



HAL
open science

La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France

Blandine Barlet, Giovanni Prete

► **To cite this version:**

Blandine Barlet, Giovanni Prete. La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020). [Rapport de recherche] 2020-CRD-02, Institut de recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS); Inserm. 2021, 93 p. hal-03287005

HAL Id: hal-03287005

<https://hal.science/hal-03287005>

Submitted on 15 Jul 2021

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.



Convention de recherche 2020-CRD-02 entre l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Institut interdisciplinaire de recherche sur les enjeux sociaux (IRIS, UMR 8156, Inserm-USPN-CNRS-EHESS-)

La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France

Revue bibliographique
des travaux de sciences sociales
et de santé publique (1990-2020)

Référence : Barlet Blandine, Prete Giovanni (2021). *La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France. Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020)*. Rapport de recherche, CRD Anses/Inserm (IRIS).

Institut de recherche sur les enjeux sociaux
Inserm-Université Sorbonne Paris Nord-CNRS-EHESS

Etude réalisée par :
Blandine Barlet (Post-doctorante, Inserm)¹
et
Giovanni Prete (MCF, Iris-USPN)

Juin 2021

¹ Auteure correspondante : blandinebarlet@hotmail.com

Sommaire

SOMMAIRE	3
LISTE DES ACRONYMES UTILISES.....	4
PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	5
I. OBJECTIFS ET CONTEXTE DU RAPPORT.....	5
II. LES DIFFERENTES ETAPES METHODOLOGIQUES DE LA CONSTRUCTION DU CORPUS	6
III. PHYSIONOMIE DU CORPUS	10
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE.....	17
CHAPITRE 1. INTERROGER LA SOUS-RECONNAISSANCE DES MP AU PRISME DES ACTEURS ET INSTITUTIONS DU DISPOSITIF DE REPARATION	18
I. LES MEDECINS, LES SAVOIRS MEDICAUX ET LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES, UN ANGLE PRIVILEGE DE LA LITTERATURE	18
II. LA VICTIME DE MALADIE PROFESSIONNELLE COMME ACTEUR INDIVIDUEL ET COLLECTIF	30
CHAPITRE 2. COMMENT LA LITTERATURE PREND-ELLE EN COMPTE LE GENRE ET LA SITUATION PARTICULIERE DES TRAVAILLEURS ETRANGERS ?	44
I. GENRE ET MALADIES PROFESSIONNELLES : ENTRE INVISIBILITE ET MOBILISATIONS	44
II. LES MECANISMES DE SOUS-RECONNAISSANCE EN LIEN AVEC L'EXPOSITION AU TRAVAIL DES POPULATIONS ETRANGERES OU D'ORIGINE ETRANGERE	49
CHAPITRE 3. LE TRAITEMENT DES DIFFERENTS TYPES DE PATHOLOGIES ET DE LEUR SOUS-RECONNAISSANCE.....	56
I. LA SOUS-RECONNAISSANCE DES CANCERS PROFESSIONNELS : LE DISPOSITIF DE RECONNAISSANCE A L'EPREUVE DES MALADIES CHRONIQUES MULTIFACTORIELLES	56
II. LA SOUS-RECONNAISSANCE DES PSYCHOPATHOLOGIES PROFESSIONNELLES DANS LA LITTERATURE	62
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXE : CORPUS DU RAPPORT BIBLIOGRAPHIQUE	82
TABLE DETAILLEE.....	91

Liste des acronymes utilisés

ANDEVA : Association nationale de défense des victimes de l'amiante et autres maladies professionnelles
ATMP : Accidents du travail et maladies professionnelles
BTP : Bâtiments et travaux publics
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CGT : Confédération générale du travail
COCT : Conseil d'orientation des conditions de travail
COSMAP : Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture
CRRMP : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSS : Code de la sécurité sociale
DARES : Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques
DGT : Direction générale du travail
DMP : Déclaration de maladie professionnelle
FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FNATH : Association des accidentés de la vie
GISCOP : Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle
GT MP : Groupe de travail Maladies professionnelles de l'Anses
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
IPP : Incapacité permanente partielle
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MCP : Maladies à caractère professionnel
MP : Maladie professionnelle
MSA : Mutualité sociale agricole
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services
OMI : Office des migrations internationales
ONAP : Observatoire national de l'asthme professionnel
PACA : Provence-Alpes-Côte d'azur
PNSM : Programme National de Surveillance du Mésothéliome
PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles
RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
TASS : Tribunal des affaires de sécurité sociale
TMS : Troubles musculo-squelettiques
SHS : Sciences humaines et sociales
SUMER : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels

Présentation générale de l'étude et méthodologie

I. Objectifs et contexte du rapport²

Ce rapport est le produit d'un travail de recherche bibliographique et d'analyse commandé par l'Anses. Avant d'en présenter les principaux résultats, nous rappelons ici certains éléments de contexte plus général de sa réalisation.

Conformément à l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale (CSS), « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». Cette disposition s'applique également aux maladies professionnelles dans le cadre du régime agricole (Article L751-7 du Code Rural) et désormais aux fonctionnaires (Article 10 de l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017).

La modification des tableaux existants ou la création de nouveaux tableaux se fait par voie réglementaire. Dans cette perspective, les pouvoirs publics consultent les partenaires sociaux (réunis au sein du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et de la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP))³ et s'appuient sur des données scientifiques, permettant notamment d'établir le lien de causalité* entre l'exposition professionnelle à une nuisance (et en particulier les travaux et professions exposant à cette nuisance) et une ou des maladie(s). En 2019, les pouvoirs publics ont souhaité modifier les modalités d'organisation de l'expertise préalable à la création ou à la modification des tableaux de maladies professionnelles, ou préalable à la production de recommandations destinés aux CRRMP. En particulier, ils ont chargé l'Anses d'organiser cette expertise scientifique, de manière collective, pluridisciplinaire et indépendante.

À cette fin, le Directeur général de l'Anses a créé le 25 janvier 2019, au sein de l'Agence un GT « Expertise des Maladies Professionnelles » (GT MP), qui s'est attelé à deux missions principales et successives : définir des règles de fonctionnement et une méthodologie d'expertise cadrant le traitement des saisines dont il est le destinataire ; produire une expertise collective, à partir de cette méthodologie, répondant aux deux premières saisines dont il a été destinataire, portant sur les pesticides et l'amiante, et répondant aux critères d'indépendance, de pluridisciplinarité et de robustesse de l'Agence.

Au cours de leurs travaux, les membres du GT MP, se sont mis d'accord sur l'importance de contextualiser les saisines qui leur sont adressées et leur propre travail, aussi bien pour mieux comprendre les demandes que pour rendre plus pertinents leurs travaux. Ils ont considéré qu'il était important de situer leur réflexion sur le lien entre expositions professionnelles et santé dans un système de reconnaissance des maladies professionnelles français très spécifique

² Nous remercions les personnes qui, par leurs commentaires, ont aidé à la réalisation de ce rapport. Nous remercions en particulier les membres du GT MP et les chargés de projet Anses qui ont suivi la rédaction du rapport. Nous remercions également Anne Marchand pour sa relecture attentive et ses retours précieux. Nous remercions l'Iris pour son soutien.

³ cf. Décret n° 2016-1834 du 22 décembre 2016 ; cf. Décret n°2005-368 du 19 avril 2005.

(dont les principes sont posés en 1919), qui a une longue histoire et qui est, en particulier, décrit très largement comme marqué par la « sous-déclaration » et la « sous-reconnaissance » d'un certain nombre de maladies professionnelles. Ces termes renvoient à plusieurs phénomènes qui sont bien connus mais dont la compréhension globale et l'évaluation est rendue difficile en raison du caractère éclaté, hétérogène et parfois confidentiel des travaux scientifiques qui les décrivent et les analysent. Le GT MP a donc considéré qu'il serait utile de mener à bien une recherche bibliographique raisonnée permettant : d'identifier les principaux travaux menés en France sur la sous-déclaration et sous-réparation des Maladies professionnelles ; de produire une bibliographie de ces travaux en faisant ressortir les principales conclusions ; d'identifier éventuellement des angles morts de l'état des connaissances sur la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des MP. En conséquence, l'Anses a financé un CDD sur une durée de 6 mois et recruté une sociologue spécialiste de santé au travail pour participer à la réalisation de cette revue de littérature et produire le rapport en rendant compte. Le travail a été réalisé au printemps et à l'automne 2020. La personne en charge de produire le rapport a été recrutée dans le cadre d'une convention entre l'Anses et l'Inserm, et hébergée à l'IRIS. Elle a été accompagnée régulièrement dans son travail par des membres du GT MP et a présenté régulièrement l'avancée de son travail au GT et aux représentants de l'Anses en charge de son animation. Le rapport présente les principaux résultats de la recherche bibliographique engagée. Il vise, nous l'avons souligné, à identifier des productions scientifiques qui permettent aux membres du GT MP, de mieux contextualiser leurs travaux en cours et futurs. Plus largement, il est présenté de manière à pouvoir être rendu public, et ainsi permettre aux différentes parties prenantes – pouvoirs publics, associations, syndicats, scientifiques, etc. – intéressées par les enjeux de reconnaissance et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles à se saisir plus facilement des travaux scientifiques menés sur cette thématique en France depuis plusieurs années.

II. Les différentes étapes méthodologiques de la construction du corpus

1. Choix du périmètre de l'étude et interrogation des bases de données

Un périmètre d'inclusion dans cette revue de littérature a été fixé afin de trouver des publications qui traitent directement du phénomène de sous-reconnaissance (et de sous-déclaration ou de sous-réparation) des maladies professionnelles en France, entre 1990 et 2020.

Les publications devaient toutes avoir en commun de :

- concerner le contexte français ;
- s'inscrire dans une borne temporelle dont on a vu qu'elle avait été fixée entre 1990 et 2020 (mai 2020) ;
- apporter un point de vue sur la question de la sous-reconnaissance, basé sur des données originales et non de seconde main ;

- construire leur analyse à partir de données empiriques permettant l'objectivation des pratiques et attitudes de plusieurs acteurs sociaux (malades, médecins). Sont ainsi exclus les travaux s'appuyant sur la seule analyse de textes de droit ou de procédures médico-administratives ou sur l'expérience d'un seul acteur social (cas clinique de victime, témoignage d'un seul acteur administratif, etc.).

Nous avons aussi décidé d'en exclure les publications juridiques et celles émanant de journalistes, ainsi que les rapports institutionnels (bien que nous ayons tenu compte de ces derniers pour l'analyse). En particulier, ne sont pas inclus dans le corpus de ce rapport les rapports régulièrement publiés par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale (Deniel 1997 ; Levy-Rosenwald 1999 ; Levy-Rosenwald 2002 ; Diricq 2005 ; Diricq 2008 ; Diricq 2011 ; Bonin 2014 ; Bonin 2017). Ceux-ci constituent aujourd'hui une source essentielle d'information sur la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Ils citent des travaux présentés dans ce rapport bibliographique, sont souvent cités dans plusieurs travaux scientifiques, et ont nourri la réflexion des auteurs de ce rapport.

Les cinq bases de données suivantes ont été interrogées en mai 2020, puis en novembre : Google Scholar, Scopus, Cairn, Pubmed et Jstor. La diversité de ces bases de données doit permettre de couvrir à la fois des publications en sciences humaines et sociales et des publications en Santé publique (épidémiologie, médecine du travail).

En tout, 1748 entrées ont fait l'objet d'une évaluation plus ou moins approfondie.

2. Les différentes phases d'élaboration du corpus

À partir de ces 1 748 références, plusieurs étapes de sélection sont intervenues afin d'obtenir un corpus conforme à nos critères initiaux (Cf. Diagramme de flux). Les décisions d'inclusion ou d'exclusion ont d'abord été fondées sur le titre de la publication puis, quand nécessaire, sur la base du résumé et en dernier ressort du texte intégral.

Tout d'abord, des doublons ont été identifiés et éliminés : il s'agit d'articles qui apparaissent plusieurs fois, soit parce qu'ils sont référencés par plusieurs bases de données, soit parce qu'ils sont référencés légèrement différemment, soit enfin parce qu'ils sont référencés à la fois en français et en anglais.

Puis, des publications ont été exclues du corpus pour des raisons diverses. Certaines l'ont été car elles ne traitaient pas de la thématique de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles ; d'autres, traitant effectivement de sous-reconnaissance, l'ont été car ne respectant pas certains des critères prédéfinis pour l'étude.

Parmi ces travaux, certains ont été exclus parce qu'ils n'étudient pas les mécanismes de sous-reconnaissance ou sous-déclaration des MP mais :

- Concernent principalement la *prévention* des risques professionnels et n'évoquent la sous-déclaration ou sous-reconnaissance des maladies professionnelles qu'incidemment ;
 - Concernent principalement la *surveillance* des risques professionnels. On peut ici prendre l'exemple d'un article qui a posé question : (Fouquet et al. 2018). Cet article utilise le différentiel entre un registre de MP déclarées et d'autres canaux d'identification des Troubles musculo-squelettiques (TMS) (plus larges). Cependant, le but est d'identifier et de localiser des besoins en prévention, pas d'analyser les mécanismes de sous-reconnaissance ;
 - Concernent le *traitement clinique* des maladies professionnelles ;
 - Concernent la *description* d'une affection due au travail ou l'évaluation de la prévalence d'une telle affection/maladie, sans que ça soit rapporté aux taux de déclaration ou de reconnaissance, ni même au système de reconnaissance ou de réparation. C'est par exemple le cas de la publication suivante : (Desprésaux et al. 2017) ;
 - Concernent le *poids économique* des maladies professionnelles ou d'affections dues au travail qui ne sont pas forcément reconnues, par exemple les publications suivantes portant sur le coût du stress : (Sultan-Taïeb et Niedhammer 2012 ; Lassagne et al. 2012 ; Serrier et al. 2014) ;
- Des travaux qui étudient les mécanismes de sous-reconnaissance ou sous-déclaration des MP ont également été exclus, parce qu'ils ne respectent pas un ou plusieurs des critères d'inclusion, et :
- Ne concernent pas la France (Canada, Maghreb, Sénégal, etc.) ;
 - Sont des revues de littérature ;
 - Sont des recensions d'ouvrages ;
 - Ne présentent pas de *données empiriques originales*. Cela concerne par exemple les éditos ou articles introductifs d'un dossier de revue. C'est par exemple le cas dans la publication suivante : (Rosental et Omnès 2009) ;
 - Sont des publications *juridiques*, c'est le cas par exemple de la publication suivante qui traite de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles dans la fonction publique : (Rioux 2017) ;
 - Constituent essentiellement des *descriptions normatives du système de reconnaissance des MP*. Il s'agit souvent dans ce cas d'une littérature à l'attention de médecins généralistes ou spécialistes : (Anoma 2016 ; Ameille 2004 ; 1994 ; Gislard et al. 2013a ; Gislard et al. 2013b). Certaines de ces publications didactiques se penchent sur les stratégies de déclaration : (Roquelaure et al. 2005). Certaines de ces publications, si elles

ne présentent pas de données originales, n'en demeurent pas moins éclairantes pour notre revue de littérature et seront donc mobilisées ;

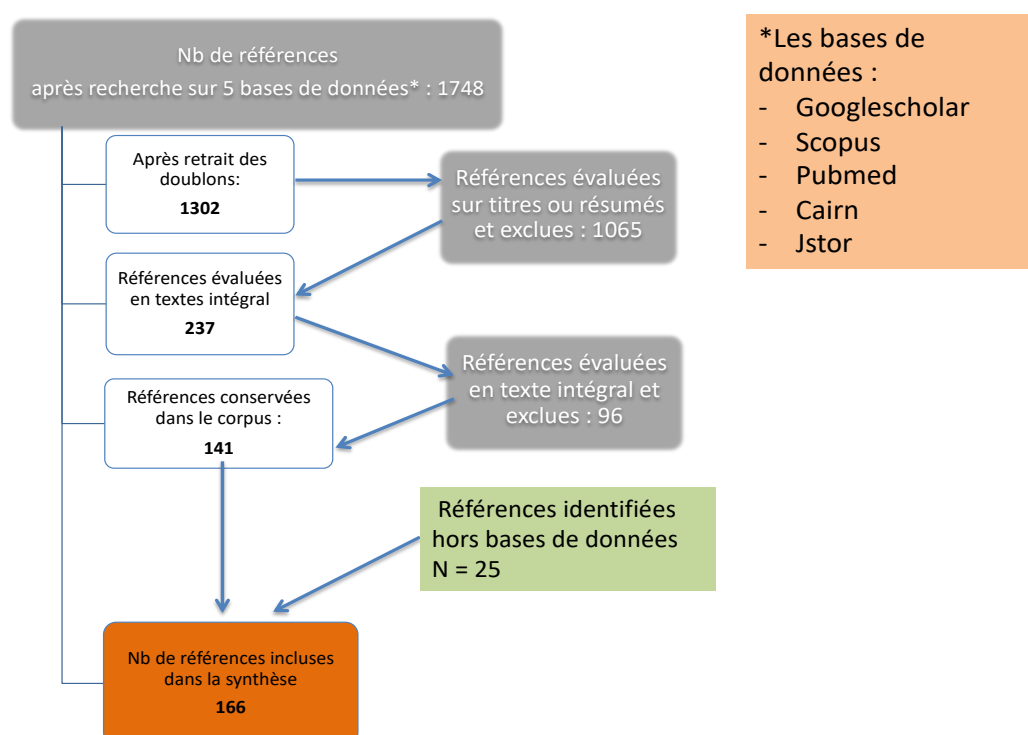
- Reposent sur la description d'un seul cas clinique et de son parcours de reconnaissance/réparation. Par exemple les articles suivants, qui remplissent tous les autres critères et seront donc évoqués dans l'analyse : (Boujasson 2009 ; Jouzel et Prete 2013).

Les publications exclues nous donnent une idée des corpus que l'on aurait pu obtenir avec des critères un peu différents. Par exemple, si on avait choisi d'inclure toutes les publications sur la surveillance des maladies professionnelles, les publications de santé publique auraient peut-être été majoritaires. De même, beaucoup de publications exclues portaient sur les risques dits « psychosociaux », ce qui montre que ces types de risques, s'ils sont très peu abordés sous l'angle précis de la sous-reconnaissance des pathologies qui y sont associées, sont en revanche abordés sous d'autres angles (prévention, coût social, description, réglementation, etc.).

À ces exclusions de références issues des bases de données s'ajoutent des **ajouts manuels** opérés notamment à partir des bibliographies de certaines publications du corpus. De même, les thèses de médecine du travail ne sont pas référencées dans les bases de données interrogées. Certaines d'entre elles ont pu être ajoutées après des recherches dédiées sur des sites (theses.fr, sites d'université) qui, malheureusement, n'offrent pas de listes exhaustives des thèses soutenues depuis 1990.

Le nombre de références conservées est finalement de 166. Il est possible, évidemment, que certaines publications existantes pertinentes ne soient pas incluses dans ce corpus du fait des angles morts de la stratégie de recherche bibliographique.

Diagramme de flux



III. Physionomie du corpus

1. Catégories disciplinaires et nombre de publications

Le corpus est constitué de 166 publications. La liste de ces publications est annexée à ce rapport (Annexe).

Nous avons classé ces publications en plusieurs grandes catégories disciplinaires : Sciences humaines et sociales (SHS) (qui regroupe principalement les publications de sociologie et de sciences politiques), santé publique (qui regroupe principalement les publications en épidémiologie et en pathologie professionnelle), histoire, et pluridisciplinaire (qui regroupe les publications dont les différents auteurs sont issus des SHS et de la santé publique).

La catégorisation étant sommaire et les frontières entre catégories n'étant pas toujours évidentes (certains auteurs peuvent se revendiquer à la fois de la santé publique et la sociologie, ou de la sociologie et de l'histoire), cette classification peut être discutée dans le détail et permet, essentiellement, de caractériser à grand trait la physionomie du corpus.

Les publications qui relèvent des SHS sont au nombre de 84, ce sont donc les plus nombreuses bien qu'elles n'apparaissent dans le corpus qu'à partir de 2003 (à l'exception de quelques publications isolées entre 1990 et 2003), avec des pics en 2008 et 2012, puis un volume stable depuis 2014 (entre 5 et 9 par an).

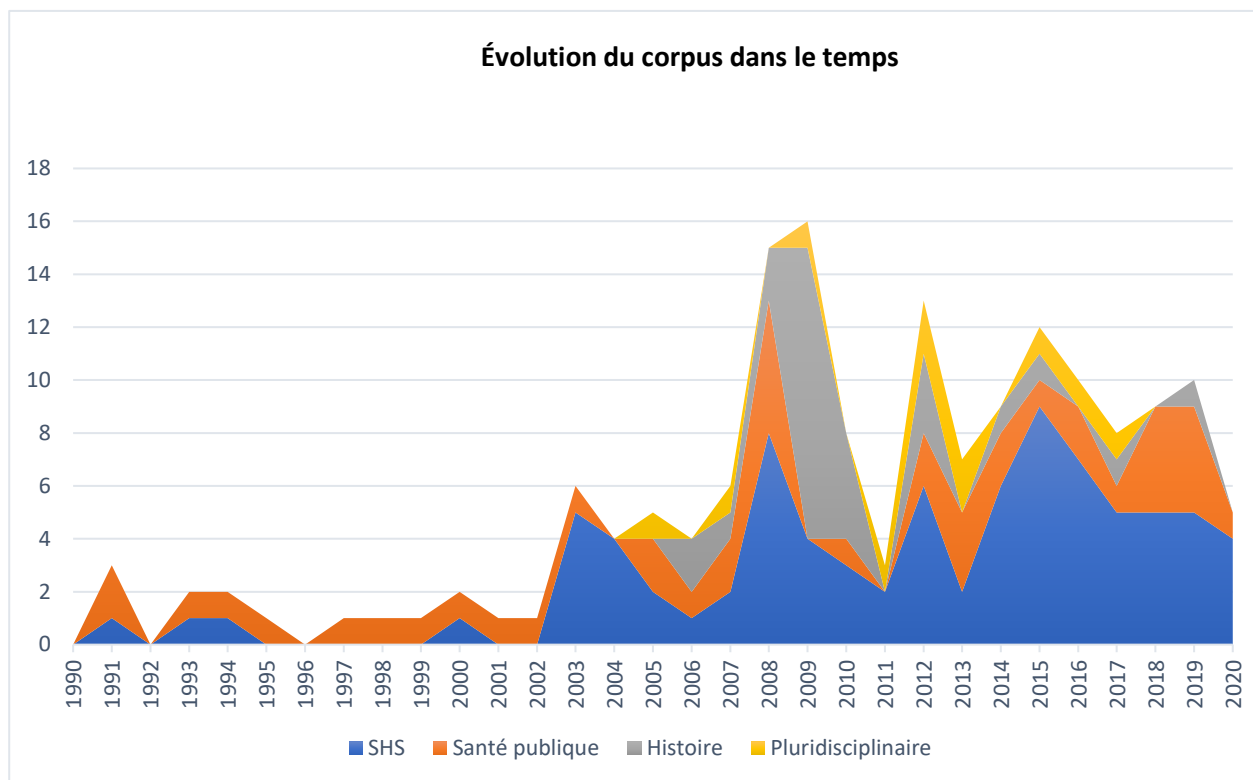
Les publications en santé publique sont au nombre de 44, et sont identifiées, même à faible volume, tout au long de la période.

Les publications en histoire sont au nombre de 27. Elles n'apparaissent qu'en 2006 et sont plutôt concentrées entre 2006 et 2010, avec un pic important en 2009.

Les publications pluridisciplinaires sont au nombre de 11, et n'apparaissent pas avant 2005, soit juste après la montée en puissance des SHS sur ces problématiques en 2003-2004.

2. Évolution du corpus dans le temps

L'augmentation globale du volume de publications est surtout le fait des publications d'histoire et de SHS (voir graphique page suivante). Cette augmentation peut refléter l'intérêt croissant de certains chercheurs et de certaines revues pour la question de la santé au travail. Cette augmentation reste néanmoins à replacer dans le contexte d'une augmentation générale des publications et de la multiplication des supports de publications de la recherche, notamment en sciences sociales. Par ailleurs, il convient de souligner qu'il faut distinguer la physionomie du corpus des dynamiques de recherche académique qui le sous-tendent. En effet, la stratégie de constitution du corpus a pu avoir tendance, sur certaines périodes, à valoriser certains types de travaux (les articles notamment) et certaines catégories disciplinaires (santé publique par exemple, constituée de disciplines plus systématiquement présentes dans les bases de données consultées).



3. Principaux supports de publications

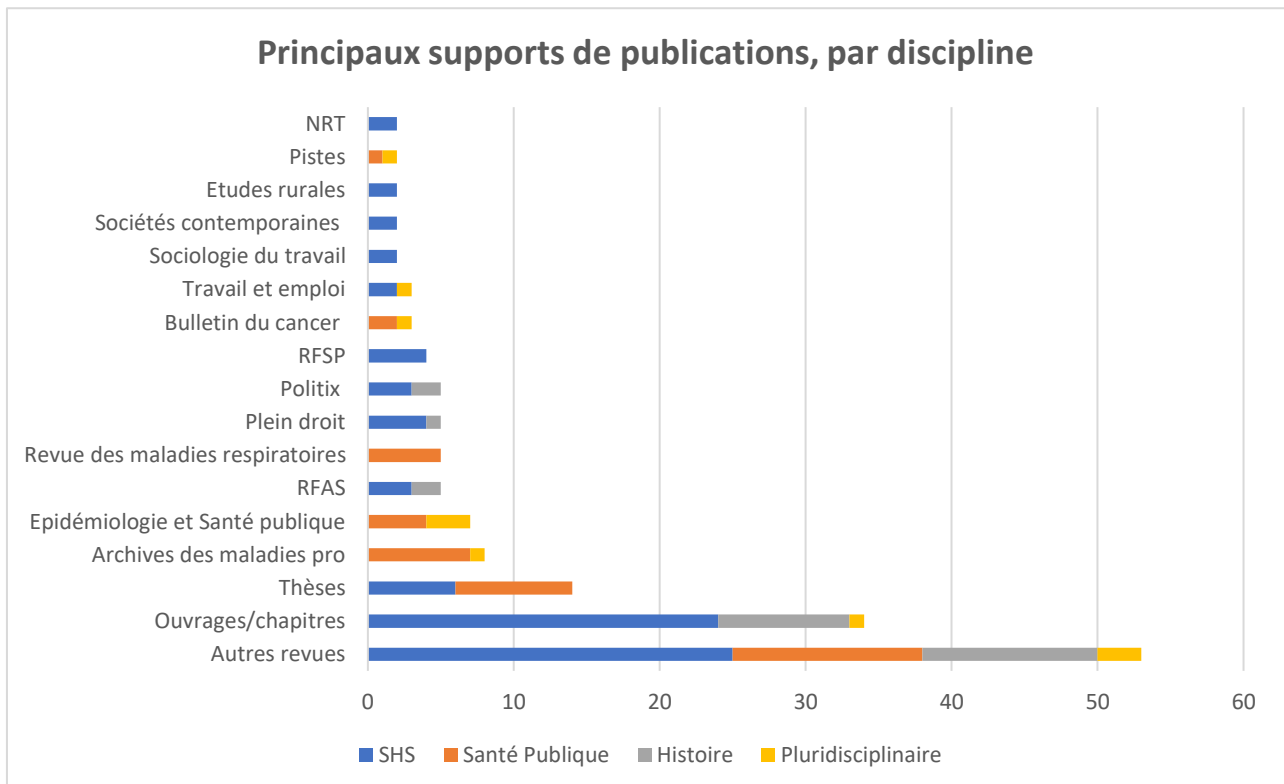
Outre les thèses et les chapitres d'ouvrages et ouvrages, les principaux supports sont des revues de sciences humaines et sociales et de santé publique, au nombre de 55. Parmi ces 55 revues, 15 proposent plus d'une publication sur la thématique choisie (elles sont listées dans le graphique ci-dessous).

Archives des Maladies Professionnelles, *Epidémiologie et Santé publique*, *Revue des Maladies Respiratoires* sont les revues de santé publique les plus représentées, tandis que la *Revue Française des Affaires Sociales*, *Plein Droit*, *Politix* et la *Revue Française de science politique* sont les revues de sciences humaines et sociales les plus représentées.

D'après le graphique suivant, les revues de santé publique semblent plus favorables aux publications pluridisciplinaires que les revues de sciences sociales. Les travaux de sciences humaines et sociales et d'histoire sont souvent publiés conjointement, que ce soit dans des ouvrages ou dans des revues, tandis qu'aucun ouvrage de santé publique n'a été identifié dans le corpus.

Les revues de santé publique comme les *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* et la *Revue des maladies respiratoires* apparaissent chronologiquement les premières dans notre corpus : dans les années 1990-2000 (inclus), sur les 13 références identifiées qui présentent des recherches portant sur la sous-déclaration et sous-reconnaissance des maladies professionnelles, 8 émanent de ces deux revues. On note aussi qu'aucun article de la *Revue des maladies respiratoires* n'apparaît plus dans notre corpus depuis 2002.

De plus, les revues de santé publique publient les articles davantage isolément que par groupe, contrairement à certaines revues de SHS dont les numéros spéciaux affectent la distribution des publications dans le temps : c'est notamment très visible en ce qui concerne le numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales* (RFAS) de 2008 : sur les 15 publications repérées cette année-là, 6 articles émanent de ce numéro de la RFAS. Les pics de publication peuvent aussi s'expliquer, surtout en sciences sociales, par la publication d'ouvrages collectifs : ainsi par exemple, 4 sur les 14 références identifiées pour 2012 concernent l'ouvrage collectif de C. Courtet et M. Gollac, *Risques du travail, la santé négociée* (Courtet et Gollac 2012).



4. Auteurs et modes de publication selon les disciplines

Le nombre moyen d'auteurs et d'autrices par publication est de 6,6 pour les références qu'on a classées comme étant « pluridisciplinaires » dans notre corpus, de 4,5 pour les références « santé publique », avec jusqu'à 15 auteurs pour certaines publications et une très grande majorité de publications à plusieurs auteurs. Cette moyenne est bien plus basse pour les références de sciences humaines et sociales : 1,2, et 1,3 en moyenne pour les publications historiques, avec donc une grande majorité de références avec un auteur ou une autrice unique. Le corpus rassemble en tout 235 auteurs et autrices, toutes disciplines confondues. Seuls 56 chercheurs et chercheuses en sciences humaines et sociales et histoire publient 100 références, ce qui veut dire que beaucoup publient plusieurs fois, que ce soit seuls, ou à deux ou trois. On retrouve à l'inverse 179 auteurs et autrices pour 59 publications pluridisciplinaires et de santé publique, ce qui confirme un grand nombre d'auteurs et d'autrices par publication dans ce domaine.

5. Une entrée par secteur professionnel marginale, mais qui met en avant un angle mort autour de la sous-reconnaissance dans la fonction publique et pour les indépendants

La grande majorité des publications du corpus n'entre pas dans la problématique de la sous-reconnaissance en mettant en avant un secteur professionnel en particulier, il est donc difficile de classer les publications par secteur professionnel investigué. Cependant, la littérature sélectionnée dans le corpus présente quelques spécificités notables à ce point de vue.

Les publications qui se positionnent explicitement dans le secteur agricole sont au nombre de 12, les publications qui se positionnent, également explicitement et uniquement, dans l'industrie sont au nombre de 17, dont on note qu'elles sont souvent composées de monographies (Penarroya, Verrerie de Givors, Eternit), 5 publications traitent du secteur du bâtiment/travaux publics.

Le trait le plus remarquable du corpus à ce niveau-là est cependant la présence extrêmement limitée de publications qui traitent de la sous-reconnaissance dans la fonction publique : qui n'est représentée que par une unique publication de 2018, qui porte sur la fonction publique territoriale (Farcis et al. 2018).

Cette quasi absence tient à la fois des critères d'inclusion restrictifs, qui ont par exemple conduit à exclure du corpus les travaux de M. Rioux envisageant la sous-reconnaissance sous un angle juridique (Rioux 2017 ; 2018). Mais cette très faible présence dans le corpus tient aussi de ce qui semble être un angle mort de la recherche sur la sous-reconnaissance.

En effet, le cadre juridique spécifique mériterait des études empiriques qui permettraient d'éclairer les obstacles propres à ce secteur et les conditions facilitant leur subversion, ou, à l'inverse, la rendant particulièrement ardue. Un article en santé publique se penche justement sur les spécificités liées à la fonction publique, soit l'absence de présomption d'imputabilité au travail qui conduit, pour chaque cas, à devoir apporter des preuves du lien causal entre la pathologie et l'activité professionnelle (Lebreton-Chakour, Massiani, et Sari-Minodier 2012). Les autrices y décortiquent un cas unique : celui d'une secrétaire souffrant du syndrome du canal carpien ayant fait l'objet d'une reconnaissance comme maladie professionnelle, et analysent les conditions de cette reconnaissance – et plus spécifiquement le rôle qu'a joué en ce sens le médecin de prévention. Plus récemment, dans un article paru postérieurement à la période investiguée (jusqu'en 2020), M. Gaboriau rappelle les spécificités du système de reconnaissance des maladies professionnelles de la fonction publique et décrit son fonctionnement à partir d'une enquête sociologique menée au sein de la fonction publique territoriale de la Mairie de Paris. Elle montre que l'absence de présomption d'imputabilité renforce certains obstacles à la reconnaissance des maladies professionnelles observés dans le régime général : par exemple, les fonctionnaires concernés font face à un travail de constitution de leur dossier marqué par une grande incertitude quant aux critères de recevabilité de leur demande et celle-ci est acceptée de manière très variable en fonction du médecin agréé qui est nommé pour l'instruire (Gaboriau 2021).

De la même manière, les modalités de reconnaissance des maladies professionnelles, et les mécanismes propres de sous-reconnaissance, pour la population de travailleurs indépendants (hors exploitants agricoles) ne sont quasiment pas abordés dans le corpus. Seul un article de santé publique traite du sous-recours au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) des artisans retraités souffrant d'une maladie en lien avec l'amiante (Goulard et al. 2018), constatant que seuls 12% de cette population a recours au FIVA. Les auteurs montrent que le fait d'avoir conscience d'avoir été régulièrement exposés à l'amiante est déterminant pour engager des démarches. Cependant, la question du statut d'emploi et de ses spécificités face aux démarches de reconnaissance n'est pas posée. De plus, face au constat de sous-reconnaissance, les auteurs s'interrogent ainsi : « méconnaissance du système ou choix délibéré ? », ce qui témoigne d'une représentation simpliste des mécanismes de sous-reconnaissance.

