maladie professionnelle : « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau » (art. L. 461-1 du Code de la sécurité sociale). C'est dans la manière dont sont construits et utilisés ces tableaux que gisent les principales sources de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles.

En donnant une existence légale à la notion de maladie professionnelle, la loi de 1919 a contribué à désarmer les luttes sociales autour des poisons industriels au cours du XX^e siècle (Devinck, 2010). Ces conflits quittent ainsi le champ des luttes sociales pour se dérouler dans des espaces discrets dans lesquels l'État et les représentants des syndicats de salariés et d'employeurs négocient les modalités de mise en œuvre de cette loi (Gilbert et Henry, 2012). Suivant les périodes, la dénomination et la composition de la commission ministérielle chargée de fixer la liste des tableaux de maladies professionnelles ont varié. Mais le mode de fonctionnement en est resté remarquablement stable. Au sein de cette commission, se déroulent des discussions relevant de considérations à la fois sociales et économiques (quel coût paraît admissible à l'indemnisation de telle maladie liée au travail ?) et scientifiques et médicales (quels arguments a-t-on

pour affirmer que telle maladie est liée à tel produit ou tel métier?). Y participent des représentants des salariés et des employeurs, des personnalités convoquées en vertu de leurs compétences scientifiques, ainsi que des représentants de l'administration centrale. Depuis l'origine, l'asymétrie des ressources entre ces acteurs a résulté dans une forte emprise des représentants patronaux sur cette commission, dont a découlé une «historique prudence» (Platel, 2009) dans la création et dans la rédaction des tableaux de maladies professionnelles.

Chacun de ces tableaux comporte trois colonnes, qui constituent autant d'objets de négociations possibles : celle de gauche dresse une liste de pathologies ouvrant droit à la reconnaissance ; celle de droite répertorie les travaux susceptibles d'exposer les travailleurs au facteur de risque concerné ; et celle du centre fixe le «délai de prise en charge», soit la durée maximale pouvant s'écouler entre l'arrêt de l'exposition et le diagnostic de la maladie, et parfois la durée minimale d'exposition requise pour pouvoir prétendre à une indemnisation. Ainsi, lors de l'adoption de la loi en 1919, seuls deux tableaux sont créés, portant sur deux toxiques professionnels notoires : le plomb et le mercure. Leur rédaction impose de plus des conditions restrictives tant concernant les pathologies indemnisées que les travaux exposants (Marchand, 2018). À la même époque, la Suisse ou l'Angleterre reconnaissent pourtant plus d'une trentaine de maladies, l'Allemagne plus d'une dizaine (Devinck, 2010), et ces disparités nationales résistent aux tentatives du Bureau International du Travail en vue de faire adopter par les États des listes minimales communes. Par la suite, toute création de tableau ou tout élargissement des conditions de prise en charge d'une pathologie donnée ont constitué des gains à arracher pied à pied, pour les représentants des salariés, sur la base d'arguments scientifiques et médicaux dont le poids a été d'emblée mesuré à l'aune du coût qu'entraînerait, pour les employeurs, le changement visé. Tout au long du XX^e siècle, la position de financeurs des employeurs, leur capacité à mobiliser l'expertise la plus légitime et la position de retrait de l'État ont eu pour conséquence de rendre difficiles la prise en compte politique des données scientifiques disponibles sur les facteurs de risque professionnels et la création de tableaux qui les traduiraient dans les termes médico-administratifs de la reconnaissance (Déplaud, 2003 ; Henry, 2017 ; Marchand, 2018).

Une autre limite de la loi de 1919 tient aux acteurs censés la mettre en œuvre et s'appuyer sur les tableaux pour repérer les maladies professionnelles. Contrairement aux accidents du travail, qui sont déclarés par l'employeur, ce sont les victimes elles-mêmes ou leurs ayants droit qui doivent effectuer la demande de reconnaissance de leur pathologie en maladie professionnelle. Outre le risque de non-recours qui en résulte (Marchand, 2016), cette démarche nécessite qu'un médecin établisse un certificat médical initial afin de déposer son dossier à la sécurité sociale. Or, les médecins sont dans l'ensemble très peu formés aux problématiques de santé