6. Types de pathologies abordées selon les facteurs de risques associés⁴

Les tableaux de maladies professionnelles sont établis selon un schéma qui met en regard des maladies (première colonne) et des expositions à des travaux susceptibles de provoquer ces maladies (troisième colonne). Les travaux du corpus sur la sous-déclaration et sous-reconnaissance des maladies professionnelles peuvent :

- Porter sur le système de reconnaissance des MP en général ou en se focalisant sur un acteur du dispositif (par ex. les médecins généralistes), sans s'intéresser à un tableau, une pathologie ou une exposition en particulier ;
- Porter sur les mécanismes de sous-déclaration ou sous-reconnaissance en s'intéressant à un ou des tableaux particuliers ;
- Porter sur les mécanismes de sous-déclaration ou sous-reconnaissance en s'intéressant à une pathologie ou un type de pathologie en général (par ex. les cancers) ;
- Porter sur les mécanismes de sous-déclaration ou sous-reconnaissance en s'intéressant à un ou des types d'exposition (par ex. les pesticides).

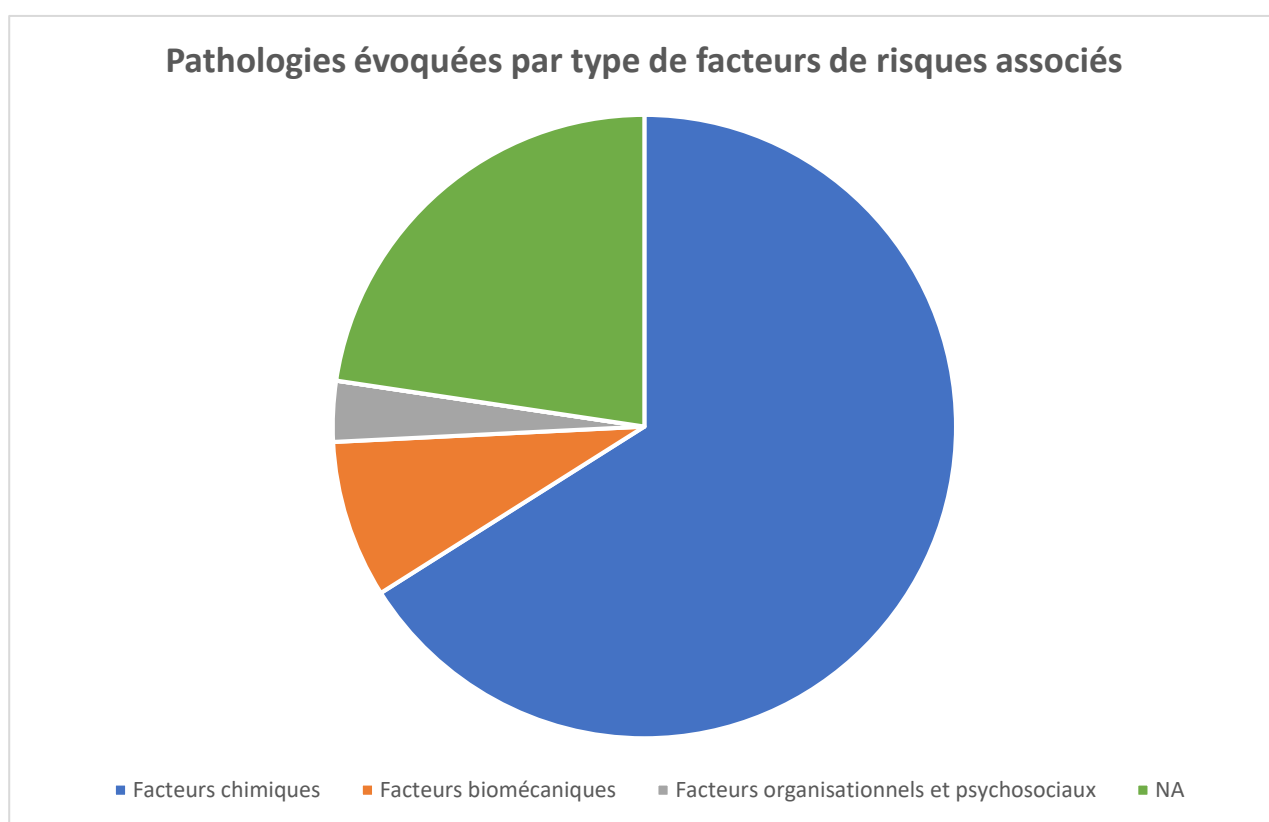
Nous pouvons nous appuyer sur ce niveau d'analyse pour caractériser la physionomie du corpus. Nous avons procédé à un classement des travaux qui le composent en fonction de leur intérêt pour des facteurs de risques, définis largement, qui peuvent entraîner des maladies professionnelles. Cela permet de mettre en évidence le fait qu'aucune des publications ne traite explicitement de la sous-reconnaissance de pathologies associées à des facteurs d'ambiance ou à des facteurs biologiques.

En revanche, une grande majorité des publications du corpus (107 sur 166) traitent de pathologies liées à des expositions à des facteurs de risques chimiques. Sur ces

⁴ Certaines publications présentent une entrée thématique et non pas centrée ni sur une pathologie ni sur un ou des facteurs de risques associés (NA).

107 publications, 56 traitent spécifiquement⁵ de cancers professionnels, ce qui représente près d'un tiers du corpus.

La sous-reconnaissance des pathologies associées à des facteurs de risques biomécaniques est spécifiquement évoquée dans 15 publications, et 5 publications traitent de la sous-reconnaissance de pathologies associées à des facteurs organisationnels et psychosociaux, tandis qu'aucune publication n'entre par des pathologies liées à des facteurs d'ambiance ou des facteurs biologiques. On note enfin que 36 publications ont une entrée thématique sur la problématique de la sous-reconnaissance qui n'est pas centrée sur une pathologie ou un facteur de risque en particulier (NA) : cela peut être les publications qui traitent du système des tableaux ou du système de prévention par exemple.



Des publications hors corpus ont été mobilisées pour une meilleure compréhension de la problématique. En SHS, il s'agit surtout de publications étrangères qui permettent d'inscrire les recherches menées en France dans un contexte plus large ou d'en pointer les angles morts, mais aussi de publications qui n'étudient qu'un seul cas, ou encore de publications qui ne rentrent pas dans le cadre temporel de l'étude, qu'elles soient plus anciennes ou, au contraire, très récentes. Un ouvrage notable fait suite à un colloque marquant les cent ans de la loi de 1919

⁵ Un découpage du corpus par pathologie abordée aurait pu faire apparaître cette prépondérance des cancers professionnels sur la totalité des publications. Cependant, le corpus ne traite pas toujours directement et spécifiquement des pathologies elles-mêmes mais parfois plus globalement d'une exposition qui donne lieu à diverses pathologies peu ou mal reconnues : c'est par exemple le cas de beaucoup de publications de SHS portant sur les pesticides ou l'amiante. Il nous a semblé qu'une description par grands facteurs de risques permettrait de classer les publications de manière à donner à voir les secteurs les plus étudiés et ceux qui, au contraire, sont désertés par la recherche.

ouvrant la possibilité de reconnaissance des maladies professionnelles, qui porte en elle les germes de la sous-reconnaissance des maux du travail (Cavalin et al. 2021). En santé publique, certaines publications exclues du corpus car ne traitant pas explicitement des mécanismes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance, mais mentionnant le phénomène, ont aussi été mobilisées.

Ainsi, la problématique de la sous-reconnaissance apparaît comme une problématique de sciences sociales, contre laquelle des médecins et épidémiologistes expérimentent différents moyens d'action qu'ils présentent dans des publications. Il s'agit d'une part des dispositifs de repérage à l'hôpital et, d'autre part, des dispositifs de surveillance sanitaire. A noter que parmi les publications décrivant ces dispositifs, nous n'avons inclus dans le corpus que celles qui s'inscrivaient explicitement dans une problématique de lutte contre la sous-déclaration.

Synthèse bibliographique

Qu'apprend-on, dans ces publications, sur les mécanismes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles ?

Pour répondre à cette question, nous proposons dans ce rapport une analyse du corpus selon trois axes distincts et complémentaires. Ceux-ci ont été choisis, en concertation avec les membres du GT et l'Anses, car ils permettent de présenter les apports majeurs des travaux du corpus, mais aussi d'en souligner certains angles morts. Ils n'épuisent bien évidemment pas les lectures qu'il est possible de faire de ces travaux.

Un premier axe de lecture consiste à explorer ce que le corpus nous apprend sur le rôle des acteurs sociaux et institutions qui interviennent dans le processus de reconnaissance des maladies professionnelles. Au regard de cet axe, nous aurons une attention particulière au rôle des acteurs médicaux, qui a fait l'objet de plusieurs recherches. Nous pointerons également l'absence de travaux sur certains types d'acteurs.

Un second axe de lecture consiste à explorer la manière dont les travaux du corpus articulent leur analyse des mécanismes de sous-reconnaissance des maladies professionnelles à l'analyse de processus sociaux plus larges bien étudiés par les sciences sociales. Nous nous interrogeons en particulier sur ce que nous apprennent les travaux du corpus sur les discriminations que subissent certaines catégories de travailleurs (femmes, étrangers) dans le processus de reconnaissance des MP. Nous pointons en particulier que ces discriminations sont surtout abordées par des travaux qui s'intéressent aux mouvements sociaux engagés dans la lutte pour l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles.

Un troisième axe de lecture consiste à se pencher sur une caractéristique frappante de la physionomie du corpus (cf. II. 4.), à savoir le fait que les travaux sur la sous-reconnaissance des MP semblent s'être focalisés sur certaines pathologies ou certains facteurs de risques. Nous synthétisons les apports de la littérature sur les phénomènes de sous-déclaration/sous-reconnaissance en tant qu'ils sont spécifiques d'une pathologie ou d'un type de pathologies (en l'occurrence, les cancers), et nous interrogeons sur les raisons de la moindre focalisation des publications sur certains types de pathologies (en prenant l'exemple de la difficile reconnaissance des psychopathologies professionnelles).

Chapitre 1.

Interroger la sous-reconnaissance des MP au prisme des acteurs et institutions du dispositif de réparation

La reconnaissance en maladie professionnelle fait intervenir une multitude d'acteurs et institutions. En amont de l'engagement dans des démarches de reconnaissance par les victimes, des acteurs contribuent directement à influencer le système de reconnaissance (scientifiques qui produisent des savoirs sur le lien entre travail et santé ; experts et groupes d'intérêts qui négocient les tableaux ; administrations qui modifient les procédures de reconnaissance ; etc.). Plus en aval, les démarches de reconnaissance elles-mêmes impliquent l'intervention d'une multitude d'acteurs, outre les victimes, à différentes étapes des procédures (médecins, caisses de sécurité sociale, juges, médias, etc.). Ces acteurs peuvent aussi bien faciliter que faire obstacle aux démarches de reconnaissance. Les travaux présents dans le corpus évoquent souvent plusieurs de ces acteurs et institutions mais peuvent aussi choisir de mettre certains d'entre eux au cœur de leurs analyses.

I. Les médecins, les savoirs médicaux et la reconnaissance des maladies professionnelles, un angle privilégié de la littérature

1. Le manque de formation et d'intérêt des professions médicales pour les pathologies professionnelles et les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle au cœur des travaux en santé publique

1.1. Les enquêtes en santé publique auprès des médecins : une objectivation du défaut de formation et d'un faible intérêt pour les maladies professionnelles

Environ un quart des publications de santé publique identifiées dans le corpus traitent directement du rôle des médecins dans le processus de déclaration, et une majorité d'entre elles le mentionne. La plupart de ces publications insistent sur l'absence de formation et d'intérêt des médecins pour les maladies professionnelles.

L'hypothèse que les médecins sont insuffisamment informés, armés et impliqués face aux enjeux des maux du travail et de leur compensation est par exemple au cœur des recherches d'une des principales équipes de recherche qui a étudié la sous-reconnaissance des maladies professionnelles sur la période étudiée. Cette équipe de la région PACA a mené plusieurs études qualitatives et quantitatives auprès de médecins généralistes et spécialistes depuis 2005 (Sandrine Arnaud et al. 2008 ; Verger, Viau, et al. 2008 ; Pardon et al. 2009 ; Sandrine Arnaud et al. 2010)⁶. Voici quelques résultats :

- Des publications s'appuient sur une enquête originale conduite par téléphone auprès de médecins, généralistes d'une part et rhumatologues d'autre part. À l'aide d'un questionnaire et

⁶ La lecture d'un rapport de recherche (Verdier 2008) nous renseigne sur le contexte de ces études et des publications qu'elles suscitent. Les auteurs y citent une action transversale fixée dans le Programme régional santé travail de la région PACA qui consiste à « développer l'implication des médecins soignants dans la prévention des risques » (p.41), mais aussi plus généralement à créer des ponts entre santé publique et « santé travail ».

d'un cas de sciatique professionnelle avec hernie discale, les auteurs suggèrent que les médecins enquêtés se montrent très peu enclins à conseiller à leurs patients de demander réparation de leurs TMS au titre d'une maladie professionnelle (Sandrine Arnaud et al. 2008 ; Verger, Viau, et al. 2008).

- Une publication explore l'accompagnement de pneumologues dans des démarches de reconnaissance de pathologies pulmonaires (Verger, Arnaud, et al. 2008). Elle met l'accent sur le fait que, pour les cancers broncho-pulmonaires, les praticiens ont d'abord tendance à s'arrêter au statut tabagique des patients dans leur recherche de cause à la maladie. De plus, même en cas de facteurs d'exposition professionnelle avérés à des toxiques cancérigènes, le tabagisme d'un patient dissuade les médecins qui le/la traitent de lui recommander d'effectuer des démarches de reconnaissance. Les résultats de cette enquête mettent aussi en correspondance la charge de travail des médecins et leur propension à encourager les patients dans une démarche de déclaration. Dans le contexte d'une charge de travail élevée pour les médecins, la déclaration d'une pathologie en lien avec le travail n'apparaît apparemment pas prioritaire par rapport au reste de leur activité.

Ces travaux questionnent les différences de pratiques entre spécialités médicales. Ils tendent par exemple à faire apparaître les médecins spécialistes comme plus réticents que les médecins généralistes à appuyer des démarches de déclaration, un résultat inverse à celui mis en avant par A.-C. Brisacier dans son travail doctoral (2008).

Ces études explorent également les registres de justification développés par les médecins pour rendre compte de leur faible engagement dans l'accompagnement des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle. L'invocation de possibles facteurs extra-professionnels pouvant expliquer la pathologie des patients qu'ils soignent arrive en tête, suivie de la conviction que la procédure devrait être une déclaration d'accident du travail et que ce rôle de conseil incombe au médecin du travail. Enfin, les médecins se soucieraient aussi des répercussions de cette déclaration sur l'emploi ou l'employabilité future du patient. Selon ces publications, les praticiens sont alors confrontés à un « dilemme » : « risque social d'un côté, non-reconnaissance des droits du salarié de l'autre » (Saliba et al. 2007 ; Arnaud et al. 2008).

En santé publique, la question du rôle des médecins pour les enjeux de reconnaissance des maladies professionnelles est abordée également dans plusieurs thèses de médecine qui peuvent adopter des démarches qualitatives ou quantitatives (par exemple, Brisacier 2008 ; Dillman 2012 ; Dubrulle 2015).

La thèse d'A-C Brisacier (2008), effectuée dans le cadre scientifique du GISCOP93 (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine Saint denis) se penche sur la « contribution des médecins à la déclaration et la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle » (Brisacier 2008) mais elle s'intéresse aussi, en creux, aux situations où les médecins s'abstiennent de jouer leur rôle d'intermédiaire et aux obstacles invoqués. À partir d'entretiens avec différents médecins, elle souligne que la somme de connaissances requise pour la déclaration de cancers professionnels sortirait du champ de compétences d'un médecin qui n'est pas spécialisé en médecine du travail. Il faudrait en effet selon elle des connaissances à la fois en toxicologie, en ergonomie, et en épidémiologie, mais aussi une connaissance des professions et de leur évolution, et enfin une connaissance fine des tableaux de maladies professionnelles et des procédures de reconnaissance en maladie professionnelle, pour l'établissement d'un CMI (p.22-23). Elle ajoute que la reconstitution des parcours professionnels, nécessaire à l'identification de liens entre santé et travail, est chronophage et nécessite, elle aussi, des compétences spécifiques (le GISCOP fonde son dispositif sur ces reconstitutions, effectuées par des enquêteurs et enquêtrices qui sont plutôt issus.es des sciences sociales). Les médecins auraient des difficultés à identifier les expositions : les procédés de fabrication sont multiples et évoluent dans le temps, les

salariés manipulent des produits aux compositions inconnues, ou bien ne se souviennent plus des produits manipulés. Enfin, si sa thèse met l'accent sur ces difficultés d'identification de liens entre santé et travail, elle montre que la « sous-rédaction de CMI » est aussi une question de méconnaissance des procédures de déclaration. Au regard de cet enjeu, A.C. Brisacier insiste en particulier sur le fait que des médecins affirment ne pas effectuer de CMI faute de certitude sur les liens de causalité entre la pathologie (en l'occurrence, des cancers) et l'activité professionnelle. Or, cette certitude n'est pas nécessaire à l'établissement du certificat médical, qui ne vient attester que de la maladie. Cette méconnaissance du principe de présomption d'imputabilité a des conséquences importantes sur la « sous-rédaction » de CMI et est largement évoquée dans plusieurs travaux du corpus (par ex. Saliba et al. 2007 ; Arnaud et al. 2010 ; Dillman 2012 ; Marichalar 2016).

- Dans sa thèse, en particulier, J. Dillman (2012) rappelle qu'un CMI doit comporter : la maladie constatée (en se référant explicitement au tableau correspondant), la date de la première constatation de la maladie, et enfin l'exposition professionnelle incriminée. La présence ou l'absence de facteurs individuels ne devrait pas rentrer en compte à ce stade de la procédure. Elle fait le constat que dans le cas des maladies à l'étiologie complexe et dont les causes peuvent être multiples, les facteurs professionnels sont souvent sous-estimés. Elle montre que l'existence d'un tabagisme est à l'heure actuelle un obstacle à la reconnaissance dans la plupart des cas, alors que la littérature scientifique s'accorde à dire que l'existence de ce facteur ne permet pas d'exclure l'origine professionnelle d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) mais que son absence renforce la plausibilité d'un lien de causalité (Dillmann 2012, 57). Plus largement, d'après son enquête, les causes de non-déclaration invoquées par les médecins sont les suivantes : un manque de certitude sur les étiologies professionnelles reconnues et le fait que la déclaration relèverait selon eux d'un autre professionnel de santé (« ce n'est pas mon rôle »), viennent ensuite une complexité administrative, des causes professionnelles qui n'ont pas été évoquées, des chances réduites de voir la démarche aboutir, et enfin des craintes de retombées sur la situation socio-professionnelle du patient et le manque de temps.

- À partir du constat d'un niveau très faible de déclaration de la maladie de Parkinson professionnelle dans le Nord-Aveyron, R. Dubrulle interroge dans sa thèse des médecins généralistes à ce sujet (Dubrulle 2015). Seuls 19 % des médecins généralistes interrogés déclarent faire cette déclaration « souvent » ou « toujours » lorsque les conditions sont réunies lors de la première consultation. Ainsi, d'après R. Dubrulle, une des raisons de la sous-déclaration tient au fait que les médecins du travail, « logiquement plus compétents », ne sont pas en capacité d'assister les salariés du fait du temps de latence entre exposition et maladie et de l'éloignement entre les patients et leur milieu (ou ancien milieu) de travail, et que ceux qui se retrouvent à « devoir » réaliser les déclarations sont alors le médecin traitant ou le médecin spécialiste d'organe, moins compétents.

1.2. Délégation du (sale) boulot et « cloisonnement » des spécialités

Les travaux de santé publique du corpus insistent sur le cloisonnement des spécialités médicales et, en particulier, sur l'absence de liens entre la médecine du travail et les autres spécialités, comme obstacle majeur à la reconnaissance des maladies professionnelles.

En effet, le positionnement individuel vis-à-vis des liens entre santé et travail des médecins interrogés dans les études menées relève d'une dynamique collective, en lien avec une division du travail propre à la profession médicale : il existe une spécialité médicale, la médecine du travail, relativement peu valorisée, consacrée aux maux du travail. Les spécialités plus prestigieuses ont tendance à considérer que la prise en charge des enjeux de maladies professionnelles est du ressort exclusif de la médecine du travail, et, en même temps, à ne pas s'y intéresser et à ne pas communiquer avec ses praticiens :

« Les médecins sont mal armés face à ces situations, en termes de connaissances, mais aussi de recours possibles à des réseaux d'aide et de compétence, du fait d'un cloisonnement important des pratiques. » (Saliba et al., 2007, p. 380).

Les contraintes médico-légales qui pèsent sur les médecins et patients qui souhaitent faire reconnaître une pathologie d'origine professionnelle sont telles que ces démarches relèvent bien moins d'un savoir médical « pur » que d'un ensemble de stratégies et de calculs qui peuvent sembler loin du diagnostic et donc du « cœur de métier » du médecin spécialiste consulté, tournant souvent autour d'un organe et de son fonctionnement. La médecine du travail, à l'inverse, est une spécialité qui puise son expertise dans une connaissance non seulement du corps humain et de son fonctionnement mais aussi des milieux de travail et des expositions professionnelles, ainsi que, dans une certaine mesure, de la législation qui entoure ces expositions aux risques et leurs conséquences sur la santé des salariés. Ce mandat pluriel des médecins du travail est profondément ancré dans le système productif, ce qui aurait pour conséquence de « dénaturer » le savoir médical, mais aussi de le corrompre (Marichalar 2014). Ainsi, la hiérarchie entre les spécialités positionne la médecine du travail au rang des spécialités les moins prestigieuses, ce qui influe sur la manière dont les tâches relatives aux pathologies d'origine professionnelle sont perçues et divisées.

Si les médecins du travail ont les moyens d'opérer ces liens entre le travail et certaines pathologies et sont perçus par leurs confrères et consœurs comme devant accompagner des démarches de reconnaissance, les travaux du corpus soulignent qu'ils ne le font pas systématiquement. Plusieurs de ces travaux montrent par exemple les obstacles à ce que les médecins du travail rédigent eux-mêmes des CMI. D'une part, leur statut de salariés, bien qu'il soit protecteur, peut avoir un effet dissuasif : il est ainsi plus confortable pour les médecins du travail de se reposer sur les généralistes pour les CMI (Brisacier 2008). D'autre part, les services de santé au travail fonctionnent aujourd'hui avec de plus en plus de personnel non-médical ou paramédical, qui n'est pas en mesure d'effectuer les certificats médicaux initiaux. Les médecins du travail, de moins en moins nombreux, voient leur charge de travail augmenter et leur métier évoluer fortement, entre des exigences médico-légales accrues et un rôle de prévention primaire difficile à tenir (Barlet 2019). L'étude menée par C. Pardon et al. dans le Sud Est de la France sur les « attitudes, opinions, pratiques » vis-à-vis des cancers professionnels montre des médecins du travail aux prises avec une « crise identitaire » et déplorant une faible efficacité de leurs propres pratiques (Pardon et al. 2009). Certains médecins interrogés se disent peu enclins à participer à la démarche de déclaration, souhaitant limiter leur rôle à la prévention.

Enfin, le fait de considérer l'appui dans la procédure de déclaration comme relevant du médecin du travail est problématique pour toute la population qui ne relève pas de la médecine du travail : les pathologies à effets différés touchent surtout les retraités, qui ne bénéficient pas de suivi post-professionnel, les personnes sans emploi ou en arrêt maladie longue durée ne sont pas non plus suivies par les services de santé au travail (Ibid.), et le suivi des salariés précaires est souvent déficient.

Le cloisonnement entre les disciplines, et entre les savoirs qui les caractérisent, est une importante conclusion commune de ces publications. Qu'elle s'exprime par un manque d'intérêt, un manque de formation ou de compétences, la réticence face à la démarche de déclaration prend avant tout ses sources dans un milieu médical à la fois cloisonné et hiérarchisé, où les problématiques médico-légales de santé au travail sont rarement considérées par les soignants comme étant de leur ressort.

2. Lutter contre la sous-déclaration par la formation et un décroisonnement des spécialités

La littérature en santé publique sur la sous-reconnaissance des MP de notre corpus n'est pas simplement descriptive. Elle s'intéresse aussi aux moyens de lutter contre cette sous-reconnaissance et les recherches sont parfois produites dans le cadre de dispositifs visant directement à lutter contre cette sous-reconnaissance et certains des facteurs qui la favorisent. Ces dispositifs se donnent pour objectif l'amélioration de l'information et de la formation des médecins concernant les maladies professionnelles, mais aussi et surtout un décroisonnement des spécialités et la mise en place de pratiques collaboratives.

2.1. Une action de communication de la part de spécialistes des pathologies professionnelles

Certains médecins spécialistes en pathologie professionnelles, conscients de la problématique de sous-déclaration et engagés dans une démarche visant à la réduire, ciblent leurs confrères et consœurs dans des publications à vocation pédagogique. Si ces publications sont apparues assez largement dans les bases de données avec les mots clés utilisés, la plupart ont été exclues du corpus final car elles ne s'appuient pas sur des études originales mais ont une vocation didactique.

Ainsi, *La revue du praticien*, mais aussi d'autres revues professionnelles, publient des articles qui expliquent les démarches de déclaration aux médecins tout en détaillant ce qui est de leur ressort, ce qu'ils peuvent faire face à certains symptômes. Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de ces démarches à la fois pour leurs conséquences financières pour les victimes mais aussi pour la mise en visibilité des maux du travail et leur prévention (Ameille 2004 ; Ameille et al. 2005 ; L'Huillier et Choudat 2009 ; Ameille et al. 2013 ; Choudat 2000; 2003 ; 2014).

Par exemple, l'article de L'Huillier et Choudat (2009) a pour visée de sensibiliser les pneumologues à la démarche de déclaration des MP, avec notamment des liens et conseils didactiques sur les étapes de la déclaration, le système de tableau/hors tableau, les différents types de régimes... Il met l'accent sur l'importance du rôle des médecins, surtout pneumologues, dans la Déclaration de maladie professionnelle (DMP) et, pour inciter ces derniers, insiste aussi sur les enjeux sociaux de cette DMP pour les personnes touchées, notamment les conséquences sur l'emploi. L'idée est d'apporter des éléments de réflexion sur le contexte de cette démarche de déclaration pour aider patients/victimes et médecins à orienter leurs décisions. Alors que

les médecins comme les victimes peuvent craindre une moindre employabilité et être réticents à s'engager dans une démarche de déclaration pour cette raison, les auteurs indiquent que la reconnaissance en maladie professionnelle donne droit à un accompagnement spécifique au retour à l'emploi à la victime.

La procédure de déclaration engage les médecins hospitaliers qui reçoivent les victimes en consultation, ils sont donc des cibles de ces actions de communication pour réduire la sous-déclaration. Les CRRMP, qui reçoivent les demandes de reconnaissance au titre du système complémentaire sur lesquels des experts doivent statuer, sont aussi identifiées comme des lieux de sous-déclaration : ces mêmes auteurs de publications didactiques à l'attention des médecins spécialistes rédigent également des guides à l'attention des CRRMP, publiés par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) à la demande de la Direction générale du travail (DGT), de la sécurité sociale et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), devant permettre d'harmoniser les pratiques (dont on verra plus loin que les divergences ne tiennent pourtant pas seulement de confusions techniques mais bien de positionnements à la fois scientifiques et politiques).

2.2. Des dispositifs de repérage pour créer des liens entre les services

Dans sa thèse, A.-C. Brisacier s'étonne que la législation prenne pour acquis le fait que la victime se sache victime et qu'elle soit consciente de l'origine professionnelle de sa maladie, puis fasse d'elle-même appel à un médecin pour établir un certificat (Brisacier 2008, 30). La question du processus d'identification du lien entre des expositions professionnelles passées ou présentes et la pathologie est absente. Or, la littérature identifie clairement le personnel médical comme un maillon essentiel de cette identification. Certaines publications du corpus décrivent des dispositifs de recherche et d'action qui visent à aller au-delà des seuls objectifs d'information et de formation des médecins (ou de la population générale) dont l'efficacité est aléatoire tant elle dépend de l'ouverture de ses lecteurs et lectrices à la question des pathologies professionnelles. Il s'agit de mettre en œuvre des dispositifs de repérage et d'accompagnement des patients mais aussi de créer des liens de collaboration durables entre les services hospitaliers qui traitent des maladies dont les étiologies peuvent être professionnelles et les services de pathologies professionnelles qui se sont développés dans les hôpitaux. La nécessité de structurer de tels liens est par exemple évoquée dans un article du corpus sur les cancers de la vessie d'origine professionnelle en Haute Normandie, dans lequel les auteurs encouragent notamment les urologues hospitaliers à solliciter leurs confrères et consœurs des services de pathologies professionnelles :

« La sensibilisation des médecins concernés apparaît fondamentale, au premier rang desquels les urologues et les médecins généralistes. Si la déclaration de maladie professionnelle doit être effectuée par le patient, il appartient au médecin de rédiger le certificat médical initial indispensable à la procédure. Dans notre étude, l'urologue était le principal professionnel à l'origine de la demande d'exonération du ticket modérateur, illustrant par conséquent son rôle primordial dans la défense des intérêts de son patient après la découverte d'un cancer de vessie. Le temps et les connaissances nécessaires à la réalisation d'une enquête professionnelle précise pouvant constituer un obstacle, la présence d'une consultation de pathologie professionnelle au

sein de la majorité des Centres hospitalo-universitaires (CHU) constitue une aide précieuse que l'urologue ne doit pas hésiter à solliciter » (Audureau et al. 2007).

Ces dispositifs utilisent la maladie (souvent, le cancer) comme « événement sentinelle », à partir duquel les expositions à divers toxiques dans le cadre professionnel pourront être interrogées. Ils reposent souvent sur la diffusion de questionnaires de repérages administrés par un personnel médical, ou via des auto-questionnaires⁷. Ces vingt-cinq dernières années, de telles initiatives ont été développées dans plusieurs régions françaises et sont mentionnées dans des publications :

- En 1996 par exemple, en région parisienne, une collaboration entre un service de pneumologie et un service de pathologie professionnelle s'est traduit par la mise en œuvre d'un questionnaire de repérage systématique des expositions professionnelles auprès de patients atteints de cancers des poumons (Legrand Cattan et al. 2000). Quand des expositions étaient identifiées, les patients étaient alors encouragés à entamer une démarche de déclaration.
- Un dispositif similaire a été mis en place à Grenoble pour identifier parmi les cancers broncho-pulmonaires ceux qui pourraient être dus à une exposition professionnelle et faire l'objet d'une déclaration entre 1996 et 1998 (De Lamberterie et al. 2002).
- Plus de dix ans plus tard, une expérimentation similaire fut lancée dans un hôpital lyonnais, sous l'impulsion du « Plan cancer » : suite à un questionnaire portant sur leurs possibles expositions professionnelles à des cancérogènes, des patients souffrant d'un cancer broncho-pulmonaires sont orientés vers des consultations « cancers professionnels » et accompagnés dans des démarches de déclaration (Cellier et al. 2013). Quelques années plus tard de nouveaux résultats sont publiés qui confirment les bénéfices de ce repérage via un auto-questionnaire sur les démarches de demandes de réparation (Pérol et al. 2018 ; Varin et al. 2017).
- Le système de l'auto-questionnaire est aussi utilisé à Saint Etienne (Pelissier et al. 2016 ; 2017).
- A Brest, une consultation de pathologie professionnelle dite « de liaison » est créée en 2016 et permet une recherche d'étiologies professionnelles chez des patients en cancérologie et hématologie (Grignoux et al. 2020).

Si ces initiatives sont encourageantes, elles sont rarement pérennes, ne sont pas systématiques et sont centrées sur certaines pathologies (cancers d'origine professionnelle, et plus particulièrement encore les cancers broncho-pulmonaires). D'autres initiatives plus pérennes et reposant sur des méthodologies d'accompagnement et de caractérisation des expositions plus complexes ont pu être développées. C'est le cas par exemple du groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle ou GISCOP 93, que nous présentons en détail plus loin (voir chapitre 3, première sous-section) et auquel de nombreux travaux du corpus sont rattachés.

2.3. La surveillance des maladies professionnelles : un moyen d'éclairer la sous-déclaration

Plusieurs dispositifs de surveillance des risques professionnels sont identifiés dans la littérature. Sans viser directement à repérer et accompagner des victimes individuelles, ils contribuent à évaluer les expositions aux facteurs de risques susceptibles de favoriser le

⁷ Notons que quelques expériences similaires sont menées à l'étranger et publiées dans des revues francophones, par exemple en Belgique, où des chercheurs en santé publique concluent à l'« utilité du médecin spécialiste en médecine du travail au sein de l'hôpital pour le repérage des expositions professionnelles chez des patients atteints d'un cancer d'origine pulmonaire » (Morelle et al. 2012).

développement d'une maladie professionnelle, à objectiver l'ampleur de la sous-reconnaissance et à sensibiliser les différents acteurs médicaux et non médicaux à ce phénomène.

- Plusieurs publications rendent par exemple compte du travail de l'« Observatoire national de l'asthme professionnel » (ONAP) mis en place de 1996 à 2001 dans une visée de surveillance de l'asthme professionnel (J. Ameille et al. 2003). Bien que ces publications n'explorent pas directement les mécanismes de la sous-déclaration ou de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, elles permettent de mettre en lumière et de quantifier approximativement, le phénomène :

« Le biais principal de ce système de surveillance est lié au signalement volontaire par le médecin. De ce fait, le nombre d'asthmes professionnels signalés est probablement sous-estimé par rapport à l'incidence réelle. Néanmoins, ce nombre est approximativement le double du nombre de cas reconnus officiellement en maladie professionnelle. Par ailleurs, la reproductibilité des résultats retrouvée année après année est un encouragement pour l'Onap qui est ainsi capable de fournir en France une estimation de l'incidence de l'asthme professionnel et de ses étiologies ». (Kopferschmitt-Kubler et al. 2003)

D'autres publications rendent compte de dispositifs de surveillance plus pérennes. Nous pouvons en évoquer certains :

- Le dispositif PROPOUMON, qui « vise à améliorer le repérage, la reconnaissance et l'indemnisation des cancers broncho-pulmonaires (CBP) d'origine professionnelle en maladie professionnelle à partir d'un auto-questionnaire » (Varin et al. 2017)

- Le Programme National de Surveillance du Mésothéliome (PNSM) : Ce dispositif créé en 1996 à l'initiative de chercheurs de l'INSERM, contribue à l'estimation des mésothéliomes non déclarés (39% en 2006, Goldberg et al. 2006).

- Le programme de déclaration des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) : mis en place en 2003, à l'initiative d'actrices et d'acteurs locaux des Pays de la Loire et de l'Institut national de veille sanitaire, celui-ci s'appuie sur une obligation légale pour « tout docteur en médecine », inscrite dans la loi depuis 1946 (article L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale, ancien article L. 500) de signaler les maladies à caractère professionnel. Il vise à l'amélioration des signalements de MCP dans un objectif de production de connaissance épidémiologique : chaque année, pendant deux semaines, des médecins du travail sont encouragés à déclarer toutes les pathologies qu'ils rencontrent en lien avec le travail. Au total, une douzaine de publications exploitent les résultats d'enquête sur les MCP, en Midi Pyrénées, en Pays de la Loire, en Poitou Charente, en PACA ou sur la France entière (Signouret, Ageorges, et Vareilles 1990 ; Debarre et Berson 2008 ; Valenty et al. 2008 ; Daubas-Letourneux 2008 ; Rivière et al. 2012 ; 2014 ; 2015 ; 2012 ; Ha et al. 2005 ; 2007 ; 2009) .

Si certaines d'entre elles font mention de l'existence du phénomène de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles, ces publications n'instruisent explicitement que très rarement les mécanismes qui la sous-tendent (par ex. Rivière et al. 2018). Elles sont donc considérées la plupart du temps comme « hors corpus » dans ce rapport. Ces dispositifs de surveillance de pathologies professionnelles, animés par des médecins et des chercheurs en santé publique, présentent d'abord l'avantage de rendre visibles ces pathologies et de contribuer – en sus des données épidémiologiques disponibles – à en estimer l'ampleur. Ils présentent en même temps l'avantage potentiel de favoriser la déclaration, et donc la reconnaissance des maladies ciblées, sur la période de l'expérimentation, voire au-delà, puisqu'on peut supposer que les praticiens qui participent à leur animation sont sensibilisés à cet enjeu du fait de leur participation. Cependant, ces effets potentiels ne sont pas évalués.

3. La médecine et la reconnaissance sous le regard des SHS : contextualisation politique et sociale

Les études issues de la santé publique évoquées jusqu'à présent partent du principe que beaucoup de pathologies d'origine professionnelle ne sont pas reconnues parce qu'elles ne sont pas identifiées comme telles par les médecins qui sont consultés pour leur traitement ou parce que ceux-ci n'ont pas à disposition les compétences ou les outils pour repérer ou accompagner les victimes. D'autres publications, issues des sciences sociales, analysent également le rôle des médecins dans la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, mais elles le font en élargissant l'analyse au contexte social et politique de l'activité médicale.

3.1. En amont et en aval du processus de reconnaissance, des savoirs médicaux au cœur de rapports de force

Si on a vu que l'étape de la déclaration faisait l'objet d'études réflexives en santé publique, les sciences sociales montrent que cette réflexivité pourrait être plus largement étendue à l'ensemble du processus de sous-reconnaissance, aussi bien en amont qu'en aval de la déclaration.

Un certain nombre de travaux du corpus, inscrits souvent en sciences politiques, explorent ainsi la manière dont, en privilégiant certaines thématiques de recherche ou certaines méthodologies, des médecins peuvent, au côté d'autres acteurs engagés dans la recherche scientifique, contribuer à « construire de l'ignorance » sur les maladies professionnelles (Thébaud-Mony 2004a ; 2008a ; Henry 2017). Certains travaux mettent en avant le fait que cette « construction de l'ignorance » se développe sous l'influence plus ou moins directe d'acteurs représentant des intérêts industriels et économiques. C'est par exemple ce qu'explique A. Thébaud-Mony en ce qui concerne la mise en doute de la toxicité des courtes fibres d'amiante, qui a pu affecter les décisions de reconnaissance des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) dans le cas des mécaniciens de l'automobile, car la preuve d'exposition est plus difficile à apporter en l'absence de consensus scientifique sur la toxicité des fibres courtes. Plusieurs travaux explorent ainsi comment certains modes de raisonnement et d'enquêtes de l'épidémiologie en santé au travail conduisent à faire obstacle à l'exploration des effets sanitaires de certains facteurs professionnels ou à sous-estimer leurs effets sur certaines populations (Council et Henry 2016; Betansedi 2018a; 2018b).

D'autres travaux de sciences sociales explorent également le rôle central joué par les médecins dans le « processus de catégorisation institutionnelle des maladies professionnelles » (Primerano 2019), en s'intéressant notamment aux multiples instances d'expertises scientifiques et médicales où ils sont appelés à se prononcer sur l'état général des connaissances disponibles sur une maladie, en amont des démarches de reconnaissance. Plusieurs travaux historiques et sociologiques analysent ainsi le rôle des médecins dans l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles (Déplaud 2003 ; Hatzfeld 2008 ; Jouzel et Dedieu 2013 ; Rainhorn 2019 ; Cavalin et al. 2021).

Ces travaux permettent de sortir d'une conception pacifiée et neutre de la production des savoirs médicaux en éclairant les controverses qui structurent l'espace médical. La compréhension de ces controverses passe par la prise en compte des positionnements scientifiques, politiques et sociaux des acteurs médicaux qui s'y engagent.

En amont des déclarations de maladies professionnelles, J. Primerano observe un centre de consultations de pathologies professionnelles, lieu où les étiologies professionnelles des maladies peuvent être explicitées aux patients (adressés par médecins traitant ou médecins du travail) dans le but de les guider dans une démarche de DMP. Par ces observations, elle a accès à des interactions patients/praticiens qui apparaissent conditionnées au milieu social des malades, mais aussi aux « arbitrages qui précèdent la formulation d'encouragements à amorcer une démarche de déclaration, ou non » (Primerano 2019). L'observation des réunions d'équipe lui a aussi permis d'accéder aux arbitrages, d'ordre médico-administratifs, sur la « déclarabilité » des dossiers.

Enfin plusieurs travaux du corpus analysent comment, en aval cette fois de la déclaration des maladies professionnelles, les médecins participent aux instances d'expertise où sont évaluées les demandes de reconnaissance qui sortent du système des tableaux. Ce système complémentaire, mis en place à l'échelon régional en 1993, repose sur des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ou CRRMP. Ces comités ont fait l'objet de plusieurs recherches en santé publique (Saingolet 2016 ; Letalon 2018 ; Chanson 2013 ; Chanson et al. 2013), et font aussi partie des éléments investigués par la littérature en sciences sociales qui s'intéresse aux mécanismes de sous-reconnaissance et à leurs versants institutionnels (Platel 2009 ; Primerano 2019). L'ensemble de ces travaux pointe l'hétérogénéité des décisions et des modes de fonctionnement des CRRMP. Une thèse de droit explicite ainsi les différences en termes de chances de reconnaissance en fonction des régions :

« En "alinéa 3", une victime aura plus de chance de voir son affection reconnue si elle est domiciliée à Rennes, plutôt qu'à Marseille. En "alinéa 4", vivre à Rennes devient un frein à la reconnaissance, la cour d'appel de Limoges ayant un taux de reconnaissance huit fois plus élevé » (Keim-Bagot 2015, 128).

Comment la littérature explique-t-elle de telles différences ? S. Letalon, dans sa thèse de médecine du travail, s'interroge sur la prise en compte des « co-facteurs associés » (comme un tabagisme important) par les experts médicaux (*Op.cit*). Elle montre que les pratiques médicales ne sont pas « harmonisées », et éclaire les pathologies et les tableaux qui sont le plus sujets à débat : les TMS, en particulier, mais aussi le tableau 30 (avec comme principal question le rôle accordé au tabagisme).

En sciences sociales, J. Primerano étudie le CRRMP de Lorraine auquel elle a eu accès. Elle constate que cette « reprise du médical sur l'administratif », chargé de « compenser la rigueur des tableaux » a finalement un effet limité car son cadre réglementaire reste très restrictif (Primerano 2019, p. 124-135). En effet, dans la démonstration d'un lien « direct et essentiel » entre le travail et la pathologie, la hiérarchisation des causes, notamment de cancers, s'avère impossible pour les médecins. Cependant, différents positionnements émergent et sont sources

de conflits dont les arbitrages dépendent des dynamiques de pouvoir internes, qui peuvent expliquer l'hétérogénéité des décisions entre eux.

S. Platel, dans sa thèse, explore les effets sur les victimes des décisions de ces mêmes comités et insiste, plus largement, sur la nature politique de leur travail.

« Pour être reconnu comme étant directement imputable au travail, le cancer doit-il être exempt de tout autre élément causal que les cancérogènes professionnels ? Cela constitue un recul par rapport aux instructions par tableaux, mais également une démarche plus politique que scientifique » (Platel 2009, 51-52).

Ainsi, la « catégorisation » des maladies professionnelles (Primerano 2019) apparaît comme un processus conflictuel à chacune de ses étapes, et si la littérature en santé publique donne à voir des débats sur les pratiques, la littérature en sciences sociales analyse cette conflictualité comme une problématique politique.

3.2. Des médecins : entre « garde-barrières » et militants de la cause des victimes

Les publications de sciences sociales du corpus portent également, comme de nombreux travaux de santé publique, sur le rôle des médecins dans le processus médico-administratif de reconnaissance des maladies professionnelles et sur les interactions entre médecins et victimes. Plusieurs travaux se sont attardés sur les médecins du travail. Le travail de P. Marichalar (Marichalar 2014 ; 2016) par exemple pointe leur responsabilité dans la sous-déclaration : « Leur responsabilité dans la non-reconnaissance est particulièrement engagée par le fait que, bien souvent, eux seuls pourraient faire avancer les procédures dans les moments décisifs et ils ne le font pas » alors même que le code de déontologie médicale stipule dans son article 50 que tout médecin doit « faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit », (Marichalar 2014). Le sociologue analyse cette responsabilité en lien avec le contexte juridique, social et politique d'exercice de ce groupe professionnel :

« Le statut ambigu des médecins du travail, indépendants et subordonnés à la fois, les pressions et incitations qu'ils reçoivent de toutes parts, tout comme l'ambivalence des lois qui régissent la profession, comptent pour beaucoup dans l'invisibilité des maladies professionnelles aujourd'hui » (Marichalar 2014, 110).

Il distingue, dans ce contexte, ceux qui seraient « idéologiquement prévenus » contre la reconnaissance (minoritaires selon lui), de ceux qui invoquent l'intérêt du salarié (perception de l'employeur, gains modérés, etc.) pour justifier leur inaction. Il insiste aussi sur la distance sociale entre médecins et ouvriers et les rapports de domination qui régissent leurs interactions au-delà des seuls médecins du travail (médecins généralistes, médecins hospitaliers), ou les dynamiques de loyauté entre certains médecins hospitaliers (notamment ceux qui participent aux CRRMP et qui ne veulent pas déjuger leurs collègues), phénomènes qui contribuent à ce que les médecins remplissent souvent de manière restrictive leur rôle de « garde-barrières » de l'accès au droit. D'autres sociologues reprennent ce terme de « garde-barrière » (Marchand 2018 ; Primerano et Marchand 2019, Primerano 2019) et insistent sur

l'absence majoritaire d'« implication active » des médecins dans l'accompagnement des démarches de reconnaissance (Hunsmann, Lysaniuk, et Giscop 84 2019; Brunier, Jouzel et Prete, 2021).

Plus largement, les travaux de sciences sociales suggèrent que l'engagement des médecins dans l'accompagnement vers la reconnaissance des maladies professionnelles nécessite une prise de distance critique vis-à-vis des limites du dispositif médico-administratif qui organise cette reconnaissance. Cet engagement peut prendre la forme d'actions limitées d'accompagnement, mais il est parfois articulé à un engagement plus général dans des mobilisations collectives, syndicales, politiques ou associatives. L. Pitti, par exemple, revient sur la mobilisation des travailleurs immigrés de Penarroya dans les années 1970 contre le saturnisme (Pitti 2010). D'après ses recherches, le rôle qu'ont pu jouer certains médecins dans les mobilisations des années 1970 témoignait d'une conception « sociale » de leur activité : mise en débat des savoirs médicaux et élaboration conjointe de « contre-savoirs » en matière de saturnisme nécessitaient pour les médecins de considérer leurs savoirs au cœur d'enjeux de pouvoir, et non pas « au-dessus ». Ainsi, les médecins ont pu s'engager en faveur de l'extension de la reconnaissance de certaines affections dues au travail et contribuer à une moindre sous-reconnaissance. Ce lien entre engagement politique et pratique médicale est moins exploré par la littérature en santé publique, même s'il peut être évoqué. Par exemple, l'étude de Saliba et al. (2007) suggère que les médecins syndiqués sont plus enclins à engager leurs patients dans une démarche de déclaration de MP.

3.3. Une médecine de classe ?

L'un des constats principaux de la littérature sur les maladies professionnelles, en sciences sociales comme en santé publique, est que les ouvriers sont les plus exposés aux facteurs susceptibles d'entraîner des pathologies (Volkoff et Thébaud-Mony 2000a ; Thébaud-Mony 2004b ; Gravel et al. 2016), et donc, susceptibles de s'engager dans des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle.

De nombreux travaux qui se sont intéressés à la sous-déclaration et à la sous-reconnaissance des maladies professionnelles se sont appuyés sur des entretiens et des analyses de parcours de reconnaissance de victimes appartenant à des groupes professionnels ouvriers. Ils mettent en évidence que ces victimes font face à d'importants obstacles pour obtenir une reconnaissance en maladies professionnelles, et n'ont pas toujours les ressources symboliques et matérielles pour mener à bien leurs démarches. Illustratifs sont par exemple les travaux issus du GISCOP (par exemple Marchand 2018), ou de J. Primerano, qui dans sa thèse détaille les effets d'une « lecture sociale des corps » ouvriers par les médecins qui les traitent (Primerano 2019).

Rares sont cependant dans le corpus les travaux qui se sont intéressés directement à la question de la variabilité de la reconnaissance des maladies professionnelles (et des obstacles de cette reconnaissance) en fonction des classes sociales d'appartenance. Dans une perspective

interdisciplinaire, le travail d'E. Giscquet et de ses collègues conclut, pour le mésothéliome, à un résultat quelque peu contre-intuitif : il montre en effet que « moins le niveau de diplôme est élevé, plus les patients tendent à déclarer leur maladie professionnelle » et que « les ouvriers déclarent plus volontiers leur maladie que les cadres » (Gisquet et al. 2011). Pour expliquer ce résultat, l'article suggère que les médecins, qui se représentent le mésothéliome avant tout comme une maladie ouvrière, pourraient plus systématiquement informer leurs patients ouvriers sur la possibilité de déclarer une maladie professionnelle. Cette hypothèse entre en contradiction avec d'autres travaux sociologiques mentionnés plus haut qui, au contraire, mettent l'accent sur la réticence des médecins – en particulier des médecins du travail – à accompagner les démarches de reconnaissance des ouvriers du fait de la distance sociale qui les sépare des travailleurs concernés (Marichalar 2016 ; Primerano et Marchand 2019 ; Primerano 2019). La question de l'articulation entre processus de reconnaissance des maladies professionnelles et rapports de classes mériterait donc d'être investiguée plus systématiquement et plus avant, en analysant ce qui se joue dans le parcours médico-administratif de la reconnaissance lui-même, mais aussi, en amont, dans les dynamiques de production de connaissance sur les effets du travail sur la santé ou sur la négociation de tableaux. A cet égard, les travaux du corpus qui portent sur la reconnaissance des souffrances psychiques, sur lesquels nous allons revenir, sont très éclairants. En effet, comme le souligne R. Ponge (2018), les recherches sur les effets psychiques délétères du travail et les négociations engagées sur la reconnaissance de ces effets du 19^e au 21^e siècle ont pu, en fonction des représentations et intérêts des acteurs engagés (médecins, syndicats), mettre l'accent selon les époques sur des populations très diverses en termes de positionnement social (les urbains éduqués et sur-sollicités, les ouvrières des usines tayloriennes, et aujourd'hui, les cadres des secteurs tertiaires).

D'une manière générale, la littérature se penche donc abondamment sur le rôle des médecins dans les mécanismes de sous-reconnaissance, mais il est surtout question de médecins du travail et de médecins hospitaliers issus, en particulier, de certaines spécialités (la pneumologie notamment). Certains terrains sont cependant peu investis. Par exemple, le rôle des médecins conseils et les modalités de mobilisation des savoirs médicaux au stade d'instruction par les caisses du processus de reconnaissance (une fois la déclaration effectuée) sont beaucoup moins abordés par la littérature.

II. La victime de maladie professionnelle comme acteur individuel et collectif

De nombreux travaux du corpus s'appuient sur des enquêtes auprès des individus susceptibles d'engager des démarches de reconnaissance en maladie professionnelle pour explorer les mécanismes de sous-reconnaissance. Dans ces travaux, les termes utilisés pour évoquer ces individus varient et expriment, plus ou moins explicitement, des formes d'attention privilégiées à certains enjeux de cette sous-reconnaissance. Des travaux évoquent ainsi les salariés (ou

encore exploitants ou indépendants), mettant l'accent sur les contextes de travail et d'emploi de ces individus. D'autres (surtout dans la littérature positionnée en santé publique) recourent aux termes de « patients » et mettent en général l'accent sur la situation de santé dégradée des personnes et leurs liens étroits avec le dispositif de soin et le personnel médical. Enfin, surtout en sciences sociales, certains travaux privilégient le terme de « victime ». Si ce terme est utilisé par les organismes de sécurité sociale et les associations impliquées dans le dispositif de reconnaissance pour insister sur le préjudice subi par les individus concernés, il est aussi utilisé en sciences sociales dans une perspective constructiviste, attentive au processus par lequel on « devient victime » et aux effets subjectifs individuels et collectifs – sentiments de justice, représentation des responsabilités, etc. – de l'engagement dans une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle.

1. La démarche de reconnaissance en maladie professionnelle comme processus

1.1. Devenir victime : déconstruire l'évidence de l'engagement dans une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle

L'essentiel des travaux des sciences sociales insiste sur le fait qu'il n'est évident pour un individu ni de faire le lien entre sa maladie et son travail, ni de considérer qu'il est légitime de demander une réparation quand un tel lien existe, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les travaux du corpus insistent sur le degré d'information et de connaissance très variable des victimes sur les risques professionnels auxquels ils ont été exposés. Si certains facteurs de risques professionnels et leurs liens avec le travail sont aujourd'hui bien connus, cette connaissance a pu varier dans le temps, être inégalement distribuée dans l'espace social et ne concerne qu'une petite proportion des facteurs de risque. C'est d'ailleurs pour contourner cette méconnaissance que certaines recherches, comme celles du GISOP, interrogent les individus sur leur travail passé plutôt que sur leurs expositions passées, pour repérer des potentielles victimes de maladies professionnelles (Thébaud-Mony 2006 ; 2008). L'intérêt des travaux de sciences sociales est d'aborder cette méconnaissance des victimes des liens entre santé/travail non pas seulement comme une donnée – il y a un déficit de connaissance – mais comme le résultat de rapports sociaux et de processus historiques.

Par exemple, A. Marchand souligne que si le temps de latence entre l'exposition et le moment où la pathologie se déclare rend difficile pour une personne atteinte d'un cancer de penser sa maladie comme professionnelle, cette difficulté trouve aussi sa source dans une représentation du cancer comme maladie liée au mode de vie, à l'hygiène alimentaire, au tabagisme, qui s'est imposée au cours du 20^e siècle à la faveur de politiques publiques, scientifiques et sociales (Marchand 2018). Autre exemple, à un niveau plus sectoriel, mais dans une perspective également attentive à la fabrication des représentations des risques professionnels, J.-N. Jouzel et G. Prete soulignent que la difficulté des agriculteurs à concevoir un lien entre leurs pathologies et les pesticides est liée à la manière dont ces substances ont été représentées

comme sans risque pour les utilisateurs, au cours du temps, dans les politiques encadrant leur mise sur le marché ou leur prévention (Jouzel et Prete 2014 ; 2013).

Une autre raison qui rend difficile l'engagement des victimes potentielles dans des démarches de reconnaissance est la méconnaissance de leurs droits. Cette méconnaissance, dont nous avons soulignée qu'elle était partagée avec d'autres acteurs centraux du dispositif de reconnaissance (les médecins) est importante car la déclaration est activée à l'initiative des victimes : pour les maladies professionnelles (contrairement aux accidents du travail notamment), ce sont à elles de faire les premières démarches. Dans le corpus, plusieurs travaux explorent des facteurs qui permettent de rendre compte de l'inégale distribution de la connaissance de leurs droits par les victimes. Ceux-ci peuvent renvoyer à la fois à des caractéristiques individuelles assez évidentes (par ex. la non-maîtrise de la langue française) mais aussi à des caractéristiques reliées aux ancrages sociaux et collectifs – appartenance à des collectifs professionnels ou militants, configurations familiales, trajectoires scolaires particulières – qui peuvent jouer un rôle dans la connaissance du droit de la reconnaissance, mais aussi dans la volonté d'en faire usage. Il n'existe pas, dans le corpus, de travaux qui explorent systématiquement le lien entre propriétés sociales et connaissance du droit ou engagement dans des démarches de reconnaissance. Certains travaux cependant éclairent sur un type de pathologie ou sur un espace ce lien. Par exemple, plusieurs travaux insistent sur le fait qu'il est plus facile pour les travailleurs intégrés dans des entreprises où les risques professionnels sont discutés et où des collectifs représentants des travailleurs sont structurés de faire le lien entre leurs pathologies et le travail, et de connaître les droits qui s'ouvrent à eux en termes de réparation (Marichalar 2017b ; Pillayre 2017 ; Marchand 2018).

Cependant, les victimes, même quand elles connaissent leurs droits et qu'elles ont identifié les expositions professionnelles passées, n'engagent pas toujours une démarche de reconnaissance. En effet, d'une part elles peuvent ne pas percevoir d'intérêt matériel et financier, ni même symbolique, à la déclaration. Plusieurs travaux soulignent ainsi que dans le cas des victimes atteintes de pathologies nécessitant de lourds traitements, les démarches de réparation sont vues comme secondaires par rapport aux enjeux de soin, voire inutiles (par exemple, Marchand 2018) ou même néfastes si elles anticipent des possibles représailles de l'employeur ou des collègues de travail. Par exemple, plusieurs travaux sur la reconnaissance des cancers liés à l'amiante (Henry 2017 ; Pillayre 2017) ont insisté sur le fait que, pour les victimes, être à la retraite ou savoir l'entreprise concernée fermée pouvait jouer en faveur de l'engagement de démarches de reconnaissance. D'autre part, les victimes peuvent ne pas envisager de démarches de réparation par crainte qu'elles ne réactivent des expériences passées douloureuses (la souffrance, le deuil), ou encore parce qu'elles les jugent illégitimes, parce qu'incommensurables avec ce qu'elles sont supposées réparer. Les réflexions de J. Stavo-Debaugue sur l'« expérience de l'injustice » à partir d'une enquête auprès de victimes de TMS illustrent cet aspect. Il souligne :

« Pour certaines victimes, l'oubli et l'ignorance (« ne pas savoir » et n'en rien vouloir savoir) sont donc préférables, spécialement quand elles font face à de l'irréparable ou à de l'irréversible – soit à ce qui ne saurait être récupéré et dont la simple remémoration peut faire mal, en ravivant le

scandale de la perte, en rappelant que le deuil est impossible. Cet oubli n'est pas toujours volontaire, il peut tenir à un refoulement, ou à un encryptage du malheur. » (Stavo-Debaugue 2012)

Cette ambiguïté de la démarche de reconnaissance et de réparation, qui doit être bénéfique à la victime et à sa famille mais qui peut s'avérer douloureuse, est corroborée par d'autres publications (Marchand 2018).

1.2. Les difficultés administratives, obstacles à la reconnaissance et vecteur possible d'engagement collectif

Il s'agit donc, dans cette perspective constructiviste, de comprendre de manière processuelle la manière dont des malades en viennent à se considérer comme victimes, et donc, à pouvoir envisager une démarche de déclaration en maladie professionnelle, à « convertir sa maladie en préjudice » (Jouzel et Prete 2016a)⁸. Cette conversion se joue en partie dans les interactions entre les individus concernés et les administrations vers lesquelles ils se tournent, au premier rang desquelles les caisses de sécurité sociale. Plusieurs travaux offrent des descriptions et des analyses de ces interactions, qualifiée il y a longtemps déjà de « course d'obstacles » (Pézerat et Thébaud-Mony 1988), et plus largement, des difficultés administratives auxquelles les victimes de maladies professionnelles sont confrontées (Gayet-Viaud et Labrusse 2012 ; Marchand 2016, 2018 ; Marichalar 2017 ; Primerano 2019 ; 2020).

« C'est en se frottant (se heurtant, aussi, parfois) au dispositif et à ses exigences d'évaluation que le malade se construit comme victime. Elle [la procédure] est ainsi créatrice, c'est elle qui participe à faire advenir la réalité du préjudice » (Primerano 2019, 329).

Outre ces descriptions, que l'on retrouve aujourd'hui de manière synthétisée dans les rapports publics disponibles (comme ceux de la Cour des comptes) sur la sous-reconnaissance, les travaux du corpus insistent sur le fait que ces obstacles sont d'autant plus forts que la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle est individualisante (Marichalar 2017) : elle prévoit la reconnaissance pour un individu de l'origine professionnelle d'une pathologie par définition individuelle.

Si la confrontation des victimes à des obstacles administratifs est souvent un vecteur de découragement de victimes et d'abandon des démarches de reconnaissance, elle peut aussi, pour certaines, constituer un vecteur d'approfondissement de l'engagement dans ces démarches, voire d'articulation de ces démarches à des prises de positions plus politiques et à des engagements plus collectifs. Les difficultés rencontrées peuvent servir de vecteur de légitimation des demandes ou, plus simplement, amener les victimes à chercher des appuis externes (syndicats, associations de victimes, etc.) qui vont les aider à concevoir ces demandes comme légitimes et, éventuellement, les inciter à les inscrire dans un horizon plus politique d'interprétation.

⁸ À noter que cet article, bien qu'il s'inscrive dans la thématique et l'alimente, est exclu du corpus car il s'appuie sur un cas individuel.

2. Les luttes pour la reconnaissance des maladies professionnelles dans la littérature : de la cause individuelle à la mobilisation collective

Les acteurs évoqués dans les travaux du corpus qui peuvent – de droit ou de fait – accompagner les victimes dans leurs démarches de reconnaissance et contribuent à construire le sens qu’elles attachent à ces démarches sont nombreux. On peut les qualifier, pour reprendre les termes de Y. Barthe dans le cadre d’un travail sur les victimes des essais nucléaires qui dépasse les seules questions de reconnaissance des maladies professionnelles, de « victimisateurs » (Barthe 2017) : des acteurs individuels ou collectifs qui amènent des individus à réaliser qu’ils sont les victimes de quelque chose. Nous avons déjà largement évoqué le rôle des acteurs scientifiques et médicaux (partie I). Dans cette section nous évoquerons en particulier trois autres types d’acteurs dont le rôle est analysé dans plusieurs travaux du corpus.

2.1. Les organisations syndicales et les associations comme relais des démarches individuelles et moteurs d’une évolution du dispositif

De nombreux travaux du corpus se sont intéressés aux rôles des organisations syndicales de travailleurs à la fois dans l’évolution du dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles lui-même (critique et évolution du dispositif, création des tableaux de maladies professionnelles, etc.) et l’accompagnement des victimes dans leurs démarches de reconnaissance.

Ainsi, plusieurs historiens et sociologues se sont intéressés aux actions syndicales entreprises au long du 20^e siècle pour obtenir l’interdiction de certains risques professionnels, la reconnaissance de leurs effets et, éventuellement leur réparation (Fellinger 2008 ; 2010 ; Moriceau 2009 ; Devinck 2010 ; Rainhorn 2011). Par exemple, J. Rainhorn relate l’implication d’Abel Craissac, ouvrier peintre devenu responsable de la Fédération nationale de la Confédération générale du travail (CGT) des ouvriers peintres en bâtiment, dont la pratique syndicale « marginale et dissidente » a permis au combat pour l’interdiction de la céruse et pour la reconnaissance du saturnisme d’avancer (Rainhorn 2010, 12). Par son action, il a permis à cette intoxication professionnelle de passer d’une simple préoccupation médicale (les dégâts de la céruse sont connus) à une préoccupation sociale et syndicale. Dans sa thèse, A. Marchand revient en détail sur l’histoire des mobilisations syndicales qui ont entouré la création du tableau sur les produits dérivés de la houille qu’elle compare avec celui sur les rayonnements ionisants étudié par A. Fellinger dans sa thèse datant de 2008 et par M. Ghis Malfilatre (2018) et fait, plus généralement, une utile synthèse de cette littérature historique (Marchand 2018). L’analyse de l’action syndicale s’est portée en particulier sur les commissions où sont négociées la création de nouveaux tableaux de maladies professionnelles, pointant à la fois les rapports conflictuels des syndicats avec les organisations patronales (Dedieu et Jouzel 2015) et la manière dont ils essayent d’y faire exister des formes d’expertise plus proches du terrain (Déplaud 2003).

Concernant l’accompagnement dans les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle, les travaux décrivent, dans certains lieux ou dans certains secteurs, le rôle

essentiel des syndicats à la fois pour informer les malades de leurs droits, les accompagner dans leurs démarches de reconnaissance et, plus généralement, construire des données (cartes, bases de données, etc.) permettant de rendre plus visibles les effets du travail sur la santé. Ce travail d'accompagnement mené par des syndicats ou des syndicalistes a par exemple été décrit auprès de mineurs (Pillayre 2017 ; Marchand 2018), de verriers (Marichalar 2017 ; 2019), ou de travailleurs du nucléaire (Ghis Malfilatre 2016 ; 2018).

Cependant, l'engagement syndical n'est pas toujours évident : les syndicats sont très inégalement implantés et ont des ressources limitées. Ils peuvent être pris, à la fois localement et dans les organismes paritaires où ils sont représentés, dans des rapports de force défavorables à l'investissement sur l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles, qui les conduisent à privilégier la défense de revendications sur l'emploi ou les salaires (Henry 2007 ; Bécot 2015 ; Jouzel 2019). Les travaux du corpus rendent bien compte de ces limites mais appellent à ne pas caricaturer leur analyse en prenant en compte l'hétérogénéité de l'investissement au cours du temps, en fonction des organisations, ou encore des secteurs productifs. Plusieurs travaux évoquent ainsi l'existence de périodes où les syndicats se sont saisis plus fortement de la question des enjeux de santé au travail en général et des maladies professionnelles en particulier : activisme dans l'entre-deux guerre, décrue des mobilisations après-guerre, renouveau de l'activisme militant dans les années 1970, et à nouveau depuis les années 2000 (Marichalar et Pitti 2013 ; Bécot 2015 ; Marchand 2018). Dans son travail sur l'histoire de la reconnaissance des souffrances psychiques professionnelles, R. Ponge souligne par exemple l'importance de prendre en compte l'engagement différencié des syndicats en fonction des niveaux d'action et de décision de ces organisations. Il montre aussi qu'un apparent désinvestissement politique sur les maladies professionnelles n'empêche pas le maintien d'activités dans les instances plus techniques (Ponge 2020).

Les organisations syndicales ne sont pas les seuls acteurs collectifs à avoir joué un rôle central de « victimisateur ». En effet, les travaux du corpus décrivent en détail l'action des associations de victimes (Henry 2007 ; Daubas-Letourneux 2015 ; Salaris 2015 ; Jouzel et Prete 2015 ; Pillayre 2017 ; Marchand 2018 ; Primerano 2019). L'émergence de ces mobilisations collectives n'est pas évidente. Elle se fait à la croisée d'engagements individuels importants – par exemple celui de L. Gonon, militant communiste, dans le combat pour la reconnaissance des pathologies développées par les verriers de Givors (Marichalar 2016) ou celui de P. François, céréalier intoxiqué aux pesticides dans le combat pour la reconnaissance des victimes des pesticides (Salaris 2015 ; 2014 ; Jouzel et Prete 2016a) –, de soutiens externes (syndicats, journalistes, juristes, etc.) et de conditions sociales favorables. Parfois très anciennes, à l'image de la FNATH, association nationale qui joue un rôle à la fois de pression (judiciaire, médiatique) sur les pouvoirs publics, de participation aux négociations des tableaux et d'accompagnement juridico-médical (De Blic 2008 ; Gayet-Viaud et Labrusse 2012), elles ont acquis une place centrale au cours du 20^e siècle (Rosental et Omnès 2009). Les travaux du corpus mettent en évidence qu'elles sont aujourd'hui, dans beaucoup de cas, des appuis essentiels pour les victimes qui s'engagent dans des démarches de reconnaissance et, à ce titre, luttent

concrètement contre la sous-reconnaissance. Plusieurs recherches en sciences sociales décrivent les liens très variables qu'elles peuvent tisser avec les organisations syndicales autour de cet enjeu. Ces associations de victimes peuvent en effet être fondées par des syndicalistes ou très étroitement imbriquées avec des organisations syndicales de travailleurs, entretenir avec elle des relations distantes voire concurrentielles, ou encore se substituer à leur absence (Décosse 2008 ; Jouzel et Prete 2015 ; Henry 2017 ; Pillayre 2017).

2.2. Accompagner la reconnaissance, dénoncer des responsabilités devant les tribunaux : le rôle des professionnels du droit

Syndicats et associations de victimes investissent le terrain du droit et peuvent d'ailleurs développer une expertise pointue du droit social et du droit du travail (Pillayre 2017 ; 2021). Cette expertise est acquise dans la pratique de l'accompagnement des victimes, mais aussi dans les relations tissées avec des professionnels du droit, juristes, avocats, ou encore juges. Si beaucoup de travaux du corpus citent ces acteurs, les travaux qui se sont intéressés directement à les décrire et à analyser leur rôle en termes de reconnaissance ou de sous-reconnaissance des maladies professionnelles restent aujourd'hui assez peu nombreux.

Ces travaux soulignent la diversité des ressorts sur lesquels s'appuient les différents recours au droit (démarches devant les juridictions administrative, pénale et civile) qui entourent les questions de maladies professionnelles, « allant d'une instrumentalisation du droit à une démarche de l'ordre de la nécessité » (Henry 2003). Les professionnels du droit (avocats et juristes) peuvent intervenir de multiples manières. Ils peuvent accompagner les démarches de reconnaissance à la sollicitation des victimes ou des associations de victimes. Leur intervention allège le lourd travail administratif qui caractérise la reconnaissance en maladie professionnelle et permet de maximiser les chances des victimes de voir leurs démarches aboutir (Serre 2021). A un niveau moins instrumental, c'est aussi en partie dans leurs interactions avec des avocats que les victimes peuvent construire leur sentiment de légitimité à demander une réparation pour un préjudice lié au travail (Jouzel et Prete 2015). Ils peuvent également, en négociation avec les collectifs de victimes et les syndicats, développer un recours stratégique au droit : soit, à partir d'un « bon cas », engager des procédures visant à obtenir une jurisprudence favorable ou à donner de la visibilité médiatique ou politique à un problème de santé au travail. Plusieurs travaux décrivent par exemple le rôle central de cabinets d'avocats engagés dans la défense des victimes de l'amiante pour promouvoir certaines procédures (en particulier la faute inexcusable de l'employeur) ou certains concepts juridiques (notamment le préjudice d'anxiété) (Pillayre 2017 ; Primerano 2019). L'articulation des différents modes de recours au droit n'est pas évidente. Des travaux du corpus décrivent la méfiance de certaines victimes ou associations de victimes vis-à-vis des avocats suspectés de favoriser leur intérêt financier dans les procédures, ou les désaccords de certains syndicats avec les stratégies judiciaires des avocats, notamment par « crainte que la multiplicité d'actions judiciaires engagées ne vienne encourager la destruction des mécanismes assurantiels issus de l'État providence » ou par crainte de ses effets « individualisants » (Pillayre 2017). Ces tensions font

l'objet de négociations et se traduisent par des modes de collaboration très variables selon les lieux et les acteurs impliqués. Ainsi, certaines associations locales de défense des victimes de l'amiante délèguent complètement le travail d'accompagnement des victimes à des avocats, alors que d'autres sont attentives à garder la maîtrise de cet accompagnement.