au travail comme le déplorent, dès les années 1920, les praticiens les plus attachés à l'héritage de l'hygiène industrielle (Marchand, 2018). Ils sont ainsi assez peu sensibles aux effets du travail sur la santé, peu enclins à remplir ce formulaire (quand ils ont la connaissance de son existence et de leur devoir légal de le faire), parfois craintifs des complications judiciaires ou administratives qui pourraient faire suite à une déclaration de maladie professionnelle ou, pire, réservés sur la pertinence même de telles déclarations qui bénéficieraient à des «profiteurs» du système (Marichalar, 2016). À cela s'ajoute une obstruction importante de la part des Caisses primaires d'assurance maladie en charge de la gestion administrative de ces dossiers, qui tranche là aussi avec la façon dont sont traités les dossiers d'accident du travail (Muñoz, 2002) et qui conduit à ce que plus de 40% des déclarations n'aboutissent pas à une reconnaissance (Conseil d'orientation sur les conditions de travail, 2018, p. 186). Tous ces facteurs humains et organisationnels de sous-reconnaissance sont aggravés par le caractère différé de nombreuses maladies d'origine professionnelle, qu'elles résultent d'expositions à des produits chimiques, de formes d'organisation du travail stressantes, d'horaires délétères ou de gestes répétitifs. Ces maladies peuvent en effet se déclarer bien après la cessation d'activité ou le changement de conditions de travail, ce qui compromet l'établissement de liens que les médecins mais aussi les travailleurs malades eux-mêmes peuvent tisser entre les activités de travail et les maladies. L'opération de rattachement et de prise de conscience du lien entre travail et maladie (comme entre travail et conditions de travail) n'a rien d'automatique : elle résulte d'un travail et de savoirs qui ne vont pas de soi, qu'il faut construire de manière épidémiologique autant que sur chaque cas individuel, et de l'activité d'acteurs (des médecins du travail aux représentants et syndicalistes siégeant dans les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et aujourd'hui les Comités sociaux et économiques) dont les conditions d'exercice pèsent sur la mise en œuvre de la loi. Au bout du compte, le «deal» (Dupeyroux, 1998) de 1919 apparaît bien peu avantageux pour les travailleurs, comme le confirme toute l'histoire de la reconnaissance des maladies professionnelles au XX^e siècle.

DES FORMES DIFFÉRENCIÉES DE SOUS-RECONNAISSANCE : LES EXEMPLES DES TMS ET DES CANCERS

Au regard de cet héritage, l'histoire de la reconnaissance des maladies professionnelles apparaît en effet marquée par une très forte stabilité. Il serait certes inexact d'affirmer qu'aucun changement majeur n'a eu lieu en cent ans. Cependant, ces changements, y compris la création de la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) au sein de l'assurance maladie telle qu'instituée en 1946 pour prendre en charge cette indemnisation, n'ont que marginalement modifié les

logiques de son fonctionnement. Tout au long du XX^e siècle, celui-ci est resté centré sur la négociation paritaire des tableaux de maladies professionnelles, devenue l'horizon des luttes sociales relatives aux produits toxiques présents sur les lieux de travail. Ainsi, dans les années 1970, les mobilisations contre les intoxications liées au plomb à Peñarroya aboutissent non à l'interdiction de l'usage industriel du plomb, mais à une réécriture du tableau de maladie professionnelle du saturnisme (Pitti, 2010). Dans la même période, les mobilisations contre l'amiante aboutissent de façon analogue à réécrire le tableau des maladies liées à l'amiante en intégrant le mésothéliome et à revoir marginalement les règles de prévention liées à l'usage professionnel de ce matériau (Henry, 2007). Or, les conditions dans lesquelles la création et la rédaction de ces tableaux sont négociées ne permettent pas une juste reconnaissance des pathologies induites par le travail, comme l'illustrent deux exemples très différents de maladies professionnelles.

Le cas des troubles musculo-squelettiques (TMS) offre *a priori* un exemple de la capacité du système des tableaux à permettre une reconnaissance élargie des maladies professionnelles. Ces pathologies constituent aujourd'hui près de 90 % des maladies professionnelles reconnues, soit environ 40 000 cas par an. Ces reconnaissances font suite à la création en 1972 du tableau de maladies professionnelles 57, intitulé «Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail», et des élargissements successifs de son périmètre en 1982 et 1991. Cependant, l'explosion du nombre des TMS reconnus comme maladies professionnelles est loin de s'expliquer mécaniquement par ces avancées institutionnelles (Hatzfeld, 2006). D'une part, le recours massif au tableau 57 n'a été possible que parce que le regard médical sur les corps, non seulement masculins mais aussi féminins (Gollac et Volkoff, 2002), endoloris par les postures du travail, s'est modifié. Ici comme ailleurs (Daston et Lunbeck, 2011, p. 164-169), la statistique n'objective ce que l'on observe que parce que l'on est disposé à l'observer. D'autre part, des indices laissent aussi penser que la spectaculaire augmentation du nombre de TMS déclarés au cours des dernières décennies a également pour cause la dégradation des conditions de travail (Hatzfeld, 2009) que l'ergonomie, la sociologie et la statistique française ont thématisée depuis plus de vingt ans sous l'angle de «l'intensification» du travail et de ses inflexions (Gollac et Volkoff, 1996; Bué *et al.*, 2007; Algava *et al.*, 2014). Surtout, cette période de vingt ans au cours de laquelle les TMS ont été relativement (Rivière, 2018) bien reconnus par l'assurance maladie se referme progressivement avec la réécriture des tableaux depuis 2011, qui a imposé des conditions plus restrictives à leur reconnaissance, comme l'existence d'un angle minimal de 60° d'abduction de l'épaule pendant plus de 3h30 par jour, après plusieurs années de négociations difficiles entre représentants des salariés et du patronat. Cette évolution récente montre combien le système des tableaux issus de négociations entre patronat et syndicats de salariés continue d'intégrer des dimensions économiques et financières, les indications restrictives figurant dans les tableaux devant ainsi être souvent

comprises comme la recherche d'un frein à la croissance des indemnisations, sans motif médical objectif à l'appui.