Certains travaux du corpus évoquent également le rôle des avocats qui travaillent à la défense des employeurs (et qui, pour certains cabinets, travaillent à la fois pour les employeurs et pour les victimes) (Primerano 2019), et s'emploient à créer un contentieux avec les caisses visant à faire pression sur celles-ci et, indirectement, à décourager les victimes dans leurs démarches (Marchand 2018). Cependant, ces travaux abordent leur rôle essentiellement au prisme de ses effets sur les parcours de victimes, et moins pour lui-même. D'autres professionnels du droit pourraient aussi faire l'objet d'études plus poussées, tant il est rare qu'ils soient évoqués en tant qu'acteurs sociaux. C'est le cas notamment des juges qui siègent dans les tribunaux civils ou pénaux impliqués sur les questions de reconnaissance des maladies professionnelles. Le travail de D. Serre (hors-corpus) constitue une des rares analyses de ces acteurs (Serre 2021). A partir d'une enquête auprès de Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) chargés, jusqu'en 2019, du contentieux sur la reconnaissance des maladies professionnelles, elle montre le décalage qu'il y a entre les représentations des victimes de leur situation et celles des juges qui s'appuient sur les catégories juridiques pour trancher, et la manière dont ce décalage fait obstacle à la reconnaissance. Les victimes mobilisent des arguments (discours sur la maladie, témoignages sur le travail) qui sont considérés comme peu recevables par les juges, très contraints par la codification des tableaux. Elles peinent en conséquence à faire reconnaître leur pathologie, surtout dans les situations majoritaires où les victimes ne sont pas accompagnées d'un conseil juridique. Plus largement, le corpus fait apparaître le manque de recherches sur les agents chargés d'appliquer le droit de la réparation, les caisses (Munoz 2003, Marchand 2018), les juridictions civiles et pénales. Concernant ces dernières, il existe ainsi des travaux qui, essentiellement sur le cas de l'amiante, ont pu réfléchir aux obstacles à la transformation de l'expérience des victimes des maladies professionnelles en condamnations pénales, pointant à la fois les résistances de certaines victimes aux démarches de mise en cause pénales, l'organisation des institutions judiciaires (et notamment l'indépendance limitée du parquet dans le système judiciaire français) ou la nature des régimes de responsabilité à l'œuvre dans ce domaine du droit (Thébaud-Mony 2008 ; Marichalar 2016 ; Pillayre 2017). Cependant, il n'existe pas de publication qui aborde cette difficulté à partir d'une analyse interne de l'institution judiciaire.

2.3. Les médias, des relais intermittents et ambigus des victimes

Plusieurs travaux du corpus évoquent le lien étroit entre logiques judiciaires et logiques médiatiques. Sur le cas de l'amiante notamment, le recours à l'arène judiciaire (au titre de la faute inexcusable ou via les plaintes pénales) a été considéré, dans les années 1990 et 2000, non seulement comme un moyen d'élargir la réparation des victimes mais aussi d'intéresser les médias aux enjeux de maladies professionnelles et de publiciser la question de leur sous-

reconnaissance. En conséquence, ce recours a contraint les pouvoirs publics à réagir en interdisant cette substance puis en créant le fond d'indemnisation des victimes de l'amiante ou FIVA (Henry 2003 ; Pillayre 2017). De fait les professionnels des médias – journalistes, cinéastes, etc. – peuvent, par leur engagement, contribuer à infléchir les dynamiques de sous-reconnaissance des maladies professionnelles.

En amont des démarches de reconnaissance, la médiatisation est décrite à toutes les époques comme un vecteur important de réaction des pouvoirs publics et des partenaires sociaux pour faire évoluer le système de reconnaissance des maladies professionnelles (Henry 2007). L'attention des médias à certaines mobilisations a facilité la création de nouveaux tableaux de maladies professionnelles. Dès les années 1920 par exemple, la prise en compte des revendications des mouvements réclamant une reconnaissance des maladies professionnelles liées aux radiations est en partie liée à la capacité des porteurs de cette revendication à mobiliser leurs relais médiatiques pour faire entendre leur voix (Fellinger 2008 ; Ghis Malfilatre 2016 ; 2018). Plus récemment et à un niveau plus structurel, le travail de journalistes mettant en évidence les stratégies d'influence et de fabrique de l'ignorance des entreprises industrielles vis-à-vis des dynamiques de production de connaissance sur les liens entre santé et travail⁹ a contribué à inciter les pouvoirs publics à modifier l'organisation de l'expertise entourant la production de nouveaux tableaux (Henry 2017). Ce travail s'est intensifié ces trente dernières années (Jouzel et Prete 2016b).

Vis-à-vis des victimes et des démarches de reconnaissance à proprement parler, les professionnels des médias peuvent également jouer un rôle important. En médiatisant des maladies ou les parcours de certaines victimes, ils contribuent à informer les travailleurs sur les effets nocifs de certains facteurs professionnels et sur les droits qui s'ouvrent à eux s'ils ont été exposés à ces facteurs de risque, et peuvent donc contribuer à favoriser les déclarations en maladies professionnelles. De manière plus indirecte, ils facilitent la mise en relation des victimes entre elles, voire jouent un rôle actif dans la création d'associations de victimes où se crée collectivement un sentiment de légitimité à se concevoir comme victime (Jouzel et Prete 2016b) ou dans la médiatisation d'initiatives visant à accompagner les victimes (telles le GISOP, Marchand 2018).

Cependant les travaux du corpus insistent sur le fait que le rôle des professionnels des médias n'est pas univoque. D'une part, du fait de leurs propriétés sociales souvent éloignées de celles des travailleurs les plus exposés, mais aussi des logiques économiques et organisationnelles internes et externes (relations avec les actionnaires, les publicitaires, les autorités politiques, etc.) qui structurent leur champ professionnel au niveau national et local, les médias n'ont qu'une attention intermittente aux enjeux de santé au travail en général, et aux enjeux de réparation des maladies professionnelles en particulier (Henry 2003). La continuité du suivi

⁹ Anne Marchand cite les deux articles suivants : Stéphane Foucart, « Épidémiologie : des liaisons dangereuses », *Le Monde*, 16 décembre 2013 ; Stéphane Horel et Gary Dagorn, « Cancers au travail : Bruxelles malade des conflits d'intérêts », *Le Monde*, 24 février 2017, en ligne sur www.lemonde.fr/les-decodeurs/visuel/2017/02/24/cancers-professionnels-bruxelles-malade-des-conflits-dinterets_5084834_4355770.html [consulte le 30 juillet 2017] (Marchand 2018).

médiatique de ces enjeux repose, hors de moments de publicisation et de « mise en scandale » importants, sur des acteurs médiatiques plus marginaux – par exemple, dans les années post-1968, des cinéastes militants engagés dans la défense des travailleurs du nucléaire dans la période post-1968 et, dans les années 1980, d'éditeurs proches de réseaux d'experts militants en santé travail engagés dans la dénonciation des effets de l'amiante (Ghis Malfilatre 2016). Elle se fait en outre au prisme d'une problématisation élargie, plus attentive aux enjeux de santé environnementale que de santé au travail (Henry 2003). D'autre part, l'importante médiatisation de certaines maladies professionnelles n'empêche pas le possible maintien d'une certaine ignorance des victimes. A cet égard, le cas de l'amiante est illustratif : les travaux du corpus, en même temps qu'ils soulignent que, parce qu'il est le plus médiatisé, ce cas est aujourd'hui le plus connu par tous les acteurs du système de reconnaissance des maladies professionnelles, soulignent également que cette médiatisation n'empêche pas que des victimes – en fonction de leurs trajectoires sociales et d'emploi, de leur âge, etc. - peuvent aujourd'hui encore ignorer qu'elles ont été exposées à l'amiante, méconnaître ses effets, ou encore penser que son « usage contrôlé » a pu les préserver de sa toxicité (Pillayre 2017 ; Marchand 2018 ; Primerano 2019). Par ailleurs, les médias sont également promoteurs de représentations des maladies et de leurs causes (qui insistent par exemple sur le tabac et les « modes de vie »), des institutions (qui insistent par exemple sur le « trou de la sécu ») (Marchand 2018), ou de figures de victimes du travail « idéales » (qui se sont protégées, qui n'ont pas acceptées de primes de risque) (Pillayre 2017), qui peuvent contribuer à décourager certaines victimes d'engager des démarches.

Si les travaux du corpus pointent donc les effets intermittents et ambigus des professionnels des médias sur la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, nous pouvons souligner que les recherches sur ces acteurs restent relativement peu nombreuses et, à de rares exceptions, ne s'appuient pas sur une analyse systématique des productions médiatiques et sur des enquêtes auprès de ces professionnels. Il serait donc intéressant que des chercheurs en sciences sociales spécialistes explorent plus frontalement cette thématique du traitement médiatique des maladies professionnelles, en prenant en compte notamment l'émergence ces vingt dernières années du numérique comme nouvel espace d'information et de mobilisation.

3. La reconnaissance en maladie professionnelle et la réparation financière

La reconnaissance en maladie professionnelle n'est pas purement symbolique. Elle entraîne, quand elle est obtenue, une réparation financière variable, qui peut être substantielle. Or, les enjeux financiers et monétaires sont rarement analysés de manière détaillée et frontale dans les publications du corpus, alors qu'on peut penser qu'ils influencent les dynamiques d'engagement dans des démarches de reconnaissance en maladies professionnelles, de manière différenciée suivant les situations sociales des personnes concernées.

L'indemnisation des patients par la Sécurité sociale est fonction du taux d'incapacité et du salaire antérieur. Cet enjeu se présente donc différemment en fonction des pathologies et de leur gravité, et en fonction des salaires de référence et des perspectives ou non de retourner

dans l'emploi et de retrouver un salaire plein. Ce qui se joue se cristallise donc sur des cas individuels et singuliers. En revanche, les mécanismes de la réparation s'incarnent dans des structures qui déterminent socialement les arbitrages individuels. La réparation dépend tout d'abord des types de dispositifs de réparation mobilisés, au-delà des simples caisses de sécurité sociale : les fonds d'indemnisation, lorsqu'ils existent (en particulier, pour l'amiante, le FIVA) ; les procédures civiles en responsabilité ou au titre de la faute inexcusable de l'employeur, qui se sont multipliées ces vingt dernières années et qui permettent une réparation non forfaitaire et plus large de certains préjudices. Au-delà de l'aspect financier, la littérature met en avant le fait que l'engagement dans le parcours de réparation sous-tend une quête morale de justice.

3.1. La réparation financière comme arbitrage financier ?

Une manière d'aborder les enjeux financiers de la reconnaissance en maladie professionnelle est de raisonner de manière systématique et abstraite sur les droits et rétributions matérielles liées à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes.

C'est ce que fait par exemple un article à vocation pédagogique qui se penche sur les droits à indemnisation des TMS, qui nécessitent des arbitrages entre le système général et la déclaration de maladie professionnelle et sur le rôle du corps médical face à ces différentes options (Roquelaure et al. 2005). L'article souligne qu'à différents taux d'Incapacité permanente partielle (IPP) correspondent différentes rentes. Y correspondent aussi des états de santé différents qui sont plus ou moins favorables au retour à l'emploi. Selon les auteurs, c'est avec ces éléments en tête que les médecins doivent engager le dialogue avec leurs patients. Ces questionnements les mettent au cœur d'un dilemme éthique puisque les médecins sont encouragés à signaler ou à aider à signaler les maladies professionnelles, afin d'aider leurs patients à faire valoir leurs droits, mais aussi de les orienter vers ce qui est le plus avantageux pour elles et eux. Quand la perte fonctionnelle est importante et qu'elle ne permet pas un retour rapide à l'emploi, la rente d'invalidité est plus intéressante financièrement que la réparation au titre de la maladie professionnelle. Les auteurs suggèrent alors une déclaration de maladie à caractère professionnel, qui permettra de donner une visibilité à ces pathologies, tout en garantissant au patient le meilleur arrangement financier. Cet article est considéré dans ce rapport comme hors corpus, du fait qu'il repose sur un raisonnement abstrait et ne présente pas d'étude empirique originale. Outre les informations qu'il donne, il permet de souligner le faible nombre de travaux du corpus qui traitent explicitement et dans le détail de la question des enjeux financiers de la réparation. Cette question est abordée dans des travaux qui s'intéressent à des pathologies autres que les TMS. En santé publique, l'étude de M. Britel et al. (2017), évoque l'importance des motivations financières comme moteur d'engagement de démarches de reconnaissance en maladies professionnelles pour les victimes (notamment les plus pauvres), et soulignent que les ressources économiques de celles-ci sont prises en compte par les assistantes sociales qui les accompagnent :

« La motivation principale des patients interrogés semble de mettre leurs proches à l'abri du besoin. Cette motivation peut s'expliquer par le fait que le patient a conscience que son pronostic

vital est engagé. Ainsi, il sait que l'obtention d'un dédommagement financier ne lui profitera pas directement. Dans ce cas, le moteur financier à réaliser la démarche peut trouver une explication dans la théorie des perspectives, notamment chez les personnes ayant une capacité d'abstraction élevée. Cette capacité d'abstraction leur permet de supporter des coûts à court terme pour envisager des bénéfices à long terme, c'est-à-dire de ne plus mettre que leur traitement au premier plan pour permettre l'indemnisation financière liée à la DMP pour leurs proches » (Britel et al. 2017).

A. Marchand, au contraire, suggère que les assistantes sociales chargées d'orienter les patients atteints de cancer dont elle a reconstitué le parcours ne choisissent pas systématiquement de les accompagner dans une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle, mais les orientent parfois vers une pension d'invalidité ou vers une allocation d'adultes handicapés, versés soit par la sécurité sociale, régime général, soit par le département. Ces alternatives présentent l'intérêt d'être versées plus rapidement et de demander moins d'efforts aux victimes.

« Mais elles éloignent dans le même temps la possibilité que leur maladie soit reconnue en lien avec le travail. Reconnus invalides, ils ne peuvent en effet bénéficier des dispositions du Code du travail prévues pour les salariés reconnus en maladie professionnelle et leur indemnisation, réduite, n'est plus assurée par les employeurs, mais par la collectivité. Leur cancer se réduit alors à une « invalidité » – il échappe aux statistiques des risques professionnels et rejoint celles du handicap. L'exercice du droit à réparation quant à lui s'envisage d'abord comme une épreuve qu'il convient d'éviter pour les sur-dommages qu'elle peut causer et pour le faible intérêt économique qu'elle semble représenter » (Marchand 2018, 221).

3.2. De la réparation financière comme élément d'une quête de justice

Les travaux d'A. Marchand, comme la plupart des autres travaux de sciences sociales du corpus qui abordent cette question de la réparation financière, soulignent combien il serait réducteur d'analyser les parcours de reconnaissance au seul prisme d'un arbitrage entre différents choix d'action (« S'engager dans des démarches lourdes » vs. « Ne rien faire ») ou entre différentes voies d'indemnisation (par exemple maladies professionnelles vs. invalidité). En effet, la question de la réparation financière liée à la reconnaissance en maladie professionnelle doit être pensée au regard des multiples objectifs dont les démarches de reconnaissance peuvent être investies par les travailleurs, leur entourage, ou les acteurs à qui ils se confrontent : trouver des moyens matériels supplémentaires pour faire face aux difficultés de l'existence, mais aussi obtenir une reconnaissance symbolique de son statut de victime, ou encore satisfaire une exigence de justice plus générale.

Cette question est au cœur du travail de thèse d'H. Pillayre sur la réparation des maladies induites par l'exposition à l'amiante (Pillayre, 2017 ; 2021). Elle montre comment la crise de l'amiante a mis en tension le principe de réparation forfaitaire sous-jacent au dispositif de réparation des maladies professionnelles et pose la question de ce qu'est une « juste réparation » à la fois financière, mais aussi politique. Elle souligne par exemple que si pour certaines victimes ou associations de victimes, il est tout à fait légitime de demander une indemnité financière auprès d'une caisse de sécurité sociale ou du FIVA, il est beaucoup plus difficile moralement de faire une demande de réparation au titre de la faute inexcusable de

l'employeur. Elle explore plusieurs caractéristiques qui déterminent partiellement la manière dont les acteurs s'engagent dans l'obtention de réparations financières et leur donnent sens : la nature de leurs communautés professionnelles ou syndicales d'appartenance ; le caractère plus ou moins accidenté de leur parcours professionnel ; le fait qu'ils soient des victimes directes ou des ayant-droits, etc. D'autres auteurs rappellent que le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles (et avant lui, le dispositif de réparation des accidents du travail) a été suspecté par certains acteurs (parlementaires, organisations patronales, etc.) de pouvoir être détourné par des travailleurs pour obtenir des réparations indues (Marchand 2018) et qu'aujourd'hui encore certaines victimes peuvent être ou craindre d'être suspectées de vouloir profiter du système et donc être découragées d'engager des démarches (Gayet-Viaud et de Labrusse 2012). Ainsi, pour certaines victimes, l'idée de « réparation » financière peut-être mal perçue car jugée indécente rapportée à la gravité de leur maladie (Marchand 2016, 116) ou assimilée (dans une confusion relayée parfois par des acteurs institutionnels ou des professionnels accompagnants), comme une aide sociale, et non pas un droit, qui risque de « souiller » un parcours ouvrier reposant avant tout sur le travail et la fierté de ne pas « profiter » du système (Marchand 2018). Ces analyses, dans leur diversité, engagent à prendre de la distance vis-à-vis d'interprétations simplistes des démarches de reconnaissance comme résultant d'arbitrages financiers visant à maximiser des gains.

Dans les publications de sciences sociales du corpus, la classe sociale est souvent présente ou sous-jacente car les maladies professionnelles et leur sous-reconnaissance sont emblématiques des inégalités sociales de santé. Cependant, la prise en compte différenciée des conséquences financières des démarches de reconnaissance selon la classe sociale est un élément sur lequel il n'existe pas de données. Les publications parlent d'arbitrages financiers et d'effets de seuil décourageant la déclaration, mais il n'existe pas dans le corpus d'étude qui poserait directement et précisément la question des ressources économiques des acteurs (victimes) et des conséquences qu'elles auraient sur les démarches de reconnaissance ou leur aboutissement. En d'autres termes, la question du non-recours au droit à l'indemnisation n'est pas posée en fonction des situations financières des personnes éligibles. Cette question de recherche pose des difficultés méthodologiques indéniables, car l'explorer impliquerait d'identifier ces non-recours, d'une part, et d'autre part, de parler d'argent à des victimes ou familles de victimes, et enfin d'obtenir des données précises et fiables sur leurs ressources économiques.

Cependant, il serait intéressant d'avoir une compréhension fine des logiques qui guident les arbitrages financiers menant à la sous-déclaration, mettant par exemple en évidence la manière dont les victimes composent leur parcours de reconnaissance en fonction d'effets de seuil objectivés. Des travaux et réflexions sur le rapport entre les attentes en termes de conséquences financières d'une déclaration et les conditions effectives de réparation pourraient également montrer l'incertitude dans laquelle naviguent les victimes au moment de leur décision de déclarer ou non une pathologie en lien avec le travail. On peut en effet faire l'hypothèse que le flou quant aux retombées financières de la déclaration peut être un facteur

de sous-déclaration. Ici, la précision de l'information fournie pourrait donc être un enjeu important pour que les victimes prennent des décisions « éclairées ». De tels travaux permettraient en outre une analyse critique de l'action publique et de son « offre » de réparation : en mettant en évidence des effets de seuil structurants, ils montreraient les limites du système de tarification, qui n'incite pas à la déclaration. La « lutte » contre la sous-reconnaissance passe en effet, comme celle contre toute forme de non-recours aux droits, par une réflexion sur l'offre publique et sur sa « pertinence » et non pas seulement par une focalisation sur des publics mal informés (Warin et Mazet 2014 ; Warin 2013 ; 2017). En s'inspirant de travaux menés par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), qui s'intéresse au non-recours aux prestations sociales, un questionnement sur la pertinence du système d'indemnisation des maladies professionnelles permettrait d'éclairer différemment le phénomène de sous-reconnaissance des maladies professionnelles.

Chapitre 2.

Comment la littérature prend-elle en compte le genre et la situation particulière des travailleurs étrangers ?

Au-delà du seul domaine de la santé au travail et des maladies professionnelles, une multitude de travaux en santé publique et, surtout, en SHS, s'intéresse depuis de nombreuses années aux enjeux d'accès aux droits entendus au sens large (accès aux soins, accès à des prestations sociales, accès à la justice, etc.). Ces travaux soulignent l'intérêt qu'il y a, pour comprendre le « non-recours » à leurs droits de certaines parties de la population, à replacer celui-ci dans une analyse des rapports sociaux et des pratiques discriminatoires qui structurent la société (Spire 2015 ; Warin 2017 ; Revillard 2020). Cette littérature ouvre des pistes d'analyse de notre corpus. Comment les publications du corpus rendent-elles compte de l'impact de ces rapports sociaux sur les processus de sous-reconnaissance des maladies professionnelles ?

I. Genre et maladies professionnelles : entre invisibilité et mobilisations

Articuler une réflexion sur le genre et les processus de reconnaissance de maladies professionnelles implique de ne pas se focaliser uniquement sur les seules étapes de la déclaration ou des interactions entre usagers et institutions médico-administratives. Les travaux du corpus – et d'autres travaux hors-corpus – insistent sur le fait qu'il convient d'interroger également, en amont, les dynamiques d'invisibilisation différenciées des effets du travail sur la santé des hommes et des femmes.

1. L'invisibilité des pathologies des femmes et des emplois féminins

1.1. Des expositions « invisibles » : les travaux pionniers hors corpus

D'après A. Thébaud-Mony et S. Volkoff, « les conditions de travail qui ont fait l'objet d'une construction sociale permettant de les objectiver, voire de les compenser financièrement, sont plutôt masculines » (Thébaud-Mony et Volkoff 2005). Ainsi, les conditions de travail propres aux emplois féminins, ainsi que les pathologies féminines en lien avec des expositions professionnelles, bénéficient-elles d'une moindre visibilité scientifique et sociale. De plus, les problématiques de santé au travail explicitement liées aux femmes se limitent souvent à une attention à la santé reproductive.

Cette thématique de l'invisibilité des expositions professionnelles des femmes est une question explorée depuis de nombreuses années par des équipes de recherche étrangères, en particulier québécoises. Dès 1993, elles insistent sur la nécessité de développer une conception inclusive des expositions professionnelles (Messing, Dumais, et Romito 1993). Selon elles, les spécificités féminines, qui tiennent à la fois de la biologie (spécificités en termes de types de pathologies développées) et à leur « répartition dans le monde du travail » (« distribution in the workplace », donc aux métiers qu'elles occupent) doivent absolument être prises en compte pour éclairer les expositions professionnelles qui les touchent. Ces travaux ont permis de

mettre en débat les limites des connaissances épidémiologiques et biomédicales dans l'appréhension des conditions de santé au travail des femmes. Ils suggèrent que ces limites ont des effets sur les politiques de réparation. D'une part, les processus de reconnaissance de maladies professionnelles sont perméables, à différents niveaux (interactions avec les médecins, évaluation scientifique de la plausibilité du lien de causalité entre travail et maladies, etc.) aux stéréotypes de genre qui peuvent être véhiculés dans les recherches sur la santé au travail. D'autre part, l'évolution du dispositif est lui-même dépendant de l'état de ces recherches, et reproduit leurs biais, par exemple lors de la création de nouveaux tableaux (Messing et al. 2000 ; Lippel et Cox 2012 ; Probst 2014 ; 2009). Des travaux menés en Suisse et en Italie explorent ainsi les biais de genre dans la sous-déclaration ou la sous-reconnaissance des maladies professionnelles (Probst et Salerno 2016). Ces biais que mentionnent les autrices ont une conséquence très concrète : un moindre taux d'acceptation des TMS déclarés par les femmes apparaît dans les deux pays. Les systèmes d'indemnisation, notamment la liste des maladies professionnelles en Italie, et l'interprétation des données scientifiques et la jurisprudence en Suisse, discriminent les victimes féminines de maladies professionnelles.

Ces travaux montrent également les effets de l'invisibilité des liens entre travail et santé des femmes sur les politiques de prévention. La moindre visibilité des pathologies professionnelles touchant les femmes entraîne une moindre reconnaissance, qui renforce alors l'invisibilité de ces pathologies en un cercle vicieux. Plus les pathologies professionnelles sont reconnues, plus elles sont statistiquement visibles et plus elles apparaissent donc comme des cibles légitimes d'actions de prévention. Être invisible statistiquement, c'est donc aussi moins bénéficier de la prévention. Selon L. Vogel, l'idée que le travail des femmes serait moins dangereux est un stéréotype renforcé par cette invisibilité, et par une prévention moins présente dans les secteurs les plus féminisés (Vogel 2015).

1.2. L'analyse des mécanismes genrés de sous-reconnaissance en France

On note que les travaux français qui choisissent explicitement l'angle du genre pour parler de sous-reconnaissance sont peu nombreux et tous ceux que nous avons identifiés dans le corpus sont issus du GISCOP.

Les travaux du GISCOP sur cette question partent d'un constat général de sous-reconnaissance des cancers comme maladies professionnelles pour les femmes relativement aux hommes. Plusieurs d'entre eux interrogent les dynamiques de production de connaissances scientifiques sur les liens entre travail et santé des femmes. M. Paiva pointe l'absence de données par catégorie socioprofessionnelle pour de nombreux facteurs de risque, qui contribue à noyer certaines spécificités des expositions féminines. L'auteure montre par exemple que les risques de cancers du poumon liés à l'exposition aux solvants chlorés varient selon le sexe mais aussi très fortement selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, le risque de cancers est faible pour l'ensemble des femmes si on amalgame l'ensemble des Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), il apparaît donc comme un risque qui touche massivement les hommes. Or, il touche durement les ouvrières (Paiva 2012). C-O. Betansedi interroge « le

processus de production genrée de la connaissance épidémiologique sur les cancers d'origine professionnelle » et la manière dont ce processus influence les estimations des cancers attribuables au travail :

« Si pour certains, les différences de fractions attribuables estimées entre hommes et femmes reflètent simplement (i) la sous-exposition des femmes par rapport aux hommes en raison de la division sexuée du travail – les femmes effectuent des activités différentes, et moins à risque que les hommes (...) –, pour d'autres en revanche, cette différence entre hommes et femmes suggère (ii) une sous-estimation des facteurs de risque professionnel chez les femmes, comme en témoigne le manque d'informations sur les expositions concernant le travail des femmes (...) ». (Betansedi 2018b, 89)

Ces travaux insistent aussi sur le fait que les parcours féminins se caractérisent par leur caractère discontinu, leur plus grande précarité, ce qui en rend l'analyse plus complexe et les éloignent « des modèles de la reconnaissance » (Paiva 2012 ; 2016). Ils montrent que les hommes ouvriers sont la catégorie de patients pour laquelle les expositions professionnelles sont le plus facilement identifiables (Lanna, Marchand, et Thébaud-Mony 2010). Ils soulignent aussi combien la population féminine tend à être exclue – car trop peu nombreuse – des études épidémiologiques : « Les femmes étaient ainsi absentes de 86 % des études portant sur les cancers professionnels au milieu des années 1990 » (Marchand 2018, 116-117). Des études épidémiologiques (hors corpus, car ne s'intéressant pas explicitement au mécanismes de sous-reconnaissance) plus récentes semblent prendre en compte ces constats et adoptent une approche genrée des expositions professionnelles (Caroly et al. 2013 ; Bertin et al. 2018) : elles mettent en évidence des schémas de multi-expositions à des cancérogènes spécifiques selon le genre (Bertin et al., *op.cit.*) ou s'intéressent à des facteurs de risques de cancer majoritairement féminins, par exemple le travail de nuit (Guénel et Cordina Duverger 2020).

Les travaux du corpus cités soulignent également l'absence de prise en compte du genre dans les statistiques officielles de reconnaissance des maladies professionnelles (Données CNAMTS). La consultation des rapports d'Eurogip sur les maladies professionnelles fait apparaître le fait que seul le Danemark produise des statistiques genrées concernant les demandes de déclaration, ce qui rend des analyses impossibles ailleurs. Par exemple, pour ce qui concerne les pathologies psychiques, le fait d'opérer une distinction permet notamment de montrer (dans le cas danois uniquement, donc) que les femmes déclarent davantage de maladies psychiques en lien avec le travail mais bénéficient du même nombre de reconnaissances que les hommes, ce qui suggère une sous-reconnaissance des pathologies psychiques déclarées par les femmes :

« Si, au début de la période 1996-2002, les cas reconnus au Danemark concernaient davantage les femmes que les hommes, on peut considérer que depuis 1998, les deux sexes bénéficient de reconnaissances en nombre presque égal : en 1998, on compte 3 cas reconnus pour les femmes et 5 pour les hommes, et respectivement 17 et 15 cas en 2002. En revanche, si l'on considère que les trois quarts des demandes de reconnaissance émanent de femmes, celles-ci sont relativement moins bien représentées que les hommes au niveau des reconnaissances. » (EUROGIP 2004, 13).

On voit donc à travers l'exemple du Danemark que plus les données de genre seront précises, plus il sera possible de décrire, d'analyser et de comprendre les mécanismes de sous-

déclaration et de sous-reconnaissance. Pouvoir croiser le genre avec d'autres critères comme la PCS permettrait également d'appréhender les différentes manières dont ces mécanismes affectent différents groupes sociaux.

2. Les femmes mobilisées pour la reconnaissance des maladies professionnelles

L'analyse du lien entre genre et reconnaissance des maladies professionnelles est également au cœur de travaux, essentiellement d'histoire et de sociologie, qui se sont penchés sur des mobilisations de victimes : soit en s'intéressant explicitement à des mobilisations ou à l'absence de mobilisation de groupes professionnels essentiellement féminins, soit en s'intéressant à la place des femmes dans des mobilisations.

2.1. Mobilisations de travailleuses

Plusieurs travaux ont étudié des mobilisations sociales visant à une meilleure reconnaissance des effets du travail sur la santé, initiées et portées par des femmes. Aux États-Unis, des travaux se sont penchés sur les *Radium Girls*, ces ouvrières embauchées pendant la Première Guerre mondiale dans l'industrie de la peinture luminescente ayant développé des problèmes de santé importants dus à la présence de radium dans les peintures utilisées, pour lesquelles elles ont essayé d'obtenir réparation (Clark 1997). À la suite de ces travaux, A. Fellingner a étudié d'autres situations d'intoxications féminines liées à l'utilisation de substances radioactives, celle des femmes travaillant dans des laboratoires scientifiques (Fellingner 2010). Pendant longtemps, bien qu'exposées à des radiations ionisantes qui affectent leur santé, elles se sont peu mobilisées et ont fait l'objet de mesures de protections non sexuées, très spécifique par rapport à d'autres travailleuses exposées à des radiations. Son travail, s'il ne porte pas sur la sous-reconnaissance des maladies professionnelles en tant que tel, souligne l'intérêt d'historiciser et de sectoriser l'approche des mobilisations de victimes.

Ce que permet plusieurs travaux qui étudient différentes luttes sociales portées par des femmes pour la reconnaissance de leur maladie en lien avec le travail. Par exemple, celle des ouvrières des manufactures d'allumettes sous la III^e République, relatée par une historienne américaine (Gordon 1993). La mobilisation de ces ouvrières, qui souffraient de nécroses de la mâchoire a abouti à une interdiction du phosphore blanc. Plus récemment, à partir des années 1970, les ouvrières d'Amisol se sont affirmées comme des pionnières dans la lutte contre l'amiante (Roudaire et Thébaud-Mony 2015). Elles travaillaient les fibres d'amiante (notamment leur tressage) dans des conditions d'exposition occasionnant de nombreuses pathologies, notamment des mésothéliomes. Ces luttes sont d'autant plus longues que les maladies dues à l'amiante ne surviennent qu'au terme d'un long délai de latence et se déclarent donc plusieurs décennies après l'arrêt de l'exposition. Ces travaux, outre qu'ils documentent certaines spécificités des conditions de travail féminines, montrent l'importance des mobilisations sociales pour faire reconnaître leurs effets sur la santé (sur les effets psychiques du travail et leur négation, voir par exemple Ponge 2018). En effet, aussi bien les directions que les

institutions de prévention ou les organisations syndicales sont peu disposées à reconnaître ces effets spécifiques sur la santé, que ce soit de par leur composition principalement masculine ou de par la nature des savoirs sur lesquels elles s'appuient (Gallot 2015).

2.2. Les femmes comme rouages du processus de reconnaissance

Plusieurs études en sciences sociales mettent aussi l'accent sur le fait que les femmes sont des actrices importantes du processus de déclaration, et, donc, de reconnaissance, non pas en tant que victimes du travail mais en tant qu'épouses, compagnes, ou encore filles de victimes. Le rôle qu'elles jouent dans ce processus est analysé : elles peuvent par exemple aider le malade de leur entourage à endosser le rôle de victime, et ainsi à avancer dans le parcours de reconnaissance et d'indemnisation.

Ces études suggèrent aussi que les mobilisations de victimes de maladies professionnelles gagnent à être pensées à l'échelle familiale. Le rôle central des conjointes est mis en évidence dans différents contextes. Dans le contexte industriel, P. Marichalar insiste sur le rôle des veuves des verriers de Givors dans la reconnaissance de leurs pathologies comme professionnelles (Marichalar 2017). M. Ghis Malfilatre montre que la reconnaissance en maladie professionnelle des travailleurs du nucléaire se fait à l'articulation de trajectoires professionnelles et de trajectoires personnelles, notamment familiales. A partir d'une enquête auprès de ces travailleurs du nucléaire et de leurs conjointes, elle montre l'importance des tiers familiaux.

« Parmi les (anciens) salariés engagés dans des parcours de reconnaissance de leur maladie professionnelle, l'aide d'un tiers (syndical et/ou familial) se révèle à chaque fois déterminante pour impulser cette démarche d'enquête, comme pour se reconstruire » (Ghis Malfilatre 2016, 119).

Dans le contexte agricole, J.-N. Jouzel et G. Prete analysent par exemple la « contribution décisive » des conjointes dans le parcours victimaire des agriculteurs engagés dans l'association Phyto-victimes :

« Les conjointes ont parfois joué un rôle important pour mettre les agriculteurs et leurs médecins sur la piste des pesticides. Plusieurs d'entre elles ont été très présentes dans le parcours médical de leurs maris, assistant aux visites et y prenant éventuellement la parole pour évoquer cette hypothèse parmi d'autres. Une fois la connexion causale entre pathologie et exposition aux pesticides établie, l'entrée des exploitants dans un processus d'indemnisation *via* une demande de reconnaissance de maladie professionnelle a été largement encouragée, voire initiée, par leur épouse. Dans la plupart des couples enquêtés, ce sont elles qui ont pris en charge le montage et le suivi du dossier de reconnaissance (envois et lectures de courriers, relances adressées à l'administration, recherche d'informations juridiques, etc.). » (Jouzel et Prete 2016, 83).

Au-delà des seules conjointes, l'accompagnement dans les démarches de reconnaissance semble être largement le fait de femmes. La thèse d'A. Marchand relate de nombreux parcours d'indemnisation pour lesquels la fille de la victime joue un rôle actif, dans une visée de compensation à la fois morale et financière. Au contraire, les fils de victimes, qui sont moins présents dans la thèse, sont mentionnés davantage comme potentiels bénéficiaires de l'indemnisation que comme acteurs de la démarche de reconnaissance. A. Marchand cite le

travail de Claudine Dardy (« L'identité-papier », *Cahiers de médiologie*, n°4, deuxième semestre 1997, Paris, Gallimard, p. 229), qui explicite cette division genrée du travail : les démarches administratives, peu valorisantes, sont souvent laissées aux femmes.

« Si les femmes sont peu nombreuses dans le corpus des personnes malades du cancer du poumon que j'ai pu accompagner – moins d'une dizaine –, les femmes des patients assument en revanche la plus grande part des démarches d'accès au droit, s'exposant à un fort coût émotionnel. Quand les épouses sont elles-mêmes hors d'état de s'investir, compte tenu de leur propre état de santé ou de leur « illettrisme administratif », certaines d'entre elles peuvent compter sur leurs enfants, les filles le plus souvent, pour s'en occuper » (Marchand 2018, p.209).

Les femmes sont davantage présentes comme des « aidantes » ou « accompagnantes » de victimes que comme des victimes elles-mêmes. J.-N. Jouzel et G. Prete par exemple soulignent que l'engagement des femmes dans l'association qui représente les victimes professionnelles des pesticides (Phyto-Victimes) se fait au nom de victimes avant tout masculines et qu'il reflète une conception genrée de l'exposition aux pesticides : les membres de Phyto-victimes peinent à envisager les femmes comme des victimes potentielles des pesticides.

Au regard du corpus ici présenté, il apparaît que les analyses en termes de genre sont relativement peu mobilisées dans la littérature française sur les maladies professionnelles et leur sous-reconnaissance : si certains travaux historiques et sociologiques les mettent au centre de leur argumentation, elles restent quasiment absentes des travaux de santé publique. La compréhension d'acteurs clés ou d'étapes clefs du processus de reconnaissance des maladies professionnelles pourrait pourtant être approfondie *via* une approche directement attentive au genre : par exemple, les interactions entre les employées des caisses de sécurité sociale et les salariés, ou entre les médecins du travail, très majoritairement des femmes, et les salariés gagneraient à être investiguées dans cette perspective. De plus, on sait que les femmes souffrent et déclarent davantage de pathologies liées aux risques psychosociaux, mais il n'existe pas d'étude comparant les démarches de déclaration de ces troubles et leurs résultats en fonction de l'identité de genre. Enfin, certaines activités professionnelles particulièrement « genrées » comme les aides à domicile ou les caissières, ou encore la manutention ou la conduite de chariot dans la logistique, souffrent également de troubles physiques plus ou moins reconnus : si ces populations sont étudiées par la sociologie, les démarches de déclaration, ou l'absence de démarches, ne sont que mentionnées (Avril 2014 ; Benquet 2015 ; Gaborieau 2016).

II. Les mécanismes de sous-reconnaissance en lien avec l'exposition au travail des populations étrangères ou d'origine étrangère

Les populations de travailleurs étrangers en France se concentrent dans les catégories socioprofessionnelles les moins élevées, notamment la catégorie ouvrière. Au sein même de cette catégorie, les étrangers ont encore tendance à être affectés aux tâches et postes les moins prestigieux. Ainsi, leur forte exposition à divers risques professionnels tient en partie à la place qui leur est réservée dans certains secteurs organisés de manière discriminatoire, comme le

décrivent N. Jounin à propos du secteur du bâtiment (Jounin 2009) et R. Linhart à propos du secteur automobile (Linhart 1978). Au regard de leur exposition particulière à des facteurs de risques professionnels, il apparaît particulièrement intéressant de s'intéresser aux mécanismes de sous-reconnaissance de ces populations.

1. Un déficit de visibilité

1.1. Une invisibilité statistique des populations étrangères ou d'origine étrangère : données de reconnaissance et données scientifiques

Les études de santé publique sur la sous-reconnaissance singularisent rarement la population étrangère ou d'origine étrangère. L'étude de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles touchant les populations étrangères ou d'origines étrangères est rendue difficile par la rareté des données, en particulier statistiques, rendant visibles ces populations. Aussi, ce sont essentiellement des travaux de sciences sociales et qualitatifs qui explorent les phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance en rapport avec les populations étrangères ou d'origine étrangère¹⁰.

Si les femmes peuvent être invisibilisées dans les études épidémiologiques, faute d'être assez nombreuses à être affectées par les pathologies professionnelles les plus étudiées (typiquement, les cancers ou pathologies liées à l'amiante), les populations d'origine étrangère apparaissent rarement, parce que les données qui les concernent n'existent pas. Dès 1991, A. Thébaud-Mony déplore cette absence de données par nationalité dans les statistiques médico-administratives de reconnaissance :

« Quant aux maladies professionnelles, on ne dispose d'aucune donnée chiffrée concernant leur répartition entre Français et immigrés, ni au niveau national, ni par région ou activité économique. Ayant sollicité une telle information auprès du service du personnel d'une grande entreprise nationalisée, nous avons reçu la réponse suivante : "C'est contraire à la loi *Informatique et libertés* que d'indiquer la nationalité des salariés atteints de maladie professionnelle". Il est donc impossible d'avancer la moindre estimation, quant au nombre moyen annuel de maladies professionnelles reconnues chez les salariés d'origine étrangère ». (Thébaud-Mony 1991b).

Plus récemment, d'autres chercheurs déplorent également l'absence de telles données statistiques par nationalité, qui ne permettent pas de déterminer l'ampleur des refus de reconnaissance. F. Décosse, qui a travaillé sur les migrants saisonniers de l'agriculture souligne :

« La Mutualité sociale agricole (MSA) affirme ne pas pouvoir fournir de données par nationalité, la loi lui imposant de supprimer cette variable lors de la remontée des données des caisses départementales vers la caisse centrale. Quand on cherche à obtenir des données chiffrées sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP) des saisonniers marocains sous contrat OMI, on se retrouve dans une impasse » (Décosse 2008, 112).

¹⁰ À noter qu'au Québec tout un réseau de recherche se penche sur les obstacles à la déclaration et à l'indemnisation pour les travailleurs et travailleuses immigrés, militant pour un système plus juste (Gravel 2006 ; 2016 ; Gravel et al. 2006 ; Gravel, Dubé, et al. 2017 ; Gravel, Lippel, et al. 2017 ; Gravel et Patry 2007 ; Gravel et Raynault 2010).

P.-A. Rosental et J.C. Devinck, qui ont travaillé sur la silicose, l'immigration est un « facteur majeur de sous-estimation statistique des maladies professionnelles », qui se répercute sur les politiques de prévention et donc sur toute la population exposée aux risques, qu'elle soit française ou étrangère (Rosental et Devinck 2007).

Cette absence de données par nationalité concerne de manière plus générale les études populationnelles portant sur le lien entre santé et travail. Comme le souligne par exemple F. Décosse, la difficulté à évaluer les risques induits par l'utilisation de pesticides réside notamment dans le fait que les saisonniers étrangers ne constituent pas une population qui se prête à des études de cohorte. Ils sont difficiles à suivre dans le temps pour plusieurs raisons : leur travail est temporaire, ils sont « à cheval entre deux pays » (Décosse 2008) et ils font l'objet d'un suivi médical déficient (voire inexistant).

1.2. Un suivi de santé déficient qui renforce l'invisibilité des pathologies professionnelles

Cette absence de réel suivi de santé des immigrés au travail est un facteur de sous-reconnaissance des maladies professionnelles à plusieurs titres. Non seulement, elle invisibilise statistiquement ces populations, mais elle fait obstacle à la déclaration des maladies professionnelles.

F. Décosse souligne par exemple que la visite d'embauche des travailleurs migrants saisonniers, ainsi que leur suivi médical, qui sont pourtant des droits, ne sont pas ou très peu honorés en milieu agricole. Le non-respect de ce droit ne permet pas le suivi longitudinal de l'état sanitaire de cette population ou de l'état des expositions, bien que ces travailleurs saisonniers reviennent d'une année sur l'autre. Il pointe que le fait que les médecins du travail qui participent à l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER) – enquête de référence pour la quantification des expositions professionnelles aux produits chimiques – ne suivent pas ou très peu les travailleurs migrants (en l'occurrence principalement les saisonniers OFII – pour Office français de l'immigration et de l'intégration), ce qui invisibilise de fait leurs expositions et entraîne une sous-estimation générale de l'exposition aux pesticides (Décosse 2008a ; 2008b). La faiblesse du suivi médical a d'autres conséquences. En effet, les visites médicales permettent une surveillance de l'état de santé des salariés, et facilitent notamment l'établissement d'un *curriculum laboris* qui permet de consigner les expositions professionnelles à des toxiques dans le dossier médical, et qui peut être utilisé pour attester de l'exposition en cas de demande de reconnaissance. Plus simplement, elle empêche les victimes de rentrer en contact avec les médecins du travail, qui seraient pourtant des interlocuteurs en position de leur indiquer la possible étiologie professionnelle de leurs problèmes de santé et leur présenter les démarches de reconnaissance auxquelles elles ont droit.

2. Des obstacles spécifiques aux populations immigrées et à leurs conditions d'emploi

Au-delà de la question de l'invisibilité statistique, les études de sciences sociales du corpus mettent en évidence des obstacles spécifiques aux populations de travailleurs migrants pour faire reconnaître leurs maladies comme maladies professionnelles.

2.1. Précarité des trajectoires d'emploi et procédures de reconnaissance

Beaucoup de travaux disponibles en France explorant les effets des conditions d'emploi et des trajectoires personnelles sur l'ouverture de droits sociaux liés à la détérioration de la santé portent sur les accidents du travail. Il en ressort que les salariés étrangers déclarent moins souvent des accidents du travail bénins, et ont davantage de risques de subir des accidents graves (Daubas-Letourneux et Thébaud-Mony 2001). Des travaux suggèrent aussi que la déclaration des accidents du travail est plus souvent découragée par les employeurs pour les travailleurs immigrés, qui jouent sur la dépendance d'une main d'œuvre précaire à de futures opportunités d'emploi – comme N. Jounin en fait état pour le milieu du BTP, caractérisé par des travailleurs précaires et étrangers (Op.cit.). Des travaux, en sciences sociales essentiellement, ont aussi investigué les effets des conditions d'emploi des immigrés sur la reconnaissance en maladie professionnelle des affections dues à leur travail.

Dans une perspective historique, P.-A. Rosental et J.-C. Devinck montrent par exemple la difficulté pour les étrangers qui ont travaillé dans les mines, en l'occurrence les Polonais, puis les Marocains, occupant pourtant les emplois les plus exposés aux risques, d'obtenir une reconnaissance en maladie professionnelle de la silicose contractée au travail (Devinck et Rosental 2009). Cette difficulté tient à la fois à la précarité des conditions d'emploi, aux retours au pays qui ne permettent plus les démarches de reconnaissance même si ces démarches sont prévues en droit et aux conditions de suivi médical de ces populations : dans un contexte de médecine du travail à visée eugéniste (qui n'est pas propre à l'univers de la mine, mais qui a caractérisé un rapport plus général de la médecine du travail aux populations étrangères) (Martini 2009), la précarité d'emploi des travailleurs exposés à des conditions de travail dangereuses permettait justement d'écarter ceux dont la santé était affectée avant qu'ils ne remplissent les conditions nécessaires à une reconnaissance en maladie professionnelle (Buzzi, Devinck, et Rosental 2006). Ils décrivent cette sélection médicale et la manière dont elle a influé sur les déclarations et reconnaissance de maladies professionnelles comme un véritable système de gestion du risque « silicose » :

« Soumis à un barrage de visites médicales tant au Maroc qu'à l'arrivée dans les houillères, les mineurs retenus sont soumis à des conditions de travail très rudes, exposant à des risques importants d'accidents du travail et de silicose. Mais les contrats temporaires les empêchent de satisfaire aux durées d'exposition légales.

À l'issue de chaque période de travail, les houillères imposent aux mineurs marocains une interruption de quelques mois, au cours de laquelle elle détecte et écarte les silicosés. Ceux qui rentrent au pays s'y heurtent à l'absence de structure de dépistage systématique, du moins dans les zones éloignées des grandes villes et, malgré les dispositions légales, à la méfiance du centre

de Sécurité sociale des migrants envers les déclarations de maladies professionnelles déposées de l'étranger » (Rosental et Devinck 2007, 88).

Sur la période plus récente, des travaux menés notamment dans le cadre du GISCOP 93 sont également éclairants. Outre les travaux d'A. Marchand, L. Boujasson, en relatant le parcours d'une victime suivie par le GISCOP (décédé d'un cancer des sinus sans avoir obtenu de reconnaissance en maladie professionnelle) montre que les travailleurs immigrés, « au bas de l'échelle » de la production, sont à la fois très exposés aux risques et moins susceptibles d'obtenir réparation (Boujasson 2009).

M. Paiva montre aussi, à travers les exemples de femmes atteintes de cancer suivies par le GISCOP, que les expositions professionnelles des femmes immigrées tendent à ne pas être reconnues, car selon l'auteure la reconnaissance des cancers professionnels est « bâtie sur des durées propres aux parcours professionnels masculins et ouvriers », mais aussi parce que du fait de leur parcours d'immigration et leur parcours familial, les trajectoires professionnelles des femmes immigrées se conforment difficilement aux exigences des tableaux, notamment en termes de durée d'exposition.

2.2. Une démarche rendue complexe par une distance géographique, sociale et culturelle à l'administration française

Une certaine distance culturelle peut tout d'abord jouer dans la santé perçue, et donc dans l'identification et la déclaration de maux dus au travail. L'enquête Conditions de travail de la Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES) met en évidence le fait que les immigrés déclarent moins souvent certaines pénibilités physiques que les autres salariés, en partie à cause de leur plus grande propension à tenir pour « naturelles » des conditions de travail perçues comme difficiles par des salariés locaux (Coutrot et Waltisperger 2009).

Plusieurs travaux soulignent également que la distance géographique, sociale et culturelle aux administrations en charge de l'instruction des démarches de reconnaissance rend plus difficile cette reconnaissance pour certaines victimes : la faible maîtrise de la langue française (en particulier à l'écrit), l'isolement (notamment familial), etc... font obstacles aux démarches administratives.

A. Marchand illustre ces obstacles en retraçant les démarches de travailleurs étrangers atteints de cancers qui, affaiblis physiquement et psychologiquement par leur maladie, font face à de nombreuses difficultés dans leurs démarches de reconnaissance (Lanna, Marchand et Thébaud-Mony 2010 ; Marchand 2016). F. Décosse (2008) s'est intéressé au secteur agricole, un secteur qui recourt fortement et de plus en plus à une main-d'œuvre intermittente, précaire et d'origine étrangère (Depeyrot et al. 2019). A partir de l'exemple des migrants saisonniers, il montre que le « parcours du combattant » des salariés français engagés dans une procédure de reconnaissance est encore beaucoup plus ardu pour les travailleurs migrants. Non seulement les difficultés sociales et langagières peuvent faire obstacle à l'ouverture de droits, mais surtout, la non stabilité géographique peut empêcher l'établissement d'un lien entre une exposition

professionnelle et une pathologie et rendre impossible l'engagement de démarches de reconnaissance, par exemple pour des pathologies liées à l'exposition aux pesticides :

« L'exposition à des produits toxiques à effets différés de travailleurs à la fois étrangers et temporaires – obligés de regagner leur pays d'origine à la fin du contrat et n'ayant pas de droit au séjour lorsqu'ils atteignent l'âge de la retraite – empêche toute visibilité du caractère professionnel de la pathologie à venir, et donc de la responsabilité pénale de l'employeur, voire de l'administration. Ils ont donc de fait peu de chance d'entamer une procédure en reconnaissance et d'obtenir un jour réparation du dommage subi dans le cadre de leur travail. Et ce d'autant moins en effectuant la démarche à partir d'un pays étranger » (Décosse 2008, 14).

Ces difficultés se retrouvent aujourd'hui pour d'autres types de travailleurs « invisibles » (travailleurs détachés, travailleurs non déclarés, ...), largement présents sur certains territoires et dans certaines filières (Midler et al. 2019).

3. Les mobilisations de travailleurs étrangers pour la reconnaissance de leurs maladies professionnelles

Beaucoup d'auteurs insistent, dans ce contexte particulièrement peu favorable à la reconnaissance des maladies professionnelles des travailleurs étrangers, sur le rôle des collectifs qui les organisent et s'en font les porte-parole : associations, syndicats, mouvements sociaux, qui jouent un rôle catalyseurs pour la reconnaissance des maladies professionnelles de toutes les victimes du travail sont des relais plus indispensables encore pour les travailleurs étrangers.

Les travaux de J.C. Devinck et P.-A. Rosental montrent par exemple comment des mouvements de grève collectifs ont permis à des travailleurs du Maghreb, dans les années 1960, d'obtenir une meilleure reconnaissance du caractère professionnel de pathologies contractées dans le travail des mines. Ils soulignent combien les organisations minières ont délibérément cherché à contourner l'enregistrement des maladies professionnelles en recourant à une main d'œuvre précaire. Cette stratégie est claire notamment au travers l'histoire des mineurs marocains, embauchés sur des contrats courts, en particulier dans les houillères du Nord Pas de Calais, avec un délai de plusieurs mois entre chaque contrat :

« Avec l'arrêt programmé de l'exploitation, le temps n'est plus à une logique de peuplement mais à la multiplication des contrats de travail limités, généralement, à dix-huit mois. Elle concilie un triple objectif : éviter la titularisation des mineurs immigrés, s'adapter aux aléas de la production et aux fermetures de puits, mais aussi régler à moindres frais la question des risques de silicose » (Rosental et Devinck 2007, 88)

Ils montrent que pour voir progressivement leurs droits sociaux reconnus, ces mineurs ont dû organiser des mouvements collectifs de grèves et obtenir le soutien officiel du gouvernement marocain. Ils ont d'abord obtenu un renouvellement des contrats par tacite reconduction (donc, moins de précarité), puis un statut de mineur et des congés associés. Les accords conclus suite aux grèves ont également inclus une condition relative à la reconnaissance des pneumoconioses des mineurs souhaitant rentrer dans leur pays d'origine (mais les auteurs ne peuvent dire dans quelle mesure cette condition a été effective).

Plus récemment, d'autres travaux de sociologues soulignent l'importance des actions collectives. F. Décosse (2008), par exemple, souligne le rôle important même si intermittent des organisations syndicales de salariés ou d'associations dans l'accompagnement des démarches de reconnaissance des travailleurs agricoles.

D'une manière générale, plusieurs travaux mettent donc en évidence des obstacles particuliers à la reconnaissance médico-administrative des effets du travail sur la santé des travailleurs étrangers ou d'origine étrangère. Ces obstacles insistent aussi bien sur l'invisibilisation de ces populations dans les études statistiques et épidémiologiques que sur les conditions particulières d'emploi et de recrutement de ces populations. Notons que la plupart de ces travaux qui abordent la question des travailleurs migrants et de leur difficulté à déclarer et faire reconnaître leurs affections en lien avec le travail, n'abordent finalement qu'assez peu et de manière non systématique la question des discriminations qu'ils peuvent subir du fait de la couleur de leur peau ou de leur appartenance supposée à des catégories « ethniques » (Jounin 2003), alors même que de telles discriminations traversent l'organisation du travail et division de sa pénibilité. Plus généralement, les approches en termes de « rapports sociaux de race »¹¹ sont très peu mobilisées pour analyser l'enjeu de la reconnaissance des maladies professionnelles, et mériteraient certainement d'être mobilisées plus avant. On peut également souligner que les travaux du corpus ne développent que rarement des analyses qui prennent en compte l'articulation des différents rapports sociaux dans lesquels sont pris les travailleurs victimes du travail. Par exemple, si des études qualitatives suggèrent que les femmes étrangères ou d'origine étrangère restent largement cantonnées à des formes d'emploi et de travail qui rendent très difficile leur engagement dans des démarches de reconnaissance en maladies professionnelles, il serait utile d'explorer plus finement et plus systématiquement les obstacles spécifiques auxquels font face les travailleurs étrangers en fonction de leur sexe ou de leur classe sociale.

¹¹ Ici il convient de souligner, pour les lecteurs du rapport non familier des débats en sciences sociales, que nous faisons référence en mentionnant l'« analyse des rapports sociaux de race » à tout un ensemble de travaux qui partagent, au-delà de leurs différences théoriques et méthodologiques, une perspective non essentialiste mettant au premier plan la manière dont se construisent les rapports sociaux entre les individus au nom de leur appartenance supposée à des groupes d'origine (appartenance qui peut être traitée sur un mode naturalisant ou culturel).

Chapitre 3.

Le traitement des différents types de pathologies et de leur sous-reconnaissance

Les textes réunis dans notre corpus explorent les mécanismes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance de différentes pathologies professionnelles et/ou de groupes de travailleurs exposés à différentes familles de risques. Ces différences reflètent en partie l'existence ou non de tableaux pour certains risques ou certaines pathologies, mais aussi l'intérêt différencié des chercheurs, qui peut être lié à la visibilité politique ou médiatique de certains sujets ou à des opportunités d'accès au terrain ou de financements. Dans ce chapitre du rapport, nous insisterons successivement sur le nombre important de travaux du corpus qui portent sur les cancers professionnels (les plus nombreux) et l'intérêt relativement plus faible pour la sous-reconnaissance des effets sur la santé mentale des travailleurs (les moins nombreux), en pointant certains de leurs enseignements. Leur mise en perspective permet de rappeler que la sous-reconnaissance n'est pas un phénomène monolithique, et qu'il peut exister des mécanismes spécifiques de sous-reconnaissance en fonction des pathologies et des risques concernés.

I. La sous-reconnaissance des cancers professionnels : le dispositif de reconnaissance à l'épreuve des maladies chroniques multifactorielles

1. Le rôle central des travaux liés au GISCOP dans la compréhension de la sous-reconnaissance des cancers professionnels et dans la mise en évidence des inégalités sociales de santé

Les cancers professionnels concentrent une importante proportion de la littérature sur la sous-reconnaissance. Une grande partie de cette littérature provient d'enquêtes menées en lien avec le GISCOP. Ce groupement, de par son insertion académique et les thèses financées dans son cadre, a permis à de nombreuses analyses de la sous-reconnaissance des cancers professionnels de voir le jour. S'il est largement décrit dans plusieurs des références du corpus (Réseau SCOP 93 2005 ; Thébaud-Mony 2006 ; 2008a ; Platel 2009 ; 2014 ; Lanna, Marchand, et Thébaud-Mony 2010; GISCOP 2012 ; Paiva 2012 ; 2014; 2016 ; Marchand 2015 ; 2016 ; 2018 ; Hunsmann, Lysaniuk, et Giscop 84 2019 ; Primerano et Marchand 2019), il peut être utile d'en rappeler quelques caractéristiques.

Le GISCOP se présente comme une démarche de recherche-action d'abord ancrée localement en Seine-Saint-Denis et qui émerge au début des années 2000. Son point de départ est une enquête menée en recherche-action sur la tuberculose, dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.

« Dans ce contexte, se tissent des liens entre des chercheurs, une administration, un territoire et une population, et se partage une même vision de la santé publique et des finalités de la recherche, qui vont ensuite nourrir, quelques années plus tard, le projet de mise en place d'un dispositif de

« surveillance » des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis » (Marchand 2018, 44).

Un réseau d'acteurs partageant une conception de la santé publique « davantage orientée vers les déterminants collectifs qu'individuels » (*Ibid.* p. 48) permet d'opérer ce passage d'interrogations sur les déterminants socio-économiques de la tuberculose à une interrogation sur les cancers professionnels.

Ainsi, une « coopération médico-scientifique » permet de documenter les expositions cancérigènes. Le dispositif se base sur des entretiens semi-directifs de reconstitution de parcours professionnels effectués avec des personnes identifiées par des médecins hospitaliers, parce qu'elles sont traitées pour un certain type de cancer. Un collectif pluridisciplinaire d'experts examine ensuite ces reconstitutions, puis identifie et qualifie les éventuels cancérigènes auquel le patient a été exposé, puis indique si une déclaration en maladie professionnelle peut être engagée et si oui, sur quel tableau. S'ensuivent alors un retour au médecin hospitalier et au patient, puis un suivi des démarches, le cas échéant (*Ibid.* p. 59).

Émanation du premier GISCOP en Seine-Saint-Denis, un second GISCOP a vu le jour en 2015 quand des sociologues impliqués dans le premier GISCOP se sont mis en relation avec le chef du service d'oncologie-hématologie du Centre hospitalier Henri-Duffaut à Avignon (CHA) (Hunsmann, Lysaniuk, et Giscop 84 2019), un médecin hospitalier qui était déjà investi dans une démarche de recension des cas de cancers rencontrés et d'interrogation sur les expositions professionnelles et environnementales à des cancérigènes subies par les patients.

Les enquêteurs et enquêtrices sont souvent issus des sciences sociales et l'objectif des longs entretiens retraçant le parcours professionnel est d'atteindre un degré de détail le plus précis possible sur les activités de travail réelles : pour « construire la visibilité » des maladies professionnelles, il faut aller au-delà de la description du travail prescrit (Thébaud-Mony 2008b).

Les travaux du GISCOP (ou qui y sont associés) permettent d'éclairer un grand nombre d'aspects de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. En particulier, ils inscrivent généralement cette question dans une perspective plus générale de compréhension des inégalités sociales de santé, considérées à la fois comme causes et conséquences de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles (Volkoff et Thébaud-Mony 2000b ; Thébaud-Mony 2004b ; 2006b). Les travaux d'A. Thébaud-Mony montrent par exemple que les discours insistant sur le tabac comme facteur de risque de cancers broncho-pulmonaires tendent à oblitérer le caractère massivement inégalitaire de ces pathologies :

« Dans les discours politiques et scientifiques dominants, la représentation du cancer n'est pas celle d'une maladie liée au travail mais celle d'un fléau lié essentiellement à des comportements « à risque », en particulier la consommation de tabac. Pourtant, il s'agit d'une maladie fortement inégalitaire qui frappe massivement les ouvriers » (Thébaud-Mony 2006a, 19).

Elle met également en avant les disparités géographiques du risque de développer un cancer, disparités qui renvoient à des inégalités sociales et aux spécificités d'un bassin d'emploi. La Seine-Saint-Denis est en effet particulièrement touchée par le cancer, et c'est de ce constat que

part l'initiative du GISCOOP : rendre visible la part des causes professionnelles dans l'« épidémie » de cancers qui touche ce département.

Au-delà des travaux du réseau du GISCOOP, d'autres publications portant sur les cancers professionnels et leur sous-reconnaissance mettent en avant l'importance des cancers professionnels dans les inégalités sociales de santé (Imbernon 2003 ; Chauvet et Tordjman 2010 ; Chauvet 2015 ; Luce 2016 ; Derbez et Rollin 2016 ; Primerano 2019), ainsi que celle de mettre en œuvre une prévention ciblée sur les lieux de travail afin de réduire ces inégalités.

2. La surestimation des étiologies individuelles identifiée comme source de sous-reconnaissance

Dans le cas des cancers professionnels, la littérature du corpus souligne un facteur important de sous reconnaissance en maladie professionnelle qui est le poids relativement déséquilibré accordé aux facteurs individuels ou comportementaux (en particulier le tabac, mais aussi l'alcool, l'activité sportive ou l'hygiène alimentaire), dans la survenue de ces pathologies, que ce soit, en amont, dans les recherches scientifiques menées sur les effets du travail sur la santé ou au cours des procédures de reconnaissance elles-mêmes. Cette sous-estimation des étiologies professionnelles vis-à-vis des étiologies individuelles est aussi analysée vis-à-vis d'autres pathologies : pour les TMS, ce sont les activités « hors travail » qui sont souvent incriminées (Poirier 2013), tandis que pour les pathologies psychiques, c'est dans la vie privée (familiale et sociale) qu'on recherche les causes des décompensations (Ponge 2018). Cependant, ce phénomène est particulièrement analysé pour les cancers.

2.1. Une surestimation des causes individuelles dans les représentations de la maladie

Les travaux du corpus qui réfléchissent au poids important accordé aux étiologies individuelles et comportementales sur le cancer relèvent aussi bien d'approches de santé publique que d'approches de sciences sociales.

Des publications en santé publique font ainsi le constat d'une tendance à imputer des maladies d'origine professionnelle à des causes individuelles. Audureau et al. soulignent par exemple que vouloir réduire la sous-déclaration et sous-reconnaissance des maladies professionnelles, c'est aussi vouloir réduire la « surestimation de l'origine tabagique des cancers » (Audureau et al. 2007). D'après les auteurs, les liens entre tabac et cancers sont non seulement surestimés par l'épidémiologie, mais ils sont aussi très ancrés dans les représentations. Puisqu'une double étiologie professionnelle et tabagique d'un cancer est difficile à prouver, à partir du moment où le patient est fumeur, sa maladie est moins susceptible d'être reconnue d'origine professionnelle. Les auteurs en citent deux raisons principales : premièrement, le patient va lui-même opter pour l'origine tabagique de son cancer, ignorant souvent les possibles interactions pathogènes entre tabac et cancérogènes d'origine professionnelle. En outre, son médecin est lui-même moins susceptible de penser aux étiologies professionnelles de la maladie, et, s'il y pense ou si le patient pose la question d'une possible déclaration en MP, il est possible que le

médecin l'en dissuade. Anticipant un refus de reconnaissance, le tabagisme risquant de brouiller les pistes, certains médecins s'auto-censurent dans les démarches.

Dans une approche psychosociale, M. Britel et al. insistent également sur la place des représentations de la maladie comme « frein » à la déclaration en maladie professionnelle de cancers bronchiques. Dans le cadre d'une enquête associée au projet « PROPOUMON » mis en œuvre à Lyon, ils identifient chez les patients interrogés une tendance à chercher des « attributions causales internes », qui leur sont donc propres, plutôt qu'« externes », qui seraient propres à l'environnement (Britel et al. 2017). Cette surestimation des facteurs internes constitue un « biais » présent notamment chez les patients, qui ont tendance à incriminer leur tabagisme plutôt que des expositions professionnelles qu'ils auraient subies, que dans leur entourage.

Les publications pédagogiques à l'attention de médecins, que nous avons déjà mentionnées (voir supra), quand elles concernent les cancers, mentionnent très souvent le même « biais » chez les médecins, qui tendent à se focaliser sur le tabagisme de leurs patients pour expliquer leur pathologie (par exemple, Lhuillier et Choudat 2009 ; Choudat 2000).

2.2. Des représentations aux stratégies d'invisibilisation des étiologies professionnelles

Ce que montre la littérature en sciences sociales, en s'appuyant notamment sur une littérature étrangère (Epstein 1978), c'est que les représentations du cancer comme une maladie dont les causes sont à rechercher dans l'hygiène de vie, en particulier le tabagisme, ne sont pas fondées sur un consensus scientifique. Elles sont au contraire construites et entretenues par des rapports de pouvoir. Des travaux s'attachent ainsi à montrer que l'évacuation des facteurs environnementaux et professionnels dans les représentations dominantes du cancer peuvent en partie être liées à des stratégies délibérées de certains acteurs intéressés à invisibiliser les causes professionnelles. Les travaux d'A. Thébaud Mony sont pionniers dans cette perspective (1991a). Elle déplore un regard en termes de « *travailleurs* à risque » (par exemple celui qui se penche sur les susceptibilités génétiques au cancer), au détriment d'un regard sur des « *travaux* à risque » (Thébaud-Mony 2004a). Dans la lignée de ces travaux, A. Marchand relate dans sa thèse les stratégies de minimisation, de déni, ou d'occultation des risques par les employeurs. Le fait de renvoyer les pathologies à des causes privées est une stratégie essentielle, d'autant plus opératoire que les cancers sont effectivement des pathologies plurifactorielles. L'imputation des cancers à des causes personnelles est le fruit d'une « bataille » idéologique dans laquelle les chiffres sont utilisés (Marchand 2018) et dont le but ultime est de produire de l'ignorance, notamment en décrédibilisant certains savoirs scientifiques.

E. Counil et E. Henry mènent également une réflexion sur les stratégies d'invisibilisation des étiologies professionnelles, en s'intéressant tout particulièrement à la construction d'instruments de calculs et à leur mobilisation, les fractions de risque attribuables. Ils pointent dans leurs travaux que l'estimation de la part de cancers du au travail est « diluée » du fait des problèmes dans le mode de calcul. Les auteurs prennent l'exemple suivant : si 85% des cancers

du poumon masculins étaient dus au tabac, cela ne signifierait nullement que seuls 15% de ces cancers seraient dus à d'autres causes, car les effets se cumulent (la somme des fractions attribuables n'est pas 100%). Ils regrettent une tendance à utiliser l'épidémiologie pour « mettre en concurrence » les causes, ce qui ne permet pas de comprendre les étiologies de maladies multifactorielles comme les cancers, d'autant plus que les comportements individuels sont en partie façonnés par les conditions de travail. Cette tendance favorise de plus une conception « biomédicale » et une approche « individuelle » de la santé, et « relègue bien souvent les déterminants sociaux au mieux au second plan ».

« C'est ainsi que l'interprétation des écarts de mortalité par cancer entre groupes professionnels tourne inlassablement autour d'une opposition entre conditions de travail et « habitudes de vie » (FOX, ADELSTEIN, 1978), lorsqu'elle ne met pas directement en cause les « comportements » tabagiques, alcooliques et, de nos jours, alimentaires. L'attention croissante portée aux inégalités sociales face au cancer depuis les années 2000 n'a paradoxalement permis ni d'évaluer l'importance du travail comme déterminant de santé tout au long de la vie ni de sortir d'un modèle de causalité centré sur les comportements (...)