Les cancers professionnels permettent quant à eux de mieux saisir le retard des tableaux sur l'état des savoirs médicaux. Patente dès les premières années de la loi², leur sous-reconnaissance a été de plus en plus nette à mesure que se sont accumulées des connaissances toxicologiques et épidémiologiques sur le lien entre toxiques professionnels et cancer au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Le Centre international de recherche sur le cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé, dont le rôle est notamment d'identifier les substances susceptibles de provoquer le cancer, a classé jusqu'à aujourd'hui 120 substances comme cancérigènes certains pour l'espèce humaine et plus de 400 comme cancérigènes probables ou possibles. La plupart d'entre elles ont été ou sont toujours présentes en milieu professionnel. Or aujourd'hui, seuls vingt-deux tableaux du régime général de la sécurité sociale permettent d'indemniser des cancers. Un travail exploratoire de l'Institut de veille sanitaire (InVS) cherchant à comparer les cancérigènes certains et probables utilisés en milieu professionnel et ceux faisant l'objet de tableaux révélait ainsi en 2005 que dix-sept cancérigènes avérés utilisés en milieu professionnel n'entraient dans aucun tableau (Kasbi-Benassouli *et al.*, 2005). Les épidémiologistes estiment à un minimum de plus de 12000 le nombre de cancers liés au travail en France (Marant Micallef *et al.*, 2019). Pourtant, alors que ce chiffre est sous-estimé car limité aux cancérigènes les mieux connus (Counil et Henry, 2019), le nombre de cancers annuellement reconnus par la branche AT-MP tourne autour de 1 800 cas, parmi lesquels plus de 80% sont liés à des expositions à l'amiante. Cela signifie donc que ce sont moins de 300 cancers qui sont reconnus et indemnisés comme des maladies professionnelles chaque année, hors amiante.

Les TMS et les cancers illustrent la crise structurelle du système de reconnaissance des maladies professionnelles. Les initiatives institutionnelles adoptées au fil du XX^e siècle en vue de réduire cette sous-reconnaissance des maladies du travail ont fait long feu, comme l'illustre le cas des maladies «hors tableaux». La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 a en effet mis en place un système «complémentaire» dans lequel des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), composés de trois médecins, statuent sur les cas individuels de travailleurs atteints de maladies ne figurant dans aucun tableau, ou ne remplissant pas les conditions administratives des tableaux existants. Cette loi résulte de recommandations communautaires répétées (1962, 1966 et 1990) prônant la mise en place de systèmes mixtes de reconnaissance et des travaux de la commission présidée en 1991 par Georges Dorion (Dorion et Lenoir, 1992), dans un contexte

2 Voir dans ce volume le chapitre : «La catégorie "cancer professionnel" : une construction conflictuelle. Un éclairage par les archives de la commission des maladies professionnelles», par Anne Marchand.

où la plupart des pays européens, adhérant ou non à un système de tableaux, s'étaient déjà dotés d'un tel dispositif complémentaire. Le résultat n'est cependant pas à la hauteur des espérances (Platel, 2014), et pour partie paradoxal. D'un côté, en effet, on peut considérer que la possibilité de voir reconnaître l'origine professionnelle d'une maladie par la voie des CRRMP ouvre une réelle option complémentaire au système principal des tableaux : sur plus de 110 000 demandes de reconnaissance de maladies professionnelles en 2017, 21 719 (soit près de 20%) sont adressées aux CRRMP, et *in fine* sur 48 522 maladies professionnelles reconnues comme telles cette même année, 8 891 (soit là encore environ 20%) correspondent à des cas pour lesquels l'avis favorable a été rendu par un CRRMP. Ces chiffres (Jeantet, Caisse nationale de l'Assurance Maladie, s.d.) peuvent être vus comme le verre à moitié plein : si le système des tableaux ne suffit pas à enregistrer les demandes et à leur donner une issue favorable, la voie des CRRMP semble en effet capable d'offrir celle-ci dans de nombreuses situations. D'un autre côté, cependant, cette seconde voie ouverte par les CRRMP semble bien peu satisfaisante, et ce à deux égards au moins. Premièrement, le simple volume – considérable et en forte croissance (à peine 300 dossiers examinés en 1994, contre les 21 719 dossiers traités en 2017) – des dossiers dont les CRRMP ont à connaître indique que le corps central du dispositif d'indemnisation (les tableaux) est réellement débordé : ce qui est originellement conçu comme un dispositif d'exception ou annexe pourrait être en train de devenir la norme. La seconde raison qui fait des CRRMP une piètre porte d'accès à la réparation en cas de maladie professionnelle apparaît dans le fait que seulement 2,5% (1 217 sur un total de 48 522) des maladies admises à indemnisation en 2017 sont totalement hors tableaux, alors que les maladies figurant dans des tableaux mais ne remplissant pas toutes les conditions fixées par ceux-ci (délais de prise en charge, tâches incriminées...) parviennent un peu plus facilement à obtenir gain de cause auprès des CRRMP (7 674 cas d'indemnisation sur les 48 522 règlements de 2017). En d'autres termes, cela signifie que la contrainte des tableaux reste très structurante pour décider de la légitimité des demandes de réparation, y compris dans cette voie des CRRMP supposée justement permettre d'autres manières de statuer sur les dossiers individuels que celles que prévoient les tableaux. Et non seulement la croissance de l'activité des CRRMP sur le total des demandes d'indemnisation est synonyme d'un recul du droit à la présomption d'origine (professionnelle) de la maladie, mais cela est d'autant plus vrai que l'indemnisation est plus incertaine encore pour les maladies ne figurant à aucun titre dans les tableaux – celles pour lesquelles la preuve, difficile, doit être apportée d'un lien « direct et essentiel » entre la pathologie et l'activité professionnelle. Au-delà, pour des pathologies multicausales, les parcours de reconnaissance sont suspendus à des interprétations potentiellement très hétérogènes de la part des médecins siégeant au sein des CRRMP, ce qui réduit considérablement les chances d'obtenir une juste indemnisation.