Les fractions attribuables, surtout lorsqu'elles sont calculées « en population générale » plutôt que sur des régions industrielles ou chez les ouvriers, participent d'un impensé : celui de l'inégale distribution des risques professionnels entre travailleurs de différentes professions et statuts, et des rapports sociaux (rapports de force), eux-mêmes inégaux, qui les sous-tendent » (Counil et Henry 2016, 15).

La manière dont les savoirs scientifiques sont mobilisés et produits va dans le sens d'un évitement du débat politique sur les questions de santé au travail.

« Une épidémiologie se focalisant sur les comportements individuels est plus facilement sollicitée pour le pilotage de l'action publique qu'une épidémiologie plus sensible aux déterminants sociaux de la santé, dont les conditions de travail sont un prolongement. De même, le recours à une toxicologie expérimentale est plus fréquent que celui à une toxicologie s'intéressant aux agents chimiques présents sur le terrain et se donnant pour mission d'alerter sur les dangers encourus dans une entreprise donnée ou sur ceux susceptibles d'être provoqués par des cocktails de produits » (Counil et Henry, *op.cit.*, 24).

Les auteurs plaident pour la mobilisation des sciences sociales pour mettre en visibilité les enjeux sociaux de la santé, en particulier les enjeux de santé au travail.

3. Des stratégies de déclaration qui diffèrent selon les cancers et peuvent avoir des effets d'invisibilisation

Parmi les travaux portant sur la sous-reconnaissance des cancers professionnels, nombreux sont ceux qui s'intéressent en détail aux modalités de déclaration médico-administratives de ces cancers par les victimes et au traitement de ces déclarations par les acteurs du dispositif de reconnaissance. La plupart des travaux s'intéresse aux déclarations de cancers professionnels liés à l'amiante, qui constituent aujourd'hui l'essentiel des cancers déclarés et reconnus.

3.1. Les cancers liés à l'amiante, un enjeu particulièrement étudié et particulièrement reconnu et qui masque les autres risques cancérigènes

L'amiante et sa réparation constituent indéniablement un cas particulier. En effet, l'amiante fait l'objet d'une reconnaissance institutionnelle particulièrement forte et a donné lieu à la création

d'un ensemble d'organisations publiques et privées qui se dédient à leur réparation. Celles-ci sont décrites en détail par exemple dans les travaux d'H. Pillayre (Pillayre 2017) : elle revient en détail dans sa thèse sur la création et le fonctionnement du FIVA, mais aussi des multiples structures associatives (ANDEVA, FNATH, etc.) et syndicales engagées dans la lutte pour la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies de l'amiante et l'amélioration de la réparation financière des victimes.

Son travail montre que l'exposition à l'amiante, contrairement aux autres expositions professionnelles, est beaucoup plus directement perçue, par la loi comme par la société, comme un préjudice commis par les employeurs à l'encontre de leurs salariés. C'est autour de l'amiante par exemple qu'a été construite une jurisprudence portant sur la faute inexcusable de l'employeur (qui permet aux victimes une indemnisation élargie de leurs préjudices, prise en charge par l'employeur), mobilisée par de nombreux acteurs. Son travail montre cependant que cette reconnaissance sociale n'empêche pas la sous-déclaration des cancers liés à l'amiante : en fonction des communautés professionnelles, syndicales ou territoriales d'appartenance, en fonction aussi de leurs trajectoires professionnelles, les victimes peuvent être plus ou moins enclines à initier une démarche de réparation. La sous-reconnaissance des cancers concerne aussi les cancers liés à l'amiante. Ce constat rejoint celui de travaux en santé publique du corpus qui montrent par exemple que même les mésothéliomes, dont l'étiologie mène de manière non-équivoque à une exposition à l'amiante, sont sous-déclarés et sous-reconnus (Goldberg et al. 2006 ; Gisquet et al. 2011).

3.2. Une tendance à aller vers les pathologies connues et reconnues

Ceci dit, plusieurs auteurs notent, à l'instar d'A. Marchand (2018), qu'il « existe ainsi une inégalité structurelle dans l'accès à réparation entre les malades de l'amiante et les autres », du fait à la fois de la reconnaissance sociale plus importante dont les cancers liés à l'amiante font l'objet, de l'existence de dispositifs de traçabilité des expositions plus développés que pour d'autres facteurs de risques professionnels et enfin de l'existence des voies d'indemnisation spécifiques. Dans ce contexte, les déclarations de maladies professionnelles liées à une exposition à l'amiante dissimulent parfois une réalité plus complexe. En situation de poly-exposition, les victimes ou les personnes qui les accompagnent peuvent choisir d'orienter leur déclaration en ce sens pour maximiser leurs chances de voir leur pathologie reconnue, ainsi que la somme reçue. Certaines situations sont en effet complexes et rendent difficiles une quantification de la fréquence ou de l'intensité d'une, ou, plus souvent encore, de plusieurs expositions, qu'elles soient simultanées ou au contraire successives. Dans ces cas-là, pour obtenir réparation, parmi les multiples expositions, « l'exposition retenue est celle qui bénéficie d'une réparation » (De Lamberterie et al. 2002). Le résultat est, mécaniquement, une perpétuation de la situation d'invisibilité dans laquelle se trouvent certains couples pathologies/expositions mais aussi et surtout, la perpétuation de l'impasse dans laquelle se trouve le système de reconnaissance en ce qui concerne les « effets cocktails » et la possible prise en compte d'une multi-exposition dans les déclarations.

Cette tendance à privilégier la déclaration de pathologies connues et reconnues peut concerner d'autres toxiques que l'amiante ou d'autres pathologies que les cancers. Dans sa thèse de médecine du travail, par exemple, F. Weil suggère qu'une maladie neurodégénérative rare, l'atrophie multi-systématisée, a été largement sous-diagnostiquée au profit de la maladie de Parkinson et que cela a eu des effets d'invisibilisation du lien entre cette maladie et le travail. Elle montre aussi comment les pratiques de déclaration peuvent contribuer à entretenir cette invisibilisation. Il n'existe pas de tableau pour cette maladie dont des données scientifiques suggèrent le lien avec les pesticides. En conséquence, pour les victimes qui souhaitent obtenir une reconnaissance, il peut être stratégiquement intéressant de faire des démarches en invoquant le tableau de la maladie de Parkinson (et bénéficier d'une « confusion de diagnostic ») plutôt que de prendre le risque de se voir opposer un refus par le CRRMP.

« La différenciation des syndromes parkinsoniens atypiques ne risquerait-elle pas de pénaliser ces patients quant à une possible reconnaissance en maladie professionnelle ? N'y aurait-il pas, alors, de bénéfique à laisser comme elle est cette confusion diagnostic afin d'être assuré d'une reconnaissance pour ces patients ? » (Weill 2019, 124)

L'autrice suggère que des recommandations soient diffusées aux CRRMP, afin que la maladie soit uniformément reconnue, quelle que soit la région (elle a mené sa thèse dans le Sud-Ouest et fait allusion au fait qu'en dehors de cette région, sensibilisée à la question, les autres CRRMP seraient probablement peu enclins à reconnaître des AMS comme maladie professionnelle).

II. La sous-reconnaissance des psychopathologies professionnelles dans la littérature

S'il comporte de nombreuses études sur les cancers professionnels, le corpus est beaucoup moins fourni en ce qui concerne la sous-reconnaissance des effets sur la santé mentale des travailleurs. A cet égard, le décalage est saisissant entre une littérature récente foisonnante sur les risques psychosociaux ou la souffrance psychique au travail, aussi bien en psychologie qu'en sociologie ou en gestion, et l'absence de recherches issues de ces mêmes disciplines concernant les mécanismes de non reconnaissance, puis de sous-reconnaissance juridique des affections psychiques liées au travail, et par conséquent leur sous-indemnisation. On pourrait argumenter que ce décalage est lié à l'absence, jusqu'à aujourd'hui, de tableaux dédiés aux effets psychiques du travail. En effet, la question de la non-reconnaissance ou de la non-indemnisation des maladies psychiques en lien avec le travail fait souvent dans les publications sur les Risques psycho-sociaux (RPS) l'objet d'une ou deux phrases rappelant qu'il n'existe pas de tableau dédié. Cependant, cette absence de tableaux constitue en elle-même un fait dont on peut explorer les multiples ramifications.

1. Des pathologies « hors tableau » qui peinent à être reconnues

Quelques travaux du corpus retracent l'évolution des modes d'appréhension des effets du travail sur la santé mentale et psychique et analysent les difficultés à traduire ces effets dans le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles.

1.1. La longue et intermittente attention aux effets du travail sur la santé psychique et mentale

Plusieurs sociologues et historiens ont analysé l'évolution de la prise en compte des troubles psychiques par différents acteurs (scientifiques, médecins, syndicats, État, etc.) et la traduction de cette prise en compte dans le droit. Contrairement à ce qui est souvent avancé dans le débat public, cette prise en compte n'est pas récente. Dans sa thèse par exemple, R. Ponge (2018) rappelle en détail les tentatives de certains médecins particulièrement engagés sur cette thématique pour faire reconnaître les effets du travail sur la santé mentale de certains groupes professionnels (par ex. les téléphonistes des PTT) et demander, sans succès, la création de tableaux de maladies professionnelles attestant de ce lien. Ses travaux, comme d'autres travaux sociologiques ont retracé, sur les trente dernières années, comment la question de la reconnaissance des effets du travail sur la santé mentale s'est imposée durablement comme problème public et enjeu de négociation paritaire, et comment cela s'est traduit par une évolution des modes de problématisation de cette question. M. Loriol souligne par exemple que les premières souffrances psychiques à être reconnues légalement comme étant causées par le travail résultent d'une situation violente provoquée par des agents extérieurs : c'est le cas du stress post-traumatique causé par des violences dites « externes » (typiquement, des agressions telles que les attaques de banque, ou bien des usagers ou clients violents pour les métiers en contact avec le public). Puis, leur définition s'est élargie à un stress qui peut provenir du fonctionnement interne des organisations, en l'occurrence principalement les conflits hiérarchiques. C'est alors une lecture interpersonnelle et individualisante du stress qui domine avec la notion de « harcèlement moral » (Loriol, 2008).

1.2. Un tableau pour les souffrances psychologiques ?

Aujourd'hui, les maladies psychiques découlant de risques psychosociaux ou organisationnels ne font pas l'objet d'un tableau de maladie professionnelle. Par exemple, les causes organisationnelles de stress, même si elles sont de plus en plus reconnues par la littérature scientifique, peinent à être « traduites » juridiquement par un système de reconnaissance en maladie professionnelle adapté, notamment du fait d'une « grille de lecture psychologique dominante » (Loriol 2008, 109). La France n'est pas une exception en la matière : aucun pays européen n'a inscrit les pathologies psychosociales sur sa liste de maladies professionnelles. Quand elles peuvent être prises en charge (en 2004, ce n'était le cas qu'en Belgique, au Danemark, en Italie, au Portugal et en Suède, et en France), c'est au titre du système complémentaire que la victime doit en faire la demande, en apportant la preuve du lien entre la pathologie et activité professionnelle. Ainsi, stress, *burn out*, harcèlement moral ou sexuel,

peuvent constituer des causes de décompensations psychiques prises en charge si la victime ou ses ayants droits en cas de décès parviennent à monter un dossier convaincant (EUROGIP 2004).

Quelques travaux du corpus essaient d'identifier les obstacles à cette traduction en droit (Loriol 2008 ; Ponge 2018). R. Ponge rappelle que cette difficulté renvoie plus généralement à la focalisation des partenaires sociaux dans les discussions sur la santé au travail sur les effets du travail sur le corps, et aux résistances de certains –en particulier les représentants patronaux - à ouvrir de nouvelles discussions sur des liens travail/santé caractérisés par des relations complexes et multifactorielles (Ponge 2021). Il décrit comment les débats sur la reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies sont structurés à la fois par des mobilisations parlementaires, médiatiques, syndicales, administratives et scientifiques. Dans un contexte de médiatisation des problématiques de souffrance psychique au travail et notamment du harcèlement moral, la CNAMTS adopte en 1999 une circulaire qui permet une reconnaissance des psychopathologies comme maladies professionnelles, via le système complémentaire. Cette circulaire « marque un tournant dans la mesure où elle reconnaît que des conditions de travail peuvent entraîner des troubles psychiques et pas seulement un événement violent et soudain » (Ponge 2018, 523). A la suite de cette circulaire, la première demande de reconnaissance en maladie professionnelle d'une psychopathologie est faite au CRRMP en 2000. Par la suite, le système se montre peu adapté à reconnaître les pathologies psychiques et fait l'objet de plusieurs groupes de réflexion et ajustements.

2. Les principaux obstacles d'un système dissuasif : l'autocensure des médecins, la preuve de l'imputabilité et le taux d'IPP

Le salarié qui souhaite faire reconnaître une psychopathologie en lien avec le travail se retrouve face à une procédure ardue, qui se caractérise entre autres par la longueur des délais d'instruction (9 à 12 mois, voire davantage, d'après Blum Le Coat et Pascual 2017).

Face à cette procédure, dont ils connaissent la complexité, les médecins n'orientent pas souvent vers la prise en charge en maladie professionnelle. Au-delà de ce premier écran que représente l'absence d'encouragement et d'information de la part du corps médical, les deux obstacles principaux identifiés par la littérature sont tout d'abord le fait que la victime ou ses ayants droits doivent prouver que la pathologie psychique en question est due au travail ; et en second lieu la nécessité d'atteindre un taux d'incapacité permanente partielle donné (25%), tel que fixé par des experts. Des publications recensées dans notre corpus décrivent ces différents obstacles.

2.1. Des médecins peu enclins à proposer la déclaration des psychopathologies comme maladie professionnelle mais qui les signalent

J.-Y. Blum le Coat et M. Pascual identifient le manque d'appui des médecins du travail dans la démarche de déclaration comme un facteur de sous-déclaration des maladies psychiques en lien avec le travail. Il est même selon ces auteurs « très rare » que le médecin du travail informe

un salarié en détresse psychologique sur la possibilité d'une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle ou accident du travail (*op.cit.*, 9). Ainsi, alors même qu'ils seraient théoriquement des « acteurs-clé » de la reconnaissance, ils sont généralement réticents à s'engager et contribuent ainsi à une invisibilisation et une sous-reconnaissance des maladies professionnelles (voir infra). De plus, le fait de s'engager dans une démarche de reconnaissance d'une psychopathologie exposerait selon les auteurs particulièrement le salarié à une possible hostilité de sa hiérarchie, et donc à une situation conflictuelle. La réticence des médecins n'en est alors qu'accentuée.

Dans une étude menée cette fois auprès des médecins généralistes, G. Lecomte Ménahès et J. Munoz mettent en avant la réticence des médecins à encourager les travailleurs concernés à s'engager dans des démarches de reconnaissance ou à accompagner ces démarches. Cette réticence est en partie liée à l'anticipation qu'ils font de l'échec des procédures : le fait d'anticiper un refus de reconnaissance est source d'autocensure (Lecomte Ménahès et Munoz 2019). Ils soulignent que cette autocensure n'empêche pas les médecins de rapporter les cas qu'ils suspectent être professionnels dans d'autres dispositifs, comme le dispositif de recueil des maladies à caractère professionnel (Daubas-Letourneux 2008). Dans ce dispositif, les souffrances psychiques sont, devant les TMS, le type de pathologies le plus signalé par les médecins. Notons également que dans les données collectées par le RNV3P, dispositif de surveillance des « problèmes de santé au travail » qui s'appuie sur les consultations de pathologie professionnelle, les troubles mentaux et du comportement arrivent en première position, juste avant les TMS (Bohin et al. 2016).

2.2. Le médecin comme expert au CRRMP : quelle expertise légitime ?

Des publications du corpus analysent le processus de reconnaissance via le système complémentaire. Deux thèses de médecine sont basées sur des enquêtes auprès de CRRMP - la première en Lorraine (Chanson 2013) et la seconde dans le Limousin, Poitou-Charentes (Saingolet 2016). C. Chanson propose une « étude descriptive exhaustive des dossiers traitant d'affections psychiques, présentés en CRRMP lorrains du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2011 au titre de l'alinéa 4 » et A.-L. Saingolet s'engage dans une démarche similaire entre 2014 et 2016, examinant dans les dossiers les informations disponibles permettant de statuer, et les critères utilisés pour rendre une décision.

Les deux publications mettent l'accent sur certaines difficultés à la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiques et certains aspects du fonctionnement des CRRMP qui permettent de comprendre l'hétérogénéité de leurs décisions vis-à-vis de ces pathologies : le fait que les dossiers sont souvent incomplets et qu'il manque souvent l'avis du médecin du travail (dans 35% des cas selon Saingolet), qui pourtant facilite la reconnaissance ; le caractère hétérogène du contenu de l'enquête administrative ; la complexité et l'inadéquation de la procédure ; l'aspect « conflictuel » des risques psychosociaux, potentiellement dissuasif à la fois pour les salariés et pour les médecins susceptibles de les accompagner dans leurs démarches. Ces travaux questionnent également la nature de l'expertise pertinente pour prendre des

décisions de reconnaissance dans le cadre du CRRMP. Un décret émanant du ministère des Affaires sociales et de la Santé de juin 2016 (Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016) vise à améliorer la reconnaissance des pathologies psychiques en maladies professionnelles et le fonctionnement des CRRMP pour ces affections. Il précise que lorsqu'il s'agit d'affections d'ordre psychique, un PU-PH ou PH spécialisé en psychiatrie peut siéger en lieu et place du PU-PH qualifié en matière de pathologies professionnelles. A.-C. Saingolet s'interroge dans sa thèse sur le bien-fondé de ce décret et de ce qu'il sous-tend en termes de légitimité des spécialistes de pathologie professionnelle :

« Cette nouvelle composition du CRRMP constitue-t-elle réellement une aide pour l'amélioration des reconnaissances des affections psychiques en maladie professionnelle ? On pourrait se poser la question de la plus-value de ce spécialiste par rapport à l'expérience acquise depuis de nombreuses années dans le domaine des risques psychosociaux par les médecins participant au CRRMP. L'introduction de ce spécialiste, sans connaissance du milieu professionnel, sera-t-elle une source de confusion dans un système déjà bien établi ? » (Saingolet 2016, 57)

Ces remarques rappellent plus généralement l'existence des luttes de territoires qui traversent les prises de position scientifiques et médicales sur la reconnaissance des affections psychiques, et plus largement, les jeux d'acteurs qu'il peut y avoir pour disqualifier certains savoirs au nom de leur absence de scientificité, ou au contraire de leur éloignement du terrain (Ponge 2008).

2.3. Une imputabilité au travail particulièrement difficile à prouver

Comme les maladies psychiques ne sont inscrites dans aucun tableau, les victimes ne bénéficient pas de la présomption d'imputabilité, elles doivent donc apporter elles-mêmes la preuve du lien de causalité « direct et essentiel » entre le travail et leur pathologie. Or, les publications du corpus portant sur la non-reconnaissance des pathologies psychiques convergent largement sur la difficulté pour les victimes et leurs aides d'isoler les éléments liés au travail des éléments liés à la vie privée dans la procédure de demande de reconnaissance. Comment prouver que c'est le travail qui a déclenché la pathologie (EUROGIP 2004, Chanson et al. 2013) ?

R. Ponge, dans sa thèse, rappelle cependant que cette difficulté n'est pas propre aux souffrances psychiques et qu'elle peut concerner par exemple des travailleurs atteints de maladies chroniques multifactorielles liées à des expositions chimiques, comme les cancers. Il est donc intéressant de questionner l'évidence de cette difficulté particulière, mais aussi de pointer les effets qu'elle peut avoir dans le processus de reconnaissance. A partir de données collectées dans une consultation « souffrance au travail » à laquelle ils participent, J.-Y. Blum le Coat et M. Pascual soulignent par exemple que la constitution d'un dossier d'exposition au risque demande un investissement particulièrement important aux victimes : les fragilités individuelles sont recherchées par la partie adverse et jouent un rôle équivalent à celui du tabac pour les cancers respiratoires : premièrement, elles sont utilisées comme écran contre la reconnaissance d'un lien entre la pathologie et l'activité professionnelle ; et, dans un second temps, prenant acte des obstacles qu'elles posent, les médecins les prennent comme prétexte

pour ne pas entreprendre ou encourager des démarches de reconnaissance (Blum le Coat and Pascual 2017).

Avant d'envisager d'entrer dans un parcours de reconnaissance, il s'agit de voir s'il est possible « de démontrer une exposition prolongée à des facteurs de souffrance au travail (surcharge durable de travail, injonctions contradictoires fréquentes, agressions verbales ou humiliations récurrentes, etc.) » (*ibid.*), ce qu'idéalement, selon les auteurs, le salarié fait avec un médecin du travail. Dans le cas décrit, la consultation spécifique d'accompagnement psychologique et administratif est là pour faciliter ces démarches. Au-delà de l'appui médical précieux pour établir ce lien entre travail et pathologie psychique, les auteurs préconisent un accompagnement spécifique, notamment juridique.

2.4. Le taux d'incapacité permanente partielle : un obstacle à la reconnaissance des psychopathologies en maladie professionnelle

Jusqu'en 2002, la reconnaissance des maladies professionnelles *via* le système complémentaire se fait sous des conditions médico-administratives restrictives : le taux d'IPP (incapacité permanente partielle) requis pour que le dossier soit instruit était en effet fixé à 66,66%, ce qui pour des pathologies psychiques est très difficile à atteindre ou, plus généralement, à déterminer. De plus, la fixation d'un taux d'IPP requérait au départ que la maladie soit « stabilisée », c'est-à-dire qu'elle n'évolue plus, ni dans le sens d'une aggravation, ni dans celui d'une amélioration : les demandes ne peuvent donc être faites que bien après le déclenchement de la pathologie. Ces conditions restrictives ont fait que très peu de cas ont été reconnus.

Au cours des années 2000, des textes de droit vont changer ces dispositions. En 2002, la loi dite de « modernisation sociale » (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) introduit les notions de « harcèlement moral » et de « santé mentale » dans le Code du travail. De plus, cette même année, le seuil d'IPP minimal pour présenter un dossier devant le CRRMP est abaissé à 25 %. En 2012, la notion d'« IPP prévisible » est introduite dans le but d'assouplir les conditions de saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 4 en supprimant la notion de stabilisation préalable¹². Ces modifications ouvrent à un plus grand nombre de victimes la voie de la reconnaissance par les CRRMP. Cependant, comme plusieurs recherches du corpus le montrent, elles n'empêchent pas que le système reste restrictif pour les victimes. R. Ponge rappelle par exemple que très peu de maladies psychiques, dans le « barème » officiel, donnent un taux d'IPP supérieur à 25% et que les évaluations de ces taux d'IPP par les psychiatres sont aléatoires et « disparates ». C. Chanson, qui s'est penchée dans sa thèse de médecine sur les avis rendus par les deux CRRMP de Lorraine, pointe, elle aussi, l'inadéquation de l'IPP comme outil de description de la gravité d'une psychopathologie :

« Le barème indicatif d'invalidité, document référence qui permet d'uniformiser et d'objectiver les évaluations des médecins conseils, n'a pas été conçu pour évaluer la gravité des pathologies psychiques. En outre ce biais d'évaluation lié à un certain degré de subjectivité, se pose la question

¹² Lettre ministérielle du 13 mars 2012, diffusée par la LR-DRP-17/2012 du 12/04/2012.

du biais lié à la situation contemporaine globale, conjoncturelle et fluctuante ». (Chanson, *op.cit.*, 148-149)

Pour les médecins conseils, il peut être parfois difficile de prévoir l'évolution des troubles constatés au moment de la demande de reconnaissance et de statuer en faveur d'une IPP prévisible inférieure ou supérieure à 25 %, un taux que certains jugent élevés et contribuant à invisibiliser les psychopathologies plus bénignes (Blum le Coat et Pascual 2017). L'obstacle de l'IPP est alors contourné en faisant appel au second canal d'indemnisation : la procédure de reconnaissance en accident du travail, pour laquelle aucun taux d'IPP ne s'applique. Il faut en revanche trouver un événement précis et soudain qui aurait déclenché la décompensation :

« Il y a lieu de souligner le fait qu'en France, le plus grand nombre de reconnaissances du caractère professionnel de ces maladies s'effectue au titre du risque « accident du travail » et non « maladie professionnelle » ; ce qui n'a pas d'incidence pour la victime sur le niveau d'indemnisation mais permet une prise en charge plus aisée puisqu'il n'existe pas de condition relative à un taux minimum d'incapacité permanente. Ainsi, ont été reconnues comme accidents du travail par la jurisprudence une dépression nerveuse dont a été atteint un salarié à la suite d'une rétrogradation annoncée au cours d'un entretien d'évaluation, ou bien encore une tentative de suicide d'une salariée soumise à une pression psychologique impitoyable de la part de son supérieur et qui, la veille de la tentative, avait reçu un nouveau planning avec des tâches nouvelles qui semblaient impossibles à réaliser en plus du travail habituel. » (EUROGIP 2004, 9)

Conclusion

La sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles est un phénomène bien reconnu par l'ensemble des acteurs engagés dans la prévention et la réparation des maux du travail. Ce rapport montre qu'il existe aujourd'hui, en France, un nombre important de travaux de recherche permettant d'attester l'existence de ce phénomène. Afin de comprendre plus finement les facteurs contribuant à cette sous-déclaration et sous-reconnaissance, il est possible de s'appuyer sur des travaux de recherche, aujourd'hui nombreux, directement focalisés sur ces phénomènes. La stratégie de construction du corpus principal suivie pour la réalisation de ce rapport a visé à mieux identifier ces travaux de recherche, à les lister et à les présenter. Ils complètent d'autres travaux de recherche portant plus généralement sur les enjeux de santé au travail, moins focalisés sur la sous-déclaration et la sous-reconnaissance et tout aussi essentiels pour comprendre ces phénomènes. Ce rapport mentionne certains d'entre eux, particulièrement importants – sans aucune prétention à l'exhaustivité. A la lecture de ces différents travaux, les facteurs contribuant à la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles sont multiples. Ils concernent, en amont de l'engagement des procédures médico-administratives de reconnaissance elles-mêmes, les espaces scientifiques de productions de connaissance sur les liens entre santé et travail, les espaces de politique et d'expertise de traduction de ces connaissances et de négociation des tableaux de maladies professionnelles, ou encore les espaces productifs où sont organisés le suivi médical des travailleurs et la traçabilité de leurs expositions à des facteurs de risque. Au cours des procédures de reconnaissance des maladies professionnelles elles-mêmes, plusieurs facteurs peuvent également contribuer à la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Ils concernent aussi bien le fonctionnement des professions médicales que l'organisation des caisses d'assurance sociale et leurs relations avec les victimes, les employeurs et les organisations syndicales ou associatives.

En soulignant ces différents facteurs de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles, le présent rapport permet d'alimenter la réflexion sur la manière de lutter contre ces phénomènes, en prenant en compte – et nous soulignons - leur complexité. Un déficit de formation et d'information du corps médical, à la fois sur les effets du travail sur la santé et sur les droits en termes de réparation des victimes, est par exemple aujourd'hui évident. Cependant, ce que montrent de nombreux travaux cités dans ce rapport, c'est qu'il serait naïf de penser que le seul renforcement de la formation initiale (et même continue) des médecins sur ces enjeux suffirait à infléchir fortement la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Des mesures plus structurelles doivent l'accompagner, qui prennent en compte les contraintes pesant sur l'activité médicale : simplification/clarification des démarches ; attribution de ressources matérielles et humaines nécessaires à l'accompagnement des procédures de reconnaissance ; etc. Certains dispositifs constituent des espaces où certaines de ces contraintes structurelles sont en partie prises en compte

(GISCOP ; programmes de repérages des maladies professionnelles souvent portés par des médecins de consultation de pathologies professionnelles). Cependant, peu nombreux, non pérennes, et focalisés sur certaines pathologies et certains territoires, ces dispositifs ne peuvent aujourd'hui transformer fortement et durablement les dynamiques de reconnaissance des maladies professionnelles.

S'il montre la richesse des travaux scientifiques menés ces trente dernières années sur la sous-déclaration et sous-reconnaissance des maladies professionnelles, le rapport permet également d'en identifier certains angles morts. Il constitue donc une invitation, pour les institutions chargées de financer les recherches en santé publique ou sciences sociales, à favoriser le développement de certains axes de recherche. Nous pouvons ici en rappeler trois, particulièrement utiles pour alimenter la réflexion des pouvoirs publics et des partenaires sociaux. Premièrement, le rapport montre la quasi-absence de travaux portant sur les dynamiques de sous-déclaration et de sous-reconnaissance dans la fonction publique. Au regard du rôle important de travailleurs relevant de la fonction publique et des données disponibles sur l'exposition aux risques dans les organisations qui y sont rattachées (par exemple, l'exposition aux facteurs de RPS dans la fonction publique hospitalière), il semblerait cependant essentiel que des recherches soient développées sur la thématique des maladies professionnelles dans ce secteur. Deuxièmement, le rapport pointe une connaissance empirique limitée du fonctionnement et de l'organisation de certains acteurs essentiels du dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles : les caisses d'assurance sociales (et les acteurs qui y travaillent, en particulier les médecins conseils) ; les tribunaux en charge du contentieux (et les acteurs qui y interviennent, en particulier les juges et les avocats des différentes parties) ; les employeurs (dont les stratégies sont souvent étudiées au prisme de l'expérience des victimes et non en tant que telles). Enfin le rapport met en évidence le faible nombre de travaux explorant certaines problématiques bien balisées des sciences sociales, comme les rapports sociaux de classe, de sexe, ou de race. Des travaux scientifiques, cités dans le rapport, soulignent l'existence d'obstacles particuliers qui se dressent dans leurs démarches de reconnaissance pour les ouvriers les moins qualifiés, les femmes ou les travailleurs étrangers. Cependant, des recherches seraient nécessaires pour objectiver plus finement ces obstacles (à la fois qualitativement, mais aussi quantitativement) et analyser l'articulation entre ces différents rapports sociaux. Plusieurs disciplines scientifiques, évoquées dans le rapport (sociologie, histoire, épidémiologie, médecine du travail, etc. peuvent jouer un rôle essentiel dans l'exploration de ces axes de recherche. Un des enjeux est peut-être d'arriver aussi à faire plus fortement dialoguer ces disciplines (et d'autres, que nous n'avons pas pu prendre en compte, comme le droit), de développer des approches pluridisciplinaires, aujourd'hui très peu développées.

Bibliographie

- Ameille, Jacques. 1994. "For a Better Recognition of Occupational Respiratory Diseases." *Revue de Pneumologie Clinique* 50 (4): 141–44.
- . 2004. "Asbestos-Related Occupational Cancers." *Revue Du Praticien* 54 (15): 1649–59.
- Ameille, Jacques, Alexis Descatha, Jean-Claude Pairon, et Jean-Charles Dalphin. 2005. "Occupational Chronic Obstructive Pulmonary Diseases." *EMC - Toxicologie-Pathologie* 2 (1): 31–42.
- Ameille, Jacques, Gabrielle Pauli, Anne Calastreng-Crinquand, Daniel Vervloët, Yuriko Iwatsubo, Elisabeth Popin, Marie-Cécile Bayeux-Dunglas, Marie-Christine Kopferschmitt-Kubler, et Observatoire National des Asthmes Professionnels. 2003. "Reported Incidence of Occupational Asthma in France, 1996-99: The ONAP Programme." *Occupational and Environmental Medicine* 60 (2): 136–41.
- Ameille, Jacques, Karine Hamelin, Pascal Andujar, Lynda Bensefa-Colas, Vincent Bonnetterre, Dominique Dupas, Robert Garnier, et al. 2013. "Occupational Asthma and Occupational Rhinitis: The United Airways Disease Model Revisited." *Occupational and Environmental Medicine* 70 (7): 471–75.
- Anoma, Guillaume 2016. "How to Recognize and Report a Work Accident or an Occupational Disease." *La Revue Du Praticien* 66 (2): 177–84.
- Arnaud, Sandrine, Sandrine Cabut, Alain Viau, Gwenaëlle Iarmarcovai, Marie-Laure Saliba, Marc Souville, et Pierre Verger. 2008. "Déclaration En Maladie Professionnelle d'une Lombosciatique Professionnelle : Dilemme Éthique Pour Les Médecins?" *Revue D Epidémiologie Et De Santé Publique - REV EPIDEMIOLOG SANTE PUBL* 56 (September): 280–280.
- Arnaud, Sandrine, Sandrine Cabut, Alain Viau, Marc Souville, et Pierre Verger. 2010. "Different Reporting Patterns for Occupational Diseases among Physicians: A Study of French General Practitioners, Pulmonologists and Rheumatologists." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 83 (3): 251–58.
- Arnaud, Sandrine, Alain Viau, Stéphanie Ferrer, Marie-Laure Saliba, Marc Souville, Pierre Verger, et Gwenaëlle Iarmarcovai. 2008. "Quels Freins à La Déclaration d'une Lombosciatique En Maladie Professionnelle Pour Les Médecins Généralistes et Les Rhumatologues?" *Santé Publique* 20 (hs): 39–48.
- Audureau, Etienne, Martine Karmaly, Christine Daigurande, Christophe Paris, Emmanuelle Evreux, Pierre Thielly, et Christian Pfister. 2007. "Cancer de vessie et origine professionnelle : une analyse descriptive en Haute Normandie en 2003." *Progrès en Urologie* 17 (2): 213–18.
- Avril, Christelle. 2014. *Les Aides à Domicile, Un Autre Monde Populaire*. La Dispute.
- Barlet, Blandine. 2019. *La Santé Au Travail En Danger. Dépolitisation et Gestionnarisation de La Prévention Des Risques Professionnels*. Octarès.
- Barthe, Yannick. 2017. *Les Retombées Du Passé. Le Paradoxe de La Victime*. Paris: Le Seuil.
- Bécot, Renaud. 2015. "Syndicalisme et Environnement En France de 1944 Aux Années Quatre-Vingts." Thèse de doctorat, Paris, EHESS.
- Benquet, Marlène. 2015. *Encaisser ! La Découverte*.
- Bertin, Mélanie, Annie Thébaud-Mony, Emilie Council, Giscop 93 study group. 2018. "Do Women and Men Have the Same Patterns of Multiple Occupational Carcinogenic Exposures? Results from a Cohort of Cancer Patients." *Annals of Work Exposures and Health* 62 (4): 450–64.
- Betansedi, Charles-Olivier. 2018a. "Quelle(s) épidémiologie(s) pour la santé au travail ? Réflexions à partir des cancers professionnels." *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, no. 20–1 (January).
- . 2018b. "L'Invisibilisation du lien entre travail et cancer chez les femmes : une approche réflexive en épidémiologie de la santé au travail." Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Saclay.

- Blum le Coat, Jean-Yves, et Marie Pascual. 2017. "La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale. Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles." *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, no. 19–1 (January).
- Bohin, Nicolas, Geneviève Boulanger, Alexis Descatha, Catherine Sauvagnac, Lynda Bensefa-Colas, Patricia Nicolazzo, Jérôme Langrand, et al. 2016. "Pathologies professionnelles déclarées au réseau RNV3P-SST par un échantillon de médecins du travail sentinelles de l'ACMS (données 2012–2015)." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 34e Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 77 (3): 536.
- Bonin, Jean-Pierre. 2014. *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- . 2017. *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Boujasson, Laura. 2009. "De l'épreuve du travail à l'épreuve de la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle." *Mouvements* n° 58 (2): 56–65.
- Brisacier, Anne-Claire. 2008. "Contribution Des Médecins à La Déclaration et à La Reconnaissance Des Cancers d'origine Professionnelle En France." Thèse de doctorat en médecine, Université Paris 6.
- Britel, Manon, Olivia Pérol, Stéphanie Blois Da Conceição, Manon Ficty, Houria Brunet, Virginie Avrillon, Barbara Charbotel, et Béatrice Fervers. 2017. "Moteurs et freins à la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancers bronchiques : une étude psychosociale." *Sante Publique* Vol. 29 (4): 569–78.
- Brunier, Sylvain, Jean-Noël Jouzel, Giovanni Prete. 2021. "L'ignorance en chaîne : la sous-reconnaissance des hémopathies professionnelles liées aux pesticides." In: Cavalin, C., Henry, E., Jouzel, JN., Pélisse J. (dir.). *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*. Presses des Mines : 215 - 234
- Buzzi, Stéphane, Jean-Claude Devinck, et Pierre-André Rosental. 2006. *La Santé Au Travail*. La Découverte.
- Caroly, Sandrine, Marie-Eve Major, Isabelle Probst, et Anne-Françoise Molinié. 2013. "Le genre des troubles musculo-squelettiques." *Travail, genre et sociétés* n° 29 (1): 49–67.
- Cavalin, Catherine, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, et Jérôme Pélisse. 2021. *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*. Presses des Mines.
- Cellier, Camille, Barbara Charbotel, Julien Carretier, Paul Rebattu, Jérôme Fayette, Maurice Pérol, Line Claude, Thierry Philip, et Béatrice Fervers. 2013. "Repérage Des Expositions Professionnelles Chez Les Patients Atteints de Cancers Bronchopulmonaires." *Bulletin Du Cancer* 100 (7–8): 661–70.
- Chanson, Claire, Martine Leonard, Isabelle Thaon, Emmanuelle Penven, Elodie Speyer, et Christophe Paris. 2013. "Reconnaissance des psychopathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de Lorraine entre 2005 et 2011." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 74 (3): 279–88.
- Chanson, Claire. 2013. "Les Maladies Professionnelles Hors Tableaux: Étude Épidémiologique Rétrospective (2005-2011) Auprès Des Comités Régionaux de Reconnaissance Des Maladies Professionnelles (CRRMP) Lorrains." Thèse de médecine, Université de Lorraine.
- Chauvet, Claire. 2015. "2. Prise En Compte Des Inégalités Face Aux Cancers d'origine Professionnelle Dans Les Politiques Publiques. Constats et Pistes d'action." *Construire En Permanence La Prévention Des Cancers Professionnels*, 175.
- Chauvet, Claire, et Isabelle Tordjman. 2010. "Une Meilleure Prise En Compte Des Inégalités Sociales Dans Les Cancers Professionnels." *Santé* 7: 10.

- Choudat, Dominique. 2000. "Criteria for Recognizing Occupational Diseases." *Archives Des Maladies Professionnelles et de Medecine Du Travail* 61 (4): 223–36.
- . 2003. "Risk, Etiologic Fraction and Causation Probability in Case of Multiple Exposures. II: Practical Attempts." *Archives Des Maladies Professionnelles et de Medecine Du Travail* 64 (6): 363–74.
- . 2014. "Consequences of Recognition as an Occupational Disease by Health Insurance." *Revue Du Praticien* 64 (3): 335.
- Clark, Claudia. 1997. *Radium Girls*. University of North Carolina Press.
- Couil, Émilie et Emmanuel Henry. 2016. "Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail." *Travail et Emploi*, no. 148 (October): 5–29.
- Courtet, Catherine, et Michel Gollac. 2012. *Risques Du Travail, La Santé Négociée*. La Découverte.
- Coutrot, Thomas et Dominique Waltisperger. 2009. "Les Conditions de Travail Des Salariés Immigrés En 2005 : Plus de Monotonie, Moins de Coopération." *DARES Premières Synthèses* 09 (2).
- Daubas-Letourneau, Véronique. 2008. "Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale." *Revue française des affaires sociales*, no. 2: 213–35.
- . 2015. "Multiexpositions Aux Cancérogènes Dans Les Métiers Portuaires. Recherche-Action Sur Le Port de Nantes/Saint-Nazaire." In *Les Risques Du Travail. Pour Ne Pas Perdre Sa Vie à La Gagner*. Paris: La Découverte.
- Daubas-Letourneau, Véronique, et Annie Thébaud-Mony. 2001. "Les Angles Morts de La Connaissance Des Accidents Du Travail." *Travail et Emploi*, no. 88: 25.
- De Blic, Damien. 2008. "De La Fédération Des Mutilés Du Travail à La Fédération Nationale Des Accidentés Du Travail et Des Handicapés." *Revue Française Des Affaires Sociales*, no. 2: 119–40.
- De Lamberterie, Gilles, Anne Maître, S. Goux, Christian Brambilla, et Alain Perdrix. 2002. "Sous-Déclaration Des Cancers Bronchiques Professionnels." *Rev Mal Respir* 19: 190–95.
- Debarre, Julie, et Catherine Berson. 2008. "Programme de Surveillance Des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) En Région Poitou-Charentes-Résultats de l'année 2007." *ORS Poitou-Charentes, Rapport d'étude*.
- Décosse, Frédéric. 2008a. "La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ?" *Etudes rurales* n° 182 (2): 103–20.
- . 2008b. "Le nouveau serf, son corps et nos fruits et légumes." *Plein droit* n° 78 (3): 13–16.
- Dedieu, François, et Jean-Noël Jouzel. 2015. "Comment ignorer ce que l'on sait ?" *Revue française de sociologie* Vol. 56 (1): 105–33.
- Deniel, Alain. *Rapport de la Commission instituée par l'article 30 de la loi numéro 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Depeyrot, Jean-Noël, Axel Magnan, Dominique-Anne Michel, et Catherine Laurent. 2019. "Emplois Précaires En Agriculture." *NESE* 45.
- Déplade, Marc-Olivier. 2003. "Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale." *Revue française de science politique* Vol. 53 (5): 707–35.
- Derbez, Benjamin, et Zoé Rollin. 2016. "III. Cancer et inégalités sociales de santé." In: *Sociologie du cancer*, La Découverte: 53–72.
- Desprésaux, Thomas, Olivier Saint-Lary, Florence Danzin, et Alexis Descatha. 2017. "Stress at Work." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 357.
- Devinck, Jean-Claude. 2010. "La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles." *Sciences sociales et sante* Vol. 28 (2): 65–93.
- Devinck, Jean-Claude, et Paul-André Rosental. 2009. "'Une Maladie Sociale Avec Des Aspects Médicaux': La Difficile Reconnaissance de La Silicose Comme Maladie Professionnelle Dans La France Du Premier XXe Siècle." *Revue d'histoire Moderne et Contemporaine (1954-)* 56 (1): 99–126.

- Dillmann, Julia. 2012. "Le Médecin Généraliste et Le Dépistage Des Maladies Professionnelles Chroniques d'origine Professionnelle: Analyse de l'impact d'une Plaquette Informatrice En Meurthe-et-Moselle." Thèse de doctorat en médecine, Université de Lorraine.
- Diricq, Noël. 2005. *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*. Ministère de la Santé et des Solidarités
- . 2008. *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- . 2011. *Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale*. Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité.
- Dubrulle, Romain. 2015. "Évaluation Du Besoin d'information Des Médecins Généralistes Concernant La Maladie de Parkinson Professionnelle." Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III- Paul Sabatier.
- Epstein, Samuel. 1978. *The Politics of Cancer*. Sierra Club Books.
- EUROGIP. 2004. "Pathologies Psychiques Liées Au Travail :Quelle Reconnaissance En Tant Que Maladies Professionnelles en Europe ?" EUROGIP.
- Farcis, Mathieu, Marie-Laure. Sauvage, Jane Ouvrard, et Johan Lesot. 2018. "Reconnaitances en maladie professionnelle dans une collectivité territoriale de l'ouest de la France : analyse descriptive sur 10 ans." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 79 (4): 515–21.
- Fellinger, Anne. 2008. "Du Soupçon à La Radioprotection : Les Scientifiques Face Au Risque Professionnel de La Radioactivité En France." These de doctorat, Université Louis Pasteur (Strasbourg) (1971-2008).
- . 2010. "Femmes, risque et radioactivité en France." *Travail, genre et sociétés* n° 23 (1): 147–65.
- Fouquet, Natacha, Julie Bodin, Emilie Chazelle, Alexis Descatha, et Yves Roquelaure. 2018. "Use of Multiple Data Sources for Surveillance of Work-Related Chronic Low-Back Pain and Disc-Related Sciatica in a French Region." *Annals of Work Exposures and Health* 62 (5): 530–46.
- Gaborieau, David. 2016. "Des Usines à Colis : Trajectoire Ouvrière Des Entrepôts de La Grande Distribution." These de doctorat en sociologie, Paris 1.
- Gallot, Fanny. 2015. *En découdre*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.gallo.2015.01>.
- Gayet-Viaud, Carole, et Anne de Labrusse. 2012. 6. *Itinéraires de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Freins et entraves à la mobilisation pour les droits à la santé et à la réparation. Risques du travail, la santé négociée*. La Découverte.
- Ghis Malfilatre, Marie. 2016. "L'impossible confinement du travail nucléaire." *Travail et emploi* n° 147 (3): 101–24.
- . 2018. *Santé Sous-Traitée. Ethnographier Les Mobilisations Contre Les Risques Du Travail Dans l'industrie Nucléaire En France (1968-2018)*. These de doctorat en sociologie, Paris Sciences et Lettres (ComUE).
- GISCOP. 2012. 11. *Les cancers professionnels à l'épreuve des parcours professionnels exposés aux cancérigènes. Santé au travail : approches critiques*. La Découverte.
- Gislard, Antoine, Evelyne Schorle, Marc Letourneux, Jacques Ameille, Patrick Brochard, Béatrice Clin, Françoise Conso, François Laurent, A. Luc, Christophe Paris, et al. 2013a. "Compensation of Occupational Diseases after HRCT Screening for Non-Malignant Pleuropulmonary Disease in a Multiregional Postoccupational Medical Surveillance Programme of Asbestos-Exposed Retired Workers." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 61 (1): 11–20.
- . 2013b. "Déclaration et Reconnaissance En Maladie Professionnelle Après Dépistage Tomodensitométrique de Maladies Pleuropulmonaires Bénignes Dans Le Programme Multirégional de Surveillance Postprofessionnelle de Personnes Exposées à l'amiante." *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 61 (1): 11–20.

- Gisquet, Elsa, Soizick Chamming's, Jean-Claude Pairon, Anabelle Gilg Soit Ilg, Ellen Imbernon, et Marcel Goldberg. 2011. "Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 59 (6): 393–400.
- Goldberg, M., E. Imbernon, P. Rolland, A. Gilg Soit Ilg, M. Savès, A. De Quillacq, C. Frenay, et al. 2006. "The French National Mesothelioma Surveillance Program." *Occupational and Environmental Medicine* 63 (6): 390–95.
- Gordon, Bonnie. 1993. "Ouvrières et maladies professionnelles sous la IIIe République: la victoire des allumetiers français sur la nécrose phosphorée de la mâchoire." *Le Mouvement Social* n°164 (3): 77–94.
- Goulard, Hélène, Julie Homère, Fabienne Vidou, et Isabelle Bonmarin. 2018. "Sous-recours au Fiva des artisans retraités de la cohorte des artisans retraités atteints de pathologie en lien avec l'amiante." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 79 (4): 571–72.
- Gravel, Sylvie. 2006. "Analyse Du Parcours d'indemnisation de Travailleurs Immigrants Victimes de Lésions Professionnelles." Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal.
- . 2016. "Santé et Sécurité Des Travailleurs Immigrants: Changer Nos Approches Pour Une Pratique plus Équitable." *Montréal, CA: Institut Santé et Société-Université Du Québec à Montréal.*
- Gravel, Sylvie, Jean-Marc Brodeur, François Champagne, Katherine Lippel, Louis Patry, Laurence Boucheron, Michel Fournier, et Bilkis Vissandjée. 2006. "Critères Pour Apprécier Les Difficultés d'accès à l'indemnisation Des Travailleurs Immigrants Victimes de Lésions Professionnelles." *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, no. 8–2.
- Gravel, Sylvie, Jessica Dubé, Daniel Côté, Bob White, et Danielle Gratton. 2017. "Le Retour Au Travail d'immigrants Ayant Subi Une Lésion Professionnelle: Les Embûches de La Rencontre Interculturelle et La Précarité Du Lien d'emploi." *Alterstice: Revue Internationale de La Recherche Interculturelle/Alterstice: International Journal of Intercultural Research/Alterstice: Revista Internacional de La Investigacion Intercultural* 7 (1): 21–38.
- Gravel, Sylvie, Katherine Lippel, Daniel Vergara, Jessica Dubé, Jean-François Ducharme, et Gabrielle Legendre. 2017. "Adapter Les Mesures Préventives de Santé et de Sécurité Pour Les Travailleurs Qui Cumulent Des Précarités: Les Obligations d'équité." *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, no. 19–2.
- Gravel, Sylvie, et Louis Patry. 2007. "L'accès à l'indemnisation Pour Les Travailleurs Immigrants Est-Il plus Difficile." *Le Médecin Du Québec* 42 (4): 105–7.
- Gravel, Sylvie, et Marie-France Raynault. 2010. "Équité En Matière de Santé et de Sécurité Au Service Des Travailleurs Migrants Temporaires." *Canadian Issues*, 68.
- Gravel, Sylvie, Daniel Vergara, Katherine Lippel, Jessica Dubé, Jean-François Ducharme-Varin, et Gabrielle Legendre. 2016. *Santé et Sécurité Des Travailleurs Qui Cumulent Des Précarités: La Lutte Aux Inégalités de Santé Attribuables Au Travail*. Montréal: Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de
- Grignoux, Justine, Brice Loddé, Jean-Dominique Dewitte, Lynda Larabi, et Quentin Durand-Moreau. 2020. "Améliorer Le Repérage Des Cancers Professionnels : Bilan de La Consultation de Pathologie Professionnelle de Liaison Du Centre Hospitalier Universitaire de Brest." *Bulletin Du Cancer* 107 (4): 428–37.
- Guénel, Pascal, et Emilie Cordina Duverger. 2020. "Travail de Nuit et Cancer Du Sein : État Des Connaissances et Résultats d'une Large Étude Épidémiologique Internationale." *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 81 (October): 671.
- Ha, Catherine, Yves Roquelaure, Annette Leclerc, Annie Touranchet, Marcel Goldberg, et Ellen Imbernon. 2009. "The French Musculoskeletal Disorders Surveillance Program: Pays de La Loire Network." *Occupational and Environmental Medicine* 66 (7): 471–79.

- Ha, Catherine, Annie Touranchet, Mélanie Pubert, Yves Roquelaure, Marcel Goldberg, et Ellen Imbernon. 2007. "Les Semaines Des Maladies à Caractère Professionnel Dans Les Pays de La Loire." *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 68 (3): 223–32.
- Ha, Catherine, Yves Roquelaure, Annie Touranchet, Annette Leclerc, Ellen Imbernon, et Marcel Goldberg. 2005. "Le Réseau Pilote de Surveillance Épidémiologique Des TMS Dans Les Pays de La Loire: Objectifs et Méthodologie Générale." *Numéro Thématique La Surveillance Épidémiologique Des Troubles Musculo-Squelettiques*, 219.
- Hatzfeld, Nicolas. 2008. "Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991)." *Revue française des affaires sociales*, no. 2: 141–60.
- Henry, Emmanuel. 2003. "Interresser les tribunaux a sa cause." *Societes contemporaines* no 52 (4): 39–59.
- . 2007. *Amiante : Un Scandale Improbable*. PUR.
- . 2017. *Ignorance scientifique et inaction publique*. Presses de Sciences Po.
- Hunsmann, Moritz, Benjamin Lysaniuk, et L'équipe du Giscop 84. 2019. "Faire entrer en résonance santé-travail et santé-environnement." *Ecologie politique* N° 58 (1): 83–106.
- Imbernon, Ellen. 2003. "Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France." InVS.
- Jounin, Nicolas. 2004. "L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnique en milieu de travail." *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 20 (3): 103- 126.
- . 2009. *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. Poche/Sciences humaines et sociales. Paris: La Découverte.
- Jouzel, Jean-Noël. 2019. *Pesticides*. Presses de Sciences Po.
- Jouzel, Jean-Noël, et François Dedieu. 2013. "Rendre Visible et Laisser Dans l'ombre." *Revue Française de Science Politique* 63 (1): 29–49.
- Jouzel, Jean-Noël, et Giovanni Prete. 2013. "De l'intoxication à l'indignation." *Terrains travaux* N° 22 (1): 59–76.
- . 2014. "Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes." *Sociologie du travail* 56 (Vol. 56-n° 4):
- . 2015. "Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides." *Politix* n° 111 (3): 175–96.
- . 2016a. "De l'exploitation familiale à la mobilisation collective." *Travail et emploi* n° 147 (3): 77–100.
- . 2016b. "Des journalistes qui font les victimes ?" *Etudes rurales* n° 198 (2): 155–70.
- Keim-Bagot, Morane. 2015. *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel*. Dalloz.
- Kopferschmitt-Kubler, Marie-Christine, Elisabeth Popin, Daniel Vervloet, Jacques Ameille, et Gabrielle Pauli. 2003. "L'observatoire National Des Asthmes Professionnels." *Revue Française d'allergologie et d'immunologie Clinique* 43 (1): 6–12.
- Lanna, Flaviene, Anne Marchand, et Annie Thébaud-Mony. 2010. "Cancer et travail : des liens et des droits niés." *Plein droit* n° 86 (3): 10–13.
- Lassagne, Marc, Julien Perriard, Anne Rozan, et Christian Trontin. 2012. "3. Évaluation du coût du stress en France." *Matiere a debattre et decider*, 37–51.
- Lebreton-Chakour, Catherine, Pierre Massiani, et Irène Sari-Minodier. 2012. "La reconnaissance des maladies professionnelles dans la fonction publique d'État : spécificités de la procédure et place du médecin de prévention." *Archives Des Maladies Professionnelles Et De L Environnement*, no. 73: 646–54.
- Lecomte Ménahès, Gabrielle, et Jorge Munoz. 2019. "Les Arrêts de Travail : Enjeux d'interactions Situées Entre Médecins et Assurés." Labers, Rapport de recherche, Assurance maladie Finistère.

- Legrand Cattan, Karine, Christos Chouaid, Isabelle Monnet, Kinan Atassi, Laurence Bassinet, Ghislain Dhissi, Claire Fuhrman. 2000. "Evaluation of Occupational Exposures in Lung Cancer." *Revue Des Maladies Respiratoires* 17 (5): 957–62.
- Letalon, Solenn. 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 médecine, Université de Rouen.
- Levy-Rosenwald, Marianne. 1999. *Rapport de la commission instituée par l'article D. 176-1 du code de la sécurité sociale*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- . 2002. *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- L'Huillier, Jean-Pierre, et Dominique Choudat. 2009. "Compensation for Occupational Respiratory Diseases in France." *Revue Des Maladies Respiratoires* 26 (2): 167–82.
- Linhart, Robert. 1978. *L'établi*, Paris, Éditions de Minuit.
- Lippel, Katherine, et Rachel Cox. 2012. "Invisibilité Des Lésions Professionnelles et Inégalités de Genre: Le Rôle Des Règles et Pratiques Juridiques." A. Thébaud-Mony, V. Daubas-Letourneux, N. Frigul, P. Jobin, *Santé Au Travail. Approches Critiques*. Paris: La Découverte, 1593–179.
- Luce, Danièle. 2016. "Cancers Professionnels, Inégalités Sociales et Inégalités de Genre." *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 77 (3): 495.
- Marchand, Anne. 2015. "Le travail tue... lentement." *Plein droit* n° 106 (3): 15–18.
- . 2016. "Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance." *Societes contemporaines* N° 102 (2): 103–28.
- . 2018. "Reconnaissance et Occultation Des Cancers Professionnels : Le Droit à Réparation à l'épreuve de La Pratique (Seine-Saint-Denis)." These de doctorat, Université Paris-Saclay (ComUE).
- Marichalar, Pascal. 2014. *Médecin du travail, médecin du patron ?* Presses de Sciences Po.
- . 2016. "« C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin. »" *Agone* n° 58 (1): 105–22.
- . 2017. *Qui a tué les verriers de Givors ?* La Découverte.
- . 2019. "L'affaire des verriers de Givors ou le parcours du combattant des victimes de maladies professionnelles." *Deliberee* N° 6 (1): 78–83.
- Marichalar, Pascal, et Laure Pitti. 2013. "Réinventer la médecine ouvrière ?" *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 196-197 (1): 114–31.
- Martini, Manuela. 2009. "Médecins du travail et travailleurs immigrés dans le Bâtiment en France (1946-1975)." *Revue historique* n° 651 (3): 595–619.
- Messing, Karen, Lucie Dumais, et Patrizia Romito. 1993. "Prostitutes and Chimney Sweeps Both Have Problems: Towards Full Integration of Both Sexes in the Study of Occupational Health." *Social Science & Medicine* 36 (1): 47–55.
- Messing, Karen, Katherine Lippel, Diane Demers, et Donna Mergler. 2000. "Equality and Difference in the Workplace: Physical Job Demands, Occupational Illnesses, and Sex Differences." *NWSA Journal* 12 (3): 21–49.
- Midler, Estelle, Thierry Bellec, Burens Isabelle, Deffontaines Nicolas, Nathalie Hostiou, Dominique Jacques-Jouvenot, Anne-Marie Nicot, Diviyan Kalainathan, et Actif Agri. 2019. "Les conditions de travail et de santé des actifs agricoles." In *Transformations des emplois et des activités en agriculture*. Actif Agri.
- Morelle, Isabelle, Thierry Berghmans, Ingrid Cstoth, Anne-Pascale Meert, et Jean-Paul Sculier. 2012. "Utilité Du Médecin Spécialiste En Médecine Du Travail Au Sein de l'hôpital Pour Le Repérage Des Expositions Professionnelles Chez Des Patients Atteints d'un Cancer d'origine Pulmonaire." *Revue Des Maladies Respiratoires* 29: A29.

- Moriceau, Caroline. 2009. *Les Douleurs de l'industrie. L'hygiénisme Industriel En France, 1860-1914*. EHESS.
- Paiva, Michelle. 2012. "Des femmes invisibles." *Plein droit* n° 93 (2): 21–24.
- . 2014. "Le sexe du cancer professionnel. Le strictement féminin et l'inévitablement apolitique." *Raison présente* N° 190 (2): 55–67.
- . 2016. *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8.
- Pardon, Claire, Hélène Dumesnil, Danielle Charrier, Benoît de Labrusse, Catherine Lebreton, Marie-Pascale Lehucher-Michel, Alain Viau, Sandrine Arnaud, Marc Souville, et Pierre Verger. 2009. "Médecins du travail et cancers professionnels : attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-Est de la France." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57 (6): 456–65.
- Pelissier, Carole, V. Dutertre, I. Gendre, Luc Fontana, P. Fournel, J. M. Vergnon, J. Kalecinski, F. Tinquaut, et F. Chauvin. 2017. "Création et Modalités de Validation d'un Auto-Questionnaire de Repérage Des Expositions Professionnelles Antérieures à Des Agents Cancérigènes Du Poumon." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 65: S85–86.
- Pelissier, Carole, Vanessa Dutertre, Irina Gendre, Luc Fontana, Pierre Fournel, Jean Michel Vergnon, Julie Kalecinski, Fabien Tinquaut, et Franck Chauvin. 2016. "Dispositif de repérage systématique des cancers broncho-pulmonaires d'origine professionnelle." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 34e Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 77 (3): 505.
- Pérol, Olivia, Barbara Charbotel, Lionel Perrier, Sandrine Bonnard, Elodie Belladame, Virginie Avrillon, Paul Rebattu, Frederic Gomez, Géraldine Lauridant, Maurice Pérol, Et Béatrice Fervers. 2018. "Systematic Screening for Occupational Exposures in Lung Cancer Patients: A Prospective French Cohort." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (1).
- Pézerat, Henry, et Annie Thébaud-Mony. 1988. "La Reconnaissance En Maladie Professionnelle... Une Course d'obstacles." *Prévenir* 16: 61–62.
- Pillayre, Héloïse. 2017. "Justice et Justesse de l'indemnisation. Acteurs et Dispositifs de l'État Providence à l'épreuve Du Scandale de l'amiante." Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.
- . 2021. "Compensation Funds, Trials and the Meaning of Claims: The Example of Asbestos-Related Illness Compensation in France." *Social & Legal Studies*. 2021;30(2):180-202.
- Pitti, Laure. 2010. "Experts « bruts » et médecins critiques." *Politix* n° 91 (3): 103–32.
- Platel, Sylvie. 2009. "La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser..." *Mouvements* n° 58 (2): 46–55.
- . 2014. "Connaissance, Expertise et Reconnaissance Des Maladies Professionnelles : Système Complémentaire et Cancers En Seine-Saint-Denis." Thèse de doctorat en santé publique, Paris 13.
- Ponge, Rémy. 2018. "Pour ne plus perdre son esprit au travail. Sociologie historique d'une préoccupation syndicale pour la santé des travailleurs-ses (1884-2007)", Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris Saclay.
- . 2020. "De la mise à l'agenda au reflux. Les directions syndicales et les souffrances psychiques du travail (1950-1982)." *Sociologie du travail* 62 (Vol. 62-n° 4).
- . 2021. "Un Droit Des Corps Meurtris." In *Cent Ans de Sous-Reconnaissance Des Maladies Professionnelles*, 107–24. Presses des Mines.
- Primerano, Julie. 2019. "Quand les rapports sociaux de classes prennent corps: catégorisations et expériences des « cancers du travail » en Lorraine." Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lorraine.

- — —. 2020. "La mise en actes du droit de la réparation des cancers professionnels : lire et façonner les corps." *Revue française des affaires sociales*, no. 3 (November): 69–87.
- Primerano, Julie, et Anne Marchand. 2019a. "Cancers Professionnels. Le Corps Dévalué Des Ouvriers." *La Nouvelle Revue Du Travail*, no. 14.
- Probst, Isabelle. 2009. "La Dimension de Genre Dans La Reconnaissance Des TMS Comme Maladies Professionnelles." *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, no. 11–2.
- — —. 2014. "Genre et Reconnaissance Des Maladies Professionnelles. Le Cas de La Suisse." *Raison Présente*, no. 2: 69–79.
- Probst, Isabelle, et Silvana Salerno. 2016. "Biais de Genre Dans La Reconnaissance Des Maladies Professionnelles: L'exemple Des Troubles Musculosquelettiques (TMS) En Italie et En Suisse." *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, no. 18–2.
- Rainhorn, Judith. 2010. "Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb." *Politix* n° 91 (3): 7–26.
- — —. 2011. "De l'enjeu Invisible a l'outil de Mobilisation : Le Syndicalisme Ouvrier a l'épreuve Du Saturnisme Des Peintres (France, XXe Siècle)." In *La Santé Au Travail, Entre Savoirs et Pouvoirs (XIXe-XXe Siècles)*, 213–29. PUR.
- — —. 2019. *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*. Presses de Sciences Po.
- Reseau SCOP 93. 2005. "Occupational Cancer in a Paris Suburb: First Results of a Proactive Research Study in Seine Saint-Denis." *International Journal of Occupational and Environmental Health* 11 (3): 263–75.
- Revillard, Anne. 2020. *Des droits vulnérables*. Presses de Sciences Po.
- Rioux, Michael. 2017. "La Reconnaissance Des Maladies Professionnelles, Une Procédure Opportunément Restrictive." *Médecine & Droit* 2017 (146–147): 141–53.
- Rioux, Michael. 2018. "The Evaluation of Occupational Disease in the Public Sector." *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 79 (5): 626–32.
- Rivière, Stéphanie, Emmanuelle Penven, Hélène Cadéac-Birman, Yves Roquelaure, et Madeleine Valenty. 2014. "Underreporting of Musculoskeletal Disorders in 10 Regions in France in 2009." *American Journal of Industrial Medicine* 57 (10): 1174–80.
- Rivière, Stéphanie, Madeleine Valenty, Yves Roquelaure, Hélène Cadéac-Birman, Emmanuelle Penven, et A. Chevalier. 2012. "Approche de La Sous-Déclaration Des Troubles Musculo-Squelettiques Dans Sept Régions Françaises En 2007." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, no. 22–23: 268–71.
- Rivière Stéphanie, Corinne Martinaud, Yves Roquelaure, Juliette Chatelot. 2018. "Estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques : mise à jour pour 2011 dans onze régions françaises", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°. 18: 373-378.
- Roquelaure, Yves, Karine Vénien, Stephanie Moisan, Dominique Penneau-Fontbonne, Gérard Lasfargues, et Bernard Fouquet. 2005. "Déclarer Une Lombosciatique En Maladie Professionnelle : Est-Ce l'avantage Bien Compris Du Patient ?" *Revue Du Rhumatisme - REV RHUM* 72 (May): 531–33.
- Rosental, Paul-André, et Jean-Claude Devinck. 2007. "Statistique et Mort Industrielle: La Fabrication Du Nombre de Victimes de La Silicose Dans Les Houillères En France de 1946 à Nos Jours." *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, no. 95: 75–91.
- Rosental, Paul-André, et Catherine Omnès. 2009. "L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de « santé au travail »." *Revue d'histoire moderne et contemporaine* n° 56-1 (1): 5–11.
- Roudaire, Josette, et Annie Thébaud-Mony. 2015. *Amisol : quarante années de lutte contre l'amiante et ses conséquences. Les risques du travail*. La Découverte.
- Saingolet, Anne-Laure. 2016. "Risques Psychosociaux et Reconnaissance En Maladie Professionnelle Par Le CRRMP Limousin-Poitou-Charentes." Limoges: faculté de médecine.

- Salaris, Coline. 2014. "Agriculteurs victimes des pesticides : une nouvelle mobilisation collective en santé au travail." *La nouvelle revue du travail*, no. 4 (May).
- . 2015. "Mobilisations En Souffrance : Analyse Comparative de La Construction de Deux Problèmes de Santé Publique : (Familles Victimes Du Distilbène et Agriculteurs Victimes Des Pesticides)." These de doctorat en science politique, Bordeaux.
- Saliba, Marie-Laure, Gwenaëlle Iarmarcovai, Marc Souville, Alain Viau, Sandrine Arnaud, et Pierre Verger. 2007. "Les Médecins Face à La Santé Au Travail: Une Étude Qualitative Dans Le Sud-Est de La France." *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 55 (5): 376–81.
- Serre, Delphine. 2021. "La Reconnaissance Des Maladies Professionnelles Dans Les Tribunaux. Les Effets Inégalitaires de La Codification Juridique." In *Cent Ans de Sous-Reconnaissance Des Maladies Professionnelles*. Presses des Mines.
- Serrier, Hassan, Héléne Sultan-Taieb, Danièle Luce, et Sophie Bejean. 2014. "Estimating the Social Cost of Respiratory Cancer Cases Attributable to Occupational Exposures in France." *The European Journal of Health Economics* 15 (6): 661–73.
- Signouret, M., M. Ageorges, et F. Vareilles. 1990. "New System of Notifying Work-Related Diseases. Summing up of One-Year Experimenting in the District Provence, Alpes, Cote d'Azur." *Archives Des Maladies Professionnelles de Medecine Du Travail et de Securite Sociale* 51 (4): 281–82.
- Spire, Alexis. 2015. "Ces étrangers qui renoncent à leurs droits." *Plein droit* n° 106 (3): 3–6.
- Stavo-Debaugé, Joan. 2012. 7. *L'(in)expérience des victimes. Risques du travail, la santé négociée*. La Découverte.
- Sultan-Taïeb, Héléne, et Isabelle Niedhammer. 2012. "Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques." *Travail et emploi* n° 129 (1): 35–49.
- Thébaud-Mony, Annie. 1991a. *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France: acteurs et logiques sociales*. Paris: La documentation française.
- . 1991b. "Des Travailleurs Immigrés Face Aux Atteintes Professionnelles." *Plein Droit*, no. 14.
- . 2004a. "La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels." *Santé, Société et Solidarité* 3 (2): 111–22.
- . 2004b. "La Construction Sociale Des Inégalités de Santé—L'exemple Des Cancers Professionnels." *Santé, Société et Solidarité* 3 (2): 111–22.
- . 2006. "Histoires professionnelles et cancer." *Actes de la recherche en sciences sociales* no 163 (3): 18–31.
- . 2008. "Construire La Visibilité Des Cancers Professionnels." *Revue Française Des Affaires Sociales*, no. 2: 237–54.
- Thébaud-Mony, Annie, et Serge Volkoff. 2005. 34. *La santé et les conditions de travail des femmes. Femmes, genre et sociétés*. La Découverte.
- Valenty, Madeleine, Julie Homère, Audrey Lemaitre, Julie Plaine, Magdeleine Ruhlman, Christine Cohidon, et Ellen Imbernon. 2015. "Surveillance Programme for Uncompensated Work-Related Diseases in France." *Occupational Medicine* 65 (8): 642–50.
- Valenty, Madeleine, Julie Homère, Maëlaïg Mevel, Thomas Dourlat, Loïc Garras, Magdeleine Brom, et Ellen Imbernon. 2012. "Surveillance Programme of Work-Related Diseases (WRD) in France." *Safety and Health at Work* 3 (1): 67–70.
- Valenty, Madeleine, Anne Chevalier, Julie Homère, Céline Le Naour, Maëlaïg Mevel, Annie Touranchet, et Ellen Imbernon. 2008. "Surveillance Des Maladies à Caractère Professionnel Par Un Réseau de Médecins Du Travail En France." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 32.
- Varin, Mélanie, Barbara Charbotel, Olivia Pérol, Lionel Perrier, Amélie Massardier-Pilonchéry, Sandrine Bonnand, Elodie Belladame, et al. 2017. "Assessment of a Self-Administered

- Questionnaire Identifying Occupational Exposures among Lung Cancer Patients.” *Bulletin Du Cancer* 104 (6): 559–64.
- Verdier, Eric, Cathel Kornig, Philippe Mossé, et Michel Setbon. 2008. “Entre Plan National et Initiative Locale, l’émergence d’une Gouvernance Territoriale Des Risques Professionnels?”, Rapport du LEST.
- Verger, Pierre, Sandrine Arnaud, Stéphanie Ferrer, Gwenalle Iarmarcovai, Marie-Laure Saliba, Alain Viau, et Marc Souville. 2008. “Inequities in Reporting Asbestos-Related Lung Cancer: Influence of Smoking Stigma and Physician’s Specialty, Workload and Role Perception.” *Occup Environ Med* 65.
- Verger, Pierre, Alain Viau, Sandrine Arnaud, Sandrine Cabut, Marie-Laure Saliba, Gwenaelle Iarmarcovai, et Marc Souville. 2008. “Barriers to Physician Reporting of Workers’ Compensation Cases in France.” *Int J Occup Environ Health* 14.
- Vogel, Laurent. 2015. *Femmes et maladies professionnelles : une invisibilité construite. Les risques du travail*. La Découverte.
- Volkoff, Serge, et Annie Thébaud-Mony. 2000. 22. *Santé au travail : l’inégalité des parcours. Les inégalités sociales de santé*. La Découverte.
- Warin, Philippe. 2010. *Chapitre 11 / Les politiques publiques face à la non-demande sociale. Politiques publiques 2*. Presses de Sciences Po.
- . 2013. “Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours.” *Informations sociales* n° 178 (4): 52–62.
- . 2017. *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Warin, Philippe, et Pierre Mazet. 2014. “La lutte contre le non-recours : des enjeux pour la production des politiques sociales.” *Regards* N° 46 (2): 75–82.
- Weill, Floriane. 2019. “Atrophie multi-systématisée et exposition professionnelle aux pesticides: vers une reconnaissance en maladie professionnelle.”, Thèse de médecine du travail, Université de Bordeaux.