UN SYSTÈME EN CRISE DURABLE, ENTRE DEMI-RÉFORMES ET RÉSULTATS INCHANGÉS

Au regard de cette histoire marquée par l'inertie institutionnelle, la période contemporaine semble cependant constituer une rupture, marquée en France par la réémergence des revendications ouvrières d'interdiction des toxiques professionnels lors de la crise de l'amiante, survenue au milieu des années 1990 (Henry, 2007). Ces luttes ont débouché sur une prise de conscience collective des failles de la prise en charge des maladies professionnelles. Pourtant, la sous-reconnaissance de ces pathologies reste aujourd'hui patente : le débat a en effet été vite refermé par la mise en place de dispositifs spécifiques à l'amiante (en particulier un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante), permettant d'éviter une réforme d'ensemble de la réglementation existante (Pillayre, 2017) : la règle de l'indemnisation forfaitaire est ainsi confirmée par l'exception de l'indemnisation (intégrale) réservée aux maladies découlant d'expositions à l'amiante.

La décision prise en décembre 1996 (Article L176-1 du code de la sécurité sociale) de transférer annuellement une part de l'excédent de la branche AT-MP à la branche Maladie, maternité, invalidité, décès de l'assurance maladie du régime général des salariés, au titre des maladies professionnelles qui ne sont pas reconnues comme telles et qui, de fait, pèsent sur les finances de l'assurance maladie des travailleurs salariés, symbolise l'absence de volonté de réforme du système. Depuis cette date, une commission trisannuelle de la Cour des comptes est ainsi chargée d'évaluer la compensation financière à prévoir. À plus d'un titre, cette évolution légale donne à voir ce que (sous-)reconnaître les maladies professionnelles veut dire. Le financement déséquilibré de la morbidité, au détriment de la branche Maladie de la sécurité sociale et au bénéfice de la branche AT-MP financée par les cotisations des seuls employeurs, apparaît en effet considérable. En augmentation constante depuis 1997, le montant annuel voté par le Parlement français pour compenser ce déséquilibre inter-branches est passé de 137,2 millions d'euros en 1997, à un milliard d'euros selon la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (en euros courants) (Bonin, 2014 ; Dharréville et Borowczyk, 2018). Malgré tout, cette évaluation repose sur des données fragiles et contestables. La détermination de telles masses financières s'appuie notamment sur l'établissement, par des épidémiologistes, de fractions de pathologies attribuables au travail. Ces estimations reposent sur des méthodologies non stabilisées, qui font l'objet de contestations multiples, et apparaissent désavantageuses pour les travailleurs (Counil, 2019). Ajoutons que la notable compensation financière entre les branches de la sécurité sociale ne s'affiche même pas comme un coût réel : la dernière compensation en date, d'un montant d'un milliard d'euros donc, vient répondre au calcul de la Cour des comptes dont la fourchette d'estimation montait

jusqu'à 1,5 milliard d'euros (Bonin, 2017b). Si, par ce versement, l'État reconnaît formellement l'existence du problème de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, dans le même mouvement, il indique qu'il ne reformera pas ce système et le laissera ainsi durablement dysfonctionner. Par un effet d'opportunité, l'État mobilise ce problème pour résoudre un autre enjeu épineux à ses yeux, celui du déficit de la sécurité sociale. Plus de vingt ans plus tard, après le dernier et huitième rapport en date de la Cour des comptes (Bonin, 2017b), le *statu quo* prévaut : un levier de politique publique existe, certes, pour remédier à la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, mais il continue de fonctionner comme une compensation *a posteriori*, comme la reconnaissance institutionnalisée d'un système qui ne parvient pas, en routine, à identifier l'origine professionnelle des maladies chez ceux qui en souffrent, et ne propose qu'une réparation limitée et réduite à ses seules dimensions financières, sous un mode forfaitaire de surcroît.

Une refonte du système de reconnaissance des maladies professionnelles apparaît plus que jamais nécessaire pour indemniser les effets pathogènes du travail, pour au moins deux séries de raisons. La première tient à l'évolution des modes de management en entreprise au cours des dernières décennies, et à leurs conséquences sur la santé des salariés. La diffusion du *lean management*, des formes de néo-taylorisation ou d'organisation des relations hiérarchiques équipées ou plus informelles produisent sur la santé physique et mentale des salariés des effets de mieux en mieux connus (Valeyre, 2006 ; Amossé *et al.*, 2014 ; Bouville et Schmidt, 2017). Si les dimensions techniques de l'organisation du travail ont été au centre de la législation qui a cherché à protéger ou réparer des maux du travail – bien que, de ce point de vue, le développement des polyvalences depuis les années 1980 implique des multi-expositions à des risques professionnels (produits chimiques mais aussi postures pénibles ou stress) qui sont mal prises en compte par le système des tableaux –, il n'en va pas de même de ses dimensions psychologiques. Les risques de maltraitance, de violence organisationnelle, de harcèlement, de stress ou de *burn out* ont moins fait l'objet de dispositifs susceptibles d'aider à la reconnaissance des maladies professionnelles qui peuvent en résulter, comme les dépressions, les troubles psychiques ou les suicides³. Dans un contexte politique marqué, à la fin des années 2000, par les vagues de suicides affectant des salariés de grandes entreprises (France Télécom, Renault), plusieurs tentatives ont certes émergé depuis une quinzaine d'années en vue d'inscrire les pathologies psychiques du travail dans des tableaux de maladies professionnelles, la dernière en date sous la forme d'une proposition de loi en 2017 sur la reconnaissance du *burn out*. Comme si l'histoire bégayait par rapport au siècle précédent, les obstacles ont été et restent néanmoins nombreux en la matière : non seulement parce que le coût de leur indemnisation est dénoncé comme menaçant de déstabiliser le système, argument patronal dont

3 Voir le chapitre de Rémy Ponge, «Un droit des corps meurtris. Retour sur les ressorts de la résistance du système des tableaux aux souffrances psychiques» dans cet ouvrage.

on a vu l'ancienneté ; mais aussi parce que les savoirs médicaux et épidémiologiques sur l'étiologie de ces troubles restent débattus, et ne mettent pas en évidence une causalité simple adaptée à la forme des tableaux et associant des symptômes, des expositions et des tâches. «L'irréductible décalage entre les nosographies médicales», qui insistent sur l'intrication de la santé physique et mentale et la multifactorialité des risques, «et les classifications juridiques qui tendent à réduire les liens entre les risques et l'organisation du travail à quelques causalités ou indicateurs simples» rencontre ici une difficulté singulière selon Lucie Jubert (2019) : celle qui tient «à une réticence à établir des présomptions de causalité entre risques psychosociaux et structuration hiérarchique ou modes de management, indépendamment de leur contexte» (*ibid*, p. 207), laissant encore en chantier la reconnaissance des maladies psychiques liées aux activités de travail. De fait, en raison de l'absence de tableaux de maladies professionnelles dédiés, les CRRMP ont de plus en plus à faire face à un afflux de demandes de reconnaissance de pathologies psychiques. En 2017, 806 cas de pathologies reconnues par ce biais sont des pathologies psychiques, soit 35% de plus qu'en 2016.

Repenser le système de réparation des maladies professionnelles apparaît également nécessaire en raison des mutations des marchés du travail et de leurs effets sur les relations professionnelles en entreprise. Rappelons que, si insatisfaisante qu'elle puisse être, la couverture des maladies professionnelles des salariés du régime général de la sécurité sociale exclut de nombreux autres travailleurs. D'autres régimes de sécurité sociale se sont construits historiquement de manière encore moins protectrice, comme l'illustrent le régime agricole et celui des indépendants. Pour le premier, les conditions d'accès à la reconnaissance de maladies professionnelles sont sensiblement plus restrictives pour les exploitants (Jouzel et Prete, 2014) ; pour le second, il n'existe tout simplement aucun recours équivalent possible à ce que la branche «AT-MP» procure aux salariés en termes d'assurance sociale (Algava *et al.*, 2012). Les évolutions contemporaines des formes d'emploi ne font que durcir les conditions d'accès des travailleurs au droit à l'indemnisation des maladies professionnelles (Équipe GISCOP 93, 2012). Le système de reconnaissance des maladies professionnelles paraît en particulier peu adapté à l'éclatement croissant et à la plus grande discontinuité des carrières ainsi qu'à la diversification des statuts d'emploi (contrats à durée déterminée, intérim, développement de formes d'indépendance du travail liées ou non à des plateformes, sur de nouvelles frontières avec le salariat où se redéfinissent l'autonomie, la protection et la subordination (Célérier *et al.*, 2016)). Ces discontinuités, qui touchent inégalement les actifs selon leur âge, leur genre, leur qualification, compliquent la reconstitution des *cursus laboris* et des expositions passées, qui conditionne l'accès à la reconnaissance. Ces mutations ne sont pas sans effet sur les relations professionnelles au sein des entreprises, et sur les appuis que les travailleurs peuvent mobiliser pour activer leurs droits lorsqu'ils sont atteints de pathologies imputables à leur travail. Les contextes

de travail connaissent en effet une polarisation de plus en plus accentuée entre de grandes entreprises, qui disposent d'instances représentatives suivant les questions de sécurité, santé et conditions de travail, en amont et en aval des événements liés aux maladies (et notamment aux maladies professionnelles), et de plus petits établissements, indépendants ou inscrits dans des réseaux de sous-traitance impliquant des formes de dépendance économique et financière, qui favorisent moins l'existence d'acteurs dédiés à ces questions et survivent parfois en passant outre l'application de la réglementation et des dispositifs de prévention, comme d'incitation, à la reconnaissance des accidents et maladies professionnelles. Les récentes réformes dans ce domaine des relations professionnelles, en particulier la fusion des instances représentatives du personnel imposée par les Ordonnances Macron de septembre 2017 et effectives au 1^{er} janvier 2020, ne sont à cet égard pas sans risque, en fragilisant l'instance dédiée aux questions d'hygiène, santé et conditions de travail. Rendu obligatoire en 1982 dans tous les établissements de plus de 50 salariés depuis 1982, le CHSCT avait acquis un rôle important en matière de prévention et de suivi des maladies professionnelles. La fusion des instances ne s'apparente pas à sa disparition pure et simple, les conseils économiques et sociaux – nom de la nouvelle instance unique – devant *a priori* établir une commission santé sécurité dans les entreprises d'une certaine taille. Nul doute, cependant, que cette commission verra ses moyens le plus souvent réduits par rapport à ceux dont disposaient les CHSCT, en termes de mandats, d'expertise ou de procédures qu'elle peut imposer à l'employeur en cas d'alerte ou de questionnements sur les effets du travail sur la santé.

*

Parce qu'elle se donne à voir comme un éternel recommencement, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles appelle un regard interdisciplinaire associant les perspectives historiques et sociologiques. Les manières dont cette question se pose dans le temps et dans plusieurs pays constituent autant d'éclairages susceptibles d'alimenter la réflexion autour du centenaire de la loi de 1919. Cet ouvrage est organisé en trois parties, chacune dotée d'une introduction propre, rédigée par un ou une spécialiste des questions de santé publique et de santé au travail, historien·ne ou sociologue. La première rassemble des contributions qui reviennent sur le «moment 1919», soit les années qui ont précédé et suivi l'adoption de la loi du 25 octobre 1919. En analysant la genèse de la loi elle-même et les conflits qui ont entouré les toxiques professionnels de l'époque, comme le plomb ou les poussières, ces contributions offrent un précieux éclairage permettant de mieux comprendre la suite de l'histoire, et sa dépendance à un sentier institutionnel dont le sillon a été tracé dans les premières décennies du siècle dernier. Le cas belge, avec une loi proche de la loi française adoptée quelques années plus tard, en 1927, montre de ce point de vue combien le financement, la définition d'exceptions et

les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles engendrent une sous-reconnaissance également massive, liée à des actions patronales comme à une «funeste unanimité».

La seconde partie du livre met en évidence le poids de cet héritage, en étudiant les luttes qui des années 1970 jusqu'à aujourd'hui ont concerné sans succès l'extension (dans le cas des cancers induits par les rayonnements ionisants), l'adaptation *a priori* indispensable (dans le cas de la silicose, en lien avec une exploitation renouvelée et innovante de la silice cristalline) ou la création (dans le cas des maladies psychiques) des tableaux de maladies professionnelles. Ces contributions permettent de mieux comprendre la pérennité des obstacles à la production de connaissance sur les liens entre travail et santé, et à leur prise en compte politique. La situation brésilienne, avec une réforme originale mise en place à partir de 1999 – quatre-vingts ans après le vote d'une loi qui avait créé en 1919, comme en France, la catégorie de maladies professionnelles –, montre l'importance mais aussi l'ambivalence du rôle que jouent les savoirs scientifiques et médicaux en la matière. Car les innovations techniques mises en œuvre dans les années 2000, incorporant à la fois des savoirs médicaux et des données épidémiologiques et statistiques, n'ont pas remédié à une sous-reconnaissance des maladies professionnelles qui, sauf rares cas, reste clairement plus la norme que l'exception.

Enfin, dans sa dernière partie, l'ouvrage s'arrête sur le rôle des acteurs sociaux à qui échoit la mise en œuvre de la reconnaissance des maladies professionnelles : médecins chargés de rédiger les certificats médicaux initiaux et médecins du travail mettant en œuvre la prévention dans les organisations de travail, tribunaux chargés de se prononcer sur les recours en cas de refus d'indemnisation de la part des instances de la sécurité sociale. En rendant compte des logiques qui façonnent les pratiques de ces acteurs, ces contributions cherchent à mieux comprendre ce qui fait obstacle à une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles. Le cas espagnol, présenté dans cette partie par une analyse générale de la sous-reconnaissance dans ce pays, insiste à cet égard sur le rôle des professionnels médicaux – cliniciens ou épidémiologistes – tout en soulignant les obstacles et l'inertie que crée leur non-coordination institutionnelle, mais aussi le rôle délétère que jouent les mutuelles, associations patronales. Chargés d'assurer les risques professionnels, ces organismes rejettent souvent le lien entre les dommages pour la santé aux expositions professionnelles qui les ont provoqués, car elles sont juges et parties du système, chargées à la fois de reconnaître et d'indemniser, tout en ayant à supporter le coût financier de ces indemnisations. Chacune de ces parties est ainsi enrichie d'une contribution portant sur un cas étranger, en l'occurrence la Belgique, le Brésil, et l'Espagne, qui donnent à voir et éclairent la sous-reconnaissance des maladies professionnelles comme un phénomène commun dont les mécanismes comparés confirment la réalité dans le temps long depuis un siècle. Commémoration

critique d'un centenaire, dont l'actualité reste entière à l'heure où nous écrivons ces lignes, à en juger par les débats sur l'indemnisation des malades du Covid-19 ayant contracté la maladie dans le cadre de leurs activités professionnelles, ce livre permet de mettre en perspective des mécanismes sociaux, historiques, médicaux et politiques dont les sciences sociales, aujourd'hui autant qu'hier, doivent se saisir dans un dialogue critique avec les politiques publiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGAVA Élisabeth, CAVALIN Catherine et CÉLÉRIER Sylvie, 2012, «La singulière bonne santé des indépendants», *Travail et Emploi*, n° 132, p. 5-20.
- ALGAVA Élisabeth, DAVIE Emma, LOQUET Julien et VINCK Lydie, 2014, «Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés», *Dares Analyses*, n° 049, p. 1-11.
- AMOSSÉ T., CARTRON C., CASTELL L., CÉLÉRIER S., WOLFF L. ET ZARA-MEYLAN V., 2014, «Formes d'organisation et santé au travail en entreprise», Document de travail, Centre d'études de l'emploi.
- BONIN Jean-Pierre (président), 2014, *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, Paris, Cour des Comptes.
- BONIN Jean-Pierre (président), 2017a, *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.
- BONIN Jean-Pierre (président), 2017b, *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.
- BOUVILLE Gregor et SCHMIDT Celine, 2019, «Decoupling and essential effects of lean management on job satisfaction, health and depression. A mixed methods approach», *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 4, n° 114, p. 3-30.
- BUÉ Jennifer, COUTROT Thomas, HAMON-CHOLET Sylvie et VINCK Lydie, 2007, «Conditions de travail: une pause dans l'intensification du travail», *Premières Synthèses, DARES*, n°s 01.2, p. 1-7.
- CÉLÉRIER Sylvie, RIESCO SANZ Alberto et ROLLE Pierre, 2016, «Une indépendance équivoque: les nouveaux statuts des indépendants espagnols et français», *Revue française de socio-économie*, n° 17, p. 21-41.

- CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2018, *Conditions de travail. Bilan 2017*, Paris, ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.
- COUNIL Émilie, 2019, «Le travail comme analyseur des tensions dans la construction épidémiologique de causes et de responsabilités», *Sociologie du travail* [En ligne], vol. 61, n° 2.
- COUNIL Émilie et HENRY Emmanuel, 2019, «Is it time to rethink the way we assess the burden of work-related cancer?», *Current Epidemiology Reports*, vol. 6, n° 2, p. 138-147.
- DASTON Lorraine et LUNBECK Elizabeth, 2011, *Histories of Scientific Observation*, Chicago, The University of Chicago Press.
- DENIEL A. (président), 1997, *Institution et modalités de calcul d'un versement annuel de la branche accidents du travail-maladies professionnelles à la branche maladie du régime général. Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, Paris, Rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité.
- DÉPLAUDE Marc-Olivier, 2003, «Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale», *Revue française de science politique*, vol. 53, n° 5, p. 707-735.
- DEVINCK Jean-Claude, 2010, «La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles», *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, p. 65-93.
- DHARRÉVILLE Pierre (rapporteur) et BOROWCZYK Julien (président), 2018, *Rapport d'enquête de M. Pierre Dharréville sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination*, Paris, Assemblée nationale.
- DIRICQ Noël (président), 2008, *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, Paris, Cour des Comptes.
- DIRICQ Noël (président), 2011, *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, Paris, Cour des Comptes.
- DODIER Nicolas, 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- DONZELOT Jacques, 1984, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard.

- DORION G. (sous la présidence de) et LENOIR D. (rapporteur), 1992, *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration.
- DUPEYROUX Jean-Jacques, 1998, «Centenaire de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Un deal en béton ?», *Droit social*, n^{os} 07-08, p. 631-634.
- ÉQUIPE GISCOPE 93, 2012, «Les cancers professionnels à l'épreuve des parcours professionnels exposés aux cancérogènes», in THÉBAUD-MONY Annie, DAUBAS-LETOURNEUX Véronique, FRIGUL Nathalie et JOBIN Paul (dir.), *Santé au travail: approches critiques*, Paris, La Découverte, coll. «Recherches», p. 217-238.
- EWALD François, 1986, *L'État providence*, Paris, Grasset.
- GILBERT Claude et HENRY Emmanuel, 2012, «La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion», *Revue française de sociologie*, vol. 53, n^o 1, p. 35-59.
- GILG SOIT ILG Annabelle, HOUOT Marie et PILORGET Corinne, 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*, Santé publique France.
- GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, 1996, «Citius, altius, fortius ; L'intensification du travail», *Actes de la recherche en sciences sociales*, n^o 114, p. 54-67.
- GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, 2002, «La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières», *Travail, genre et sociétés*, vol. 8, n^o 2, p. 25-53.
- GORDON Bonnie et FRIEDLANDER Colette, 1993, «Ouvrières et maladies professionnelles sous la Troisième République: la victoire des allumettiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire», *Le Mouvement social*, n^o 164, p. 77-93.
- HATZFELD Nicolas, 2006, «L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques», *Histoire & Mesure*, vol. XXI, n^o 1, p. 111-140.
- HATZFELD Nicolas, 2009, «Maladies professionnelles : la reconnaissance des troubles musculo-squelettiques. Une histoire administrative et scientifique (1982-1996)», *Corps*, n^o 6, p. 47-52.
- HENRY Emmanuel, 2007, *Amiante: un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. «Res Publica».

- HENRY Emmanuel, 2017, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. «Académique».
- IMBERNON Ellen, 2003, *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Paris, Institut de veille sanitaire.
- JEANTET Marine (responsable de la publication) et CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE, s.d., *Rapport annuel 2017. L'Assurance Maladie - Risques Professionnels*, Paris, Caisse nationale de l'Assurance Maladie.
- JOUZEL Jean-Noël et PRETE Giovanni, 2014, «Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes», *Sociologie du travail*, vol. 56, n° 4, p. 35-53.
- JUBERT Lucie, 2019, *L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels*, thèse de droit, Université Paris Nanterre.
- KASBI-BENASSOULI V., IMBERNON E., IWATSUBO Y., GOLDBERG M. et BUISSON C., 2005, *Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- LÉCUYER Bernard-Pierre, 1983, «Les maladies professionnelles dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* ou une première approche de l'usure au travail», *Le Mouvement social*, n° 124, p. 45-69.
- LÉVY-ROSENWALD Marianne, 1999, *Rapport de la commission instituée par l'article D.176-1 du code de la sécurité sociale*, Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- LÉVY-ROSENWALD Marianne, 2002, *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*, Paris, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- MARANT MICALLEF Claire, SHIELD Kevin D., VIGNAT Jérôme, BALDI Isabelle *et al.*, 2019, «Cancers in France in 2015 attributable to occupational exposures», *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, vol. 222, n°1, p. 22-29.
- MARCHAND Anne, 2016, «Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance : les facteurs du non-recours au droit», *Sociétés contemporaines*, vol. 102, n° 2, p. 103-128.
- MARCHAND Anne, 2018, *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis)*, Thèse de doctorat d'histoire contemporaine, Évry, Université Paris-Saclay.
- MARICHALAR Pascal, 2016, «“C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin”. Ouvriers malades de leur travail face à la médecine», *Agone*, n° 58, p. 105-122.

- MORICEAU Caroline, 2010, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France (1860-1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- MUÑOZ Jorge, 2002, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. «Des sociétés».
- PILLAYRE Héloïse, 2017, *Justice et Justesse de l'indemnisation. Acteurs et dispositifs de l'État providence à l'épreuve du scandale de l'amiante*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- PITTI Laure, 2010, «Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970», *Politix*, n° 91, p. 103-132.
- PLATEL Sylvie, 2009, «La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser...», *Mouvements*, n° 58, p. 46-65.
- PLATEL Sylvie, 2014, *Connaissance, expertise et reconnaissance des maladies professionnelles. Système complémentaire et cancers en Seine-Saint-Denis*, Paris, Université Paris 13.
- RAINHORN Judith, 2019, *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*, Paris, Presses de Sciences Po.
- RIVIÈRE Stéphanie, 2018, «Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques : mise à jour pour 2011 dans onze régions françaises», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18, p. 373-378.
- ROSENTAL Paul-André, 2009, «De la silicose et des ambiguïtés de la notion de "maladie professionnelle"», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, p. 83-98.
- ROSENTAL Paul-André et DEVINCK Jean-Claude, 2009, «"Une maladie sociale avec des aspects médicaux" : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, p. 99-126.
- THÉBAUD-MONY Annie, 1991, *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française.
- VALEYRE Antoine (2006), «Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation», *Document de travail*, Paris, Centre d'études de l'emploi.