Annexe : Corpus du rapport bibliographique

- Arnaud, Sandrine, S. Cabut, A. Viau, M. Souville, and P. Verger. 2010. "Different Reporting Patterns for Occupational Diseases among Physicians: A Study of French General Practitioners, Pulmonologists and Rheumatologists." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 83 (3): 251–58.
- Arnaud, Sandrine, Alain Viau, Stéphanie Ferrer, Marie-Laure Saliba, Marc Souville, Pierre Verger, and Gwenaëlle Iarmarcovai. 2008. "Quels Freins à La Déclaration d'une Lombosciatique En Maladie Professionnelle Pour Les Médecins Généralistes et Les Rhumatologues?" *Sante Publique* 20 (hs): 39–48.
- Audureau, Etienne, Martine Karmaly, Christine Daigurande, Christophe Paris, Emmanuelle Evreux, Pierre Thielly, and Christian Pfister. 2007. "Cancer de vessie et origine professionnelle : une analyse descriptive en Haute Normandie en 2003." *Progrès en Urologie* 17 (2): 213–18.
- Begue, Cyril, Antoine Delaborde, Jean-François Huez, Christine Tessier-Cazeneuve, Éric Mener, Yves Roquelaure, and Sandrine Hugé. 2016. "Troubles musculo-squelettiques : rôles des médecins-conseils et relations interprofessionnelles." *Sante Publique* Vol. 28 (2): 197–206.
- Bertin, Mélanie, Émilie Chazelle, Natacha Fouquet, Alexis Descatha, and Yves Roquelaure. 2019. "L'exposition Professionnelle Aux Facteurs de Risque Biomécaniques: Impact de l'ordonnance de 2017." *Sante Publique* 31 (1): 71–82.
- Betansedi, Charles-Olivier. 2018. "Quelle(s) épidémiologie(s) pour la santé au travail ? Réflexions à partir des cancers professionnels." *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, no. 20–1
- . 2018. "L'invisibilisation du lien entre travail et cancer chez les femmes : une approche réflexive en épidémiologie de la santé au travail." Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Saclay.
- Brisacier, Anne-Claire. 2008. "Contribution Des Médecins à La Déclaration et à La Reconnaissance Des Cancers d'origine Professionnelle En France." Thèse de doctorat en médecine, Université Paris 6.
- Britel, Manon, Olivia Pérol, Stéphanie Blois Da Conceição, Manon Ficty, Houria Brunet, Virginie Avrillon, Barbara Charbotel, and Béatrice Fervers. 2017. "Moteurs et freins à la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancers bronchiques : une étude psychosociale." *Sante Publique* Vol. 29 (4): 569–78.
- Bruno, Anne-Sophie, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld, and Catherine Omnès. 2012. 1. *Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIXe-XXe siècles). Risques du travail, la santé négociée.* La Découverte.
- Buzzi, S., J.-C. Devinck, and P.-A. Rosental. 2006. *La Santé Au Travail.* La Découverte.
- Carnevale, Francesco, Paul-André Rosental, Bernard Thomann, and M. Gollac. 2012. "Silice, Silicose et Santé Au Travail Dans Le Monde Globalisé Du Xxi e Siècle." *La Découverte, Risques Du Travail: La Santé Négociée.* Paris.
- Cavalin, C. 2015. "From the 1930 International Johannesburg Conference on Silicosis, to 'Tables' of Occupational Diseases, France, 2000 Onward: A Comparative Reading." *American Journal of Industrial Medicine* 58: 59–66.
- Cellier, Camille, Barbara Charbotel, Julien Carretier, Paul Rebattu, Jérôme Fayette, Maurice Pérol, Line Claude, Thierry Philip, and Béatrice Fervers. 2013. "Repérage Des Expositions Professionnelles Chez Les Patients Atteints de Cancers Bronchopulmonaires." *Bulletin Du Cancer* 100 (7–8): 661–70.
- Chamming's, S., M. -F. d'Acremont, N. Abdessemed, M. Allain, C. Berthaut, M. Charvier, J. Ducos, et al. 2012. "Repérage des cancers de vessie et naso-sinusiens déclarables en maladie professionnelle, en Île-de-France." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 73 (6): 839–48.

- Chamming's, S., B. Clin, P. Brochard, P. Astoul, S. Ducamp, F. Galateau-Salle, A.G.S. Ilg, et al. 2013. "Compensation of Pleural Mesothelioma in France: Data from the French National Mesothelioma Surveillance Programme." *American Journal of Industrial Medicine* 56 (2): 146–54.
- Chanson, C., M. Leonard, I. Thaon, E. Penven, E. Speyer, and C. Paris. 2013. "Reconnaissance des psychopathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de Lorraine entre 2005 et 2011." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 74 (3): 279–88..
- Chanson, Claire. 2013. "Les Maladies Professionnelles Hors Tableaux: Étude Épidémiologique Rétrospective (2005-2011) Auprès Des Comités Régionaux de Reconnaissance Des Maladies Professionnelles (CRRMP) Lorrains." Thèse de médecine, Université de Lorraine.
- Chuchla, S., F. Deschamps, M.A. Billon-Galland, F. Lavaud, and P. Brochard. 1995. "Retrospective Study of Pneumoconiosis in Champagne-Ardenne." *Revue Des Maladies Respiratoires* 12 (5): 453–57.
- Counil, Émilie, and Emmanuel Henry. 2016. "Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ?." *Travail et emploi* n° 148 (4): 5–29.
- Courtet, Catherine, and Michel Gollac. 2012. *Risques Du Travail, La Santé Négociée*. La Découverte.
- Daubas-Letourneux, Véronique. 2008. "Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale." *Revue française des affaires sociales*, no. 2: 213–35.
- Daubas-Letourneux, Véronique, Nathalie Frigul, Paul Jobin, and Annie Thébaud-mony. 2014. *Santé Au Travail: Approches Critiques*. La Découverte.
- De Blic, Damien. 2008. "De La Fédération Des Mutilés Du Travail à La Fédération Nationale Des Accidentés Du Travail et Des Handicapés." *Revue Française Des Affaires Sociales*, no. 2: 119–40.
- De Lamberterie, G., A. Maître, S. Goux, C. Brambilla, and A. Perdrix. 2002. "Sous-Déclaration Des Cancers Bronchiques Professionnels." *Rev Mal Respir* 19: 190–95.
- Décosse, Frédéric. 2008. "La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ?" *Etudes rurales* n° 182 (2): 103–20.
- Décosse, Frédéric. 2008. "Le nouveau serf, son corps et nos fruits et légumes." *Plein droit* n° 78 (3): 13–16.
- . 2013. "Entre « usage contrôlé », invisibilisation et externalisation. Le précaire étranger face au risque chimique en agriculture intensive." *Sociologie du travail* 55 (Vol. 55-n° 3): 322–40.
- Dedieu, François, and Jean-Noël Jouzel. 2015. "Des difficultés de l'enquête médicale en milieu de travail contaminé." *Ethnologie française* Vol. 45 (1): 67–75.
- . 2015. "Comment ignorer ce que l'on sait ?" *Revue française de sociologie* Vol. 56 (1): 105–33.
- . 2020. "La domestication de l'épidémiologie." *Gouvernement et action publique* VOL. 9 (2): 15–40.
- Déplaud, Marc-Olivier. 2003. "Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale." *Revue française de science politique* Vol. 53 (5): 707–35.
- Devinck, Jean-Claude, and Paul-André Rosental. 2009. "Une Maladie Sociale Avec Des Aspects Médicaux': La Difficile Reconnaissance de La Silicose Comme Maladie Professionnelle Dans La France Du Premier XXe Siècle." *Revue d'histoire Moderne et Contemporaine (1954-)* 56 (1): 99–126.
- Dillmann, Julia. 2012. "Le Médecin Généraliste et Le Dépistage Des Maladies Professionnelles Chroniques d'origine Professionnelle: Analyse de l'impact d'une Plaquette Informatrice En Meurthe-et-Moselle." Thèse de doctorat en médecine, Université de Lorraine.
- Dodier, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale*. Editions Métallé.

- Dubrulle, Romain. 2015. "Evaluation Du Besoin d'information Des Médecins Généralistes Concernant La Maladie de Parkinson Professionnelle." Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III- Paul Sabatier.
- Farcis, M., M. -L. Sauvage, J. Ouvrard, and J. Lesot. 2018. "Reconnaitances en maladie professionnelle dans une collectivité territoriale de l'ouest de la France : analyse descriptive sur 10 ans." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 79 (4): 515–21.
- Fellinger, Anne. 2010. "Femmes, risque et radioactivité en France." *Travail, genre et sociétés* n° 23 (1): 147–65.
- Finet, Alain, and Romina Giuliano. 2012. "Le groupe cimentier Eternit et le scandale de l'amiante : essai d'explication par la gouvernance." *La Revue des Sciences de Gestion* N° 257 (5): 33–42.
- Gayet-Viaud, Carole. 2012. "Itinéraires de Victimes d'accidents Du Travail et de Maladies Professionnelles. Freins et Entraves à La Mobilisation Pour Les Droits à La Santé et à La Réparation." *Risques Du Travail, La Santé Négociée*, 123–42.
- Gehanno, J.-F., S. Letalon, A. Gislard, and L. Rollin. 2019. "Inequities in Occupational Diseases Recognition in France." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 67 (4): 247–52.
- GISCOP. 2012. 11. *Les cancers professionnels à l'épreuve des parcours professionnels exposés aux cancérrogènes. Santé au travail : approches critiques*. La Découverte.
- Gislard, A., E. Schorle, M. Letourneux, J. Ameille, P. Brochard, B. Clin, F. Conso, et al. 2013. "Compensation of Occupational Diseases after HRCT Screening for Non-Malignant Pleuropulmonary Disease in a Multiregional Postoccupational Medical Surveillance Programme of Asbestos-Exposed Retired Workers." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 61 (1): 11–20.
- Gisquet, E., S. Chamming's, J. -C. Pairon, A. Gilg Soit Ilg, E. Imbernon, and M. Goldberg. 2011. "Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 59 (6): 393–400.
- Goldberg M, Goldberg S, Luce D. Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993). *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1999 Oct;47(5):421-31.
- Goulard, H., J. Homère, F. Vidou, and I. Bonmarin. 2018. "Sous-recours au Fiva des artisans retraités de la cohorte des artisans retraités atteints de pathologie en lien avec l'amiante." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 79 (4): 571–72.
- Grignoux, Justine, Brice Loddé, Jean-Dominique Dewitte, Lynda Larabi, and Quentin Durand-Moreau. 2020. "Améliorer Le Repérage Des Cancers Professionnels : Bilan de La Consultation de Pathologie Professionnelle de Liaison Du Centre Hospitalier Universitaire de Brest." *Bulletin Du Cancer* 107 (4): 428–37.
- Guillermin, Bastien. 2016. 5. « Il a été pris par l'amiante. » *Configurations locales et représentations indigènes de la maladie. La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie*. ERES.
- Halioua, B., L. Bensefa-Colas, M. Crepy, B. Bouquiaux, H. Assier, S. Billon, and O. Chosidow. 2012. "Occupational Dermatitis in Cleaning and Maintenance Workers. Analysis of 769 Cases Declared to the Caisse Nationale d'Assurance Maladie Des Travailleurs Salariés between 2004 and 2007." *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 139 (8–9): 526–31.
- Hardy-Hémery, Odette. 2009. "Éternit et Les Dangers de l'amiante-Ciment, 1922-2006." *Revue D'histoire Moderne Contemporaine*, no. 1: 197–226.
- Harf, R., I. Laval, P. Davezies, and G. Prost. 1993. "Unrecognized Occupational Risk of Pleural Mesothelioma." *Revue Des Maladies Respiratoires* 10 (5): 453–58.

- Hatzfeld, Nicolas. 2006. "L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996)." *Histoire mesure* Vol. XXI (1): 111–40.
- . 2008. "Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991)." *Revue française des affaires sociales*, no. 2: 141–60.
- . 2009. "Les Malades Du Travail Face Au Déni Administratif: La Longue Bataille Des Affections Périarticulaires (1919-1972)." *Revue d'histoire Moderne et Contemporaine (1954-)* 56 (1): 177–96.
- . 2009. "Maladies Professionnelles: La Reconnaissance Des Troubles Musculo-Squelettiques." *Corps*, no. 1: 47–52.
- . 2009. "The Difficulty in the Recognition of Musculoskeletal Disorders between Transnational Medical Specialists, National Authorities and Social Players." *Journal of Modern European History / Zeitschrift Für Moderne Europäische Geschichte / Revue d'histoire Européenne Contemporaine* 7 (2): 265–82.
- . 2009. "L'épidémie des affections périarticulaires : acteurs, regards, moments d'une reconnaissance (1982-1996)" In Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures Du Risques Au Travail et Pratiques de Prévention*. PUR.
- . 2012. 2. *La construction européenne et les maladies professionnelles : l'impulsion sociale des années 1960. Risques du travail, la santé négociée*. La Découverte.
- . 2014. 60. *Santé des travailleurs : des combats récurrents, une dynamique nouvelle. Histoire des mouvements sociaux en France*. La Découverte.
- Henry, Emmanuel. 2003. "Du silence au scandale." *Réseaux* no 122 (6): 237–72.
- . 2003. "Intéresser les tribunaux a sa cause." *Sociétés contemporaines* no 52 (4): 39–59.
- . 2004. "Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante ?" *Revue française de science politique* Vol. 54 (2): 289–314.
- . 2005. "Militer pour le statu quo." *Politix* n° 70 (2): 29–50.
- . 2007. *Amiante : Un Scandale Improbable*. PUR.
- . 2009. 7. *Rapports de force et espaces de circulation de discours. Comment se construisent les problèmes de santé publique*. La Découverte.
- . 2011. "Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir." *Revue française de science politique* Vol. 61 (4): 707–26.
- . 2012. "A New Environmental Turn?" In *Dangerous Trade*, edited by Christopher Sellers and Joseph Melling, 140–52. *Histories of Industrial Hazard across a Globalizing World*. Temple University Press.
- . 2015. « La santé au travail : enjeu politique ou technoscientifique ? » In: Annie Thébaud-Mony (ed.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris, La Découverte : 431-438.
- . 2017. "En Amont Des Conflits d'intérêts." *Savoir/Agir*, no. 3: 29–33.
- . 2017. *Ignorance Scientifique et Inaction Publique: Les Politiques de Santé Au Travail*. Presses de Sciences Po.
- Hunsmann, Moritz, Benjamin Lysaniuk, and L'équipe du Giscop 84. 2019. "Faire entrer en résonance santé-travail et santé-environnement." *Ecologie politique* N° 58 (1): 83–106.
- Ilg, A.G.S., M. Houot, S. Audignon-Durand, P. Brochard, M. El Yamani, E. Imbernon, D. Luce, and C. Pilorget. 2014. "Estimated Proportion of Cancers Attributable to Occupational Exposure to Asbestos in France: Using Matrices Developed under the Program Matgéné." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, no. 3–4: 66–72.
- Imbernon, Ellen. 2003. "Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France." In VS.
- Jouin, Nicolas. 2009. *Chantier interdit au public*. La Découverte.
- Jouzel, Jean-Noël. 2007. "Fausse alerte ?" *Politix* n° 79 (3): 175–93.
- . 2008. "La Dénonciation Du Problème Des Éthers de Glycol En France." *Revue Française Des Affaires Sociales*, no. 2: 97–118.

- . 2009. 9. *Entre deux mondes : la trajectoire publique d'une menace chimique à bas bruit. Comment se construisent les problèmes de santé publique.* La Découverte.
- . 2012. *Des Toxiques Invisibles.* Editions EHESS.
- . 2012. "Le travail étiologique sous contrainte nationale." *La Revue de l'Ires* n° 74 (3): 103–26.
- Jouzel, Jean-Noël, and François Dedieu. 2013. "Rendre Visible et Laisser Dans l'ombre." *Revue Française de Science Politique* 63 (1): 29–49.
- Jouzel, Jean-Noël, and Giovanni Prete. 2013. "De l'intoxication à l'indignation." *Terrains travaux* N° 22 (1): 59–76.
- . 2014. "Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes." *Sociologie du travail* 56 (Vol. 56-n° 4): 435–53.
- . 2015. "Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides." *Politix* n° 111 (3): 175–96.
- . 2016. "De l'exploitation familiale à la mobilisation collective." *Travail et emploi* n° 147 (3): 77–100.
- . 2016. "Des journalistes qui font les victimes ?" *Etudes rurales* n° 198 (2): 155–70.
- . 2017. "La normalisation des alertes sanitaires. Le traitement administratif des données sur l'exposition des agriculteurs aux pesticides." *Droit et société* N° 96 (2): 241–56.
- Lagier, F., F. Martin, D. Charpin, and D. Vervloet. 1991. "Underestimation of Disability Claims for Occupational Asthma in the Provence-Alpes-Cote d'Azur-Corse Area." *Revue Des Maladies Respiratoires* 8 (2): 209–12.
- Lanna, Flaviene, Anne Marchand, and Annie Thébaud-Mony. 2010. "Cancer et travail : des liens et des droits niés." *Plein droit* n° 86 (3): 10–13.
- Larche-Mochel, M., J. Doignon, J. Allio-Marin, and B. Bourdoncle. 1991. "Forensic Problems Posed by the Compensation of Brucellosis as an Occupational Disease. Report of 6 Cases Observed during Annual Check Up." *Archives Des Maladies Professionnelles de Médecine Du Travail et de Sécurité Sociale* 52 (1): 45–47.
- Le Coat, Jean-Yves Blum, and Marie Pascual. 2017. "La Difficile Reconnaissance Du Caractère Professionnel Des Atteintes à La Santé Mentale." *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé* 19: 1.
- Le Neindre, B., V. Bouvier, F. Galateau-Sallé, A. de Quillacq, G. Launoy, and M. Letourneux. 2007. "Compensation of Malignant Mesothelioma as an Occupational Disease in Lower Normandy, from 1995 to 2002." *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique* 55 (2): 123–31.
- Legrand Cattan, K., C. Chouaïd, I. Monnet, K. Atassi, L. Bassinet, G. Dhissi, C. Fuhrman, et al. 2000. "Evaluation of Occupational Exposures in Lung Cancer." *Revue Des Maladies Respiratoires* 17 (5): 957–62.
- Letalon, Solenn. 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 médecine, Université de Rouen.
- Loriol, Marc. 2008. *5 La reconnaissance juridique du stress au travail. Au-delà du stress au travail.* ERES.
- Machu, Laure. 2009. "Entre Prévention et Réparation : Les Syndicats Ouvriers Face à La Question Des Risques Au Travail Pendant l'entre Deux Guerres." In Catherine Omnès et Laure Pitti (dir.), *Cultures Du Risques Au Travail et Pratiques de Prévention.* PUR.
- Malfilatre, Marie Ghis. 2016. "L'impossible confinement du travail nucléaire." *Travail et emploi* n° 147 (3): 101–124.
- Marchand, Anne. 2015a. "La (Non)-Reconnaissance Des Cancers d'origine Professionnelle." *Les Risques Du Travail*, 354–57.
- . 2015. "Le Travail Tue... Lentement." *Plein Droit*, no. 3: 15–18.

- . 2016. “Quand Les Cancers Du Travail Échappent à La Reconnaissance.” *Sociétés Contemporaines*, no. 2: 103–28.
- . 2018. “Reconnaissance et Occultation Des Cancers Professionnels : Le Droit à Réparation à l'épreuve de La Pratique (Seine-Saint-Denis).” Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Saclay.
- . 2021. “La Catégorie ‘Cancer Professionnelle’, Une Construction Conflictuelle. Un Éclairage Par Les Archives de La Commission Des Maladies Professionnelles.” In *Cent Ans de Sous-Reconnaissance Des Maladies Professionnelles*, 59–80. Presses des Mines.
- . “Chapitre 21 Les Obstacles à La Reconnaissance Des Cancers d'origine Professionnelle.” dans Musu T. et Vogel L. (dir.), *Cancers et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels*, Bruxelles, Éditions de l'ETUI.
- Marichalar, Pascal. 2014. *Médecin du travail, médecin du patron ?* Presses de Sciences Po.
- . 2016. “« C'est gênant de se mettre à dos son médecin, parce qu'on en a besoin. »” *Agone* n° 58 (1): 105–22.
- . 2017. *Qui a tué les verriers de Givors ?* La Découverte. <https://www.cairn.info/qui-a-tue-les-verriers-de-givors--9782707192578.htm>.
- . 2019. “L'affaire des verriers de Givors ou le parcours du combattant des victimes de maladies professionnelles.” *Délibérée* N° 6 (1): 78–83.
- Muñoz, Jorge. 2003. 6. *La régulation assurantielle du système de risques professionnels : le cas de la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH). Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé.* Presses de l'EHESP.
- . 2004. « 7. Le dilemme de la « réparation » des victimes des risques professionnels : entre équité et égalité », In : François-Xavier Schweyer (éd.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé.* Rennes, Presses de l'EHESP : 105-116.
- Otero-Sierra, C., W. Varona, N. Chau, J.M. Macho, D. Teculescu, M. Bernal, G. Caillet, and J.M. Mur. 1997. “Comparison of the Occupational Disease Compensation Systems in France and in Spain.” *Archives Des Maladies Professionnelles et de Médecine Du Travail* 58 (6): 539–51.
- Otero-Sierra, C. 2001. *Fonctionnement du système de prise en charge des maladies professionnelles : comparaison France-Espagne*, Thèse de santé publique, Université de Nancy.
- Paiva, Michelle. 2012. “Des femmes invisibles.” *Plein droit* n° 93 (2): 21–24.
- . 2014. “Le sexe du cancer professionnel. Le strictement féminin et l'inévitablement apolitique.” *Raison présente* N° 190 (2): 55–67.
- . 2016. *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8.
- Peton, Hélène. 2011. “Organisation frontière et maintien institutionnel. Le cas du Comité permanent amiante en France.” *Revue française de gestion* N° 217 (8): 117–35.
- Pillayre, Héloïse. 2017. “Justice et Justesse de l'indemnisation. Acteurs et Dispositifs de l'État Providence à l'épreuve Du Scandale de l'amiante.” Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.
- Pitti, Laure. 2010. “Experts « bruts » et médecins critiques.” *Politix* n° 91 (3): 103–32.
- Platel, Sylvie. 2014. “Connaissance, Expertise et Reconnaissance Des Maladies Professionnelles : Système Complémentaire et Cancers En Seine-Saint-Denis.” Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris 13.
- . 2018. “Cancers Liés Au Travail: Une Reconnaissance En Maladie Professionnelle à Deux Vitesses.” *Connaissance de l'emploi*, Centre d'études de l'emploi et du travail.

- . 2018. “Pour Une Socio-Histoire de La Reconnaissance En Maladie Professionnelle: Fondements Historiques et Dynamiques de La Réparation Des Cancers Liés Au Travail.” *Rapport de recherche du CEET* (105)
- Ponge, Rémy. 2018. “Pour Ne plus Perdre Son Esprit Au Travail. Sociologie Historique d’une Préoccupation Syndicale Pour La Santé Des Travailleurs-Ses (1884-2007).” Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Saclay (ComUE).
- Primerano, Julie. 2019. “Quand les rapports sociaux de classes prennent corps: catégorisations et expériences des « cancers du travail » en Lorraine.” Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lorraine.
- . 2020. “La mise en actes du droit de la réparation des cancers professionnels : lire et façonner les corps.” *Revue française des affaires sociales*, no. 3: 69–87.
- Primerano, Julie, and Anne Marchand. 2019. “Cancers Professionnels. Le Corps Dévalué Des Ouvriers.” *La Nouvelle Revue Du Travail*, no. 14.
- Rainhorn, Judith. 2010. “Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb.” *Politix* n° 91 (3): 7–26.
- . 2017. “Interroger l’opacité d’une maladie : le saturnisme professionnel comme enjeu sanitaire, scientifique et politique dans la France du XIXe siècle.” *Histoire, économie société* 36e année (1): 8–17.
- . 2019. *Blanc de plomb. Histoire d’un poison légal*. Presses de Sciences Po.
- Reseau SCOP 93. 2005. “Surveiller les Cancers D’origine Professionnelle en Seine and Saint-Denis” *International Journal of Occupational and Environmental Health* 11 (3): 263–75.
- Rivière, S., Corinne Martinaud, Yves Roquelaure, and Juliette Chatelot. 2018. “Estimation de La Sous-Déclaration Des Troubles Musculo-Squelettiques : Mise à Jour Pour 2011 Dans Onze Régions Françaises.” *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, no. 18.
- Rivière, S., E. Penven, H. Cadéac-Birman, Y. Roquelaure, and M. Valenty. 2014. “Underreporting of Musculoskeletal Disorders in 10 Regions in France in 2009.” *American Journal of Industrial Medicine* 57 (10): 1174–80.
- Rosental, Paul-André. 2008. “La silicose comme maladie professionnelle transnationale.” *Revue française des affaires sociales*, no. 2: 255–77.
- . 2009. “De La Silicose et Des Ambiguïtés de La Notion de ‘Maladie Professionnelle.’” *Revue d’histoire Moderne et Contemporaine (1954-)* 56 (1): 83–98.
- . 2015. *Histoire de la reconnaissance de la silicose... et de la sous-reconnaissance du « risque silice »*. *Les risques du travail*. La Découverte.
- Rosental, Paul-André, and Jean-Claude Devinck. 2007. “Statistique et mort industrielle.” *Vingtième Siècle. Revue d’histoire* n° 95 (3): 75–91.
- Roudaire, Josette, and Annie Thébaud-Mony. 2015. *Amisol : quarante années de lutte contre l’amiante et ses conséquences*. *Les risques du travail*. La Découverte.
- Saingolet, Anne-Laure. 2016. *Risques Psychosociaux et Reconnaissance En Maladie Professionnelle Par Le CRRMP Limousin-Poitou-Charentes*. Thèse de médecine, Université de Limoges.
- Salaris, Coline. 2014. “Agriculteurs victimes des pesticides : une nouvelle mobilisation collective en santé au travail.” *La nouvelle revue du travail*, no. 4
- . 2015. “Mobilisations En Souffrance : Analyse Comparative de La Construction de Deux Problèmes de Santé Publique : (Familles Victimes Du Distilbène et Agriculteurs Victimes Des Pesticides).” Thèse de doctorat en science politique, Bordeaux.
- . 2018. “Vers une ethnographie comparée des émotions : des victimes du Distilbène aux victimes des pesticides.” *Revue internationale de politique comparée* Vol. 25 (3): 71–97.

- Saliba, M.-L., G. Iarmarcovai, M. Souville, A. Viau, S. Arnaud, and P. Verger. 2007. "Les Médecins Face à La Santé Au Travail: Une Étude Qualitative Dans Le Sud-Est de La France." *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 55 (5): 376–81.
- . 2004. "Work and Social Inequalities in Health: The Case of Professional Cancers." *Revue Du Praticien* 54 (20): 2247–54.
- . 2006. "Work and Cancer." *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, no. 163: 18-31+101-102+104+106.
- Thébaud-Mony, Annie. 1991. *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France: Acteurs et logiques sociales*. Paris: La documentation française.
- . "Des Travailleurs Immigrés Face Aux Atteintes Professionnelles." *Plein Droit*, no. 14.
- . 2003. "Justice for Asbestos Victims and the Politics of Compensation: The French Experience." *International Journal of Occupational and Environmental Health* 9 (3): 280–86.
- . 2004. "La Construction Sociale Des Inégalités de Santé—L'exemple Des Cancers Professionnels." *Santé, Société et Solidarité* 3 (2): 111–22.
- . 2006. "Histoires professionnelles et cancer." *Actes de la recherche en sciences sociales* no 163 (3): 18–31.
- . 2008. "Construire La Visibilité Des Cancers Professionnels." *Revue Française Des Affaires Sociales*, no. 2: 237–54.
- . 2008. *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. La Découverte.
- . 2010. "Les fibres courtes d'amiante sont-elles toxiques ? Production de connaissances scientifiques et maladies professionnelles." *Sciences sociales et sante* Vol. 28 (2): 95–114.
- . 2017. "Science Asservie et Invisibilité Des Cancers Professionnels: Études de Cas Dans Le Secteur Minier En France." *Relations Industrielles / Industrial Relations* 72 (1): 149–72.
- . 2019. "Les travailleurs sont-ils les « invisibles » de la santé environnementale ou... les « damnés de la terre » ?" *Ecologie politique* N° 58 (1): 69–82.
- Thébaud-Mony, Annie, and Serge Volkoff. 2005. *34. La santé et les conditions de travail des femmes. Femmes, genre et sociétés*. La Découverte.
- Turner, G., M. Cessac, and B. Trutt. 1998. "Occupational Asbestos-Related Diseases in Ile-de-France." *Archives Des Maladies Professionnelles et de Médecine Du Travail* 59 (7): 488–91.
- Umbhauer, Gisèle. 2010. "De l'amiante au chrysotile, une évolution stratégique de la désinformation." *Revue d'économie industrielle* n° 131 (3): 105–32.
- Vandentorren, S., L.R. Salmi, and P. Brochard. 2005. "Recognition of Occupational Cancers: Review of Existing Methods and Perspectives." *Bulletin Du Cancer* 92 (9): 799–807.
- Vandentorren, Stéphanie. 2005. *Imputabilité Des Cancers d'origine Professionnelle*, Thèse de doctorat en sciences biologiques et médicales, Université Bordeaux 2.
- Vandentorren, Stéphanie, L Rachid Salmi, Simone Mathoulin-Pélissier, Isabelle Baldi, and Patrick Brochard. 2006. "Imputation of Individual Cancer Cases to Occupational Causes." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32 (1): 32–40.
- Verdier, Eric, Cathel Kornig, Philippe Mossé, and Michel Setbon. 2008. *Entre Plan National et Initiative Locale, l'émergence d'une Gouvernance Territoriale Des Risques Professionnels ?*, Rapport du LEST
- Verger, P., S. Arnaud, S. Ferrer, G. Iarmarcovai, M.-L. Saliba, A. Viau, and M. Souville. 2008. "Inequities in Reporting Asbestos-Related Lung Cancer: Influence of Smoking Stigma and Physician's Specialty, Workload and Role Perception." *Occupational and Environmental Medicine* 65 (6): 392–97.

- Verger, P., A. Viau, S. Arnaud, S. Cabut, M.-L. Saliba, G. Larmarcovai, and M. Souville. 2008. "Barriers to Physician Reporting of Workers' Compensation Cases in France." *International Journal of Occupational and Environmental Health* 14 (3): 198–205.
- Viau, A., S. Arnaud, S. Ferrer, G. Larmarcovai, M.-L. Saliba, M. Souville, and P. Verger. 2008. "Factors Associated with Physicians' under-Reporting of Asbestos-Related Bronchopulmonary Cancers. Telephone Survey Conducted among General Practitioners and Pulmonologists Randomly Selected in the French Region of Provence-Alpes-Côte-d'Azur." *Revue Du Praticien* 58 (19 SUPPL.): 9–16.
- Volkoff, Serge, and Annie Thébaud-Mony. 2000. 22. *Santé au travail : l'inégalité des parcours. Les inégalités sociales de santé*. La Découverte.
- Weill, Floriane. 2019. *Atrophie multi-systématisée et exposition professionnelle aux pesticides: vers une reconnaissance en maladie professionnelle*. Thèse de médecine du travail, Université de Bordeaux.

Table détaillée

SOMMAIRE	3
LISTE DES ACRONYMES UTILISES.....	4
PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	5
I. OBJECTIFS ET CONTEXTE DU RAPPORT.....	5
II. LES DIFFERENTES ETAPES METHODOLOGIQUES DE LA CONSTRUCTION DU CORPUS	6
1. Choix du périmètre de l'étude et interrogation des bases de données.....	6
2. Les différentes phases d'élaboration du corpus	7
III. PHYSIONOMIE DU CORPUS	10
1. Catégories disciplinaires et nombre de publications	10
2. Évolution du corpus dans le temps	10
3. Principaux supports de publications	11
4. Auteurs et modes de publication selon les disciplines.....	12
5. Une entrée par secteur professionnel marginale, mais qui met en avant un angle mort autour de la sous-reconnaissance dans la fonction publique et pour les indépendants	13
6. Types de pathologies abordées selon les facteurs de risques associés	14
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE.....	17
CHAPITRE 1. INTERROGER LA SOUS-RECONNAISSANCE DES MP AU PRISME DES ACTEURS ET INSTITUTIONS DU DISPOSITIF DE REPARATION	18
I. LES MEDECINS, LES SAVOIRS MEDICAUX ET LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES, UN ANGLE PRIVILEGE DE LA LITTERATURE	18
1. Le manque de formation et d'intérêt des professions médicales pour les pathologies professionnelles et les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle au cœur des travaux en santé publique	18
1.1. <i>Les enquêtes en santé publique auprès des médecins : une objectivation du défaut de formation et d'un faible intérêt pour les maladies professionnelles</i>	<i>18</i>
1.2. <i>Délégation du (sale) boulot et « cloisonnement » des spécialités.....</i>	<i>20</i>
2. Lutter contre la sous-déclaration par la formation et un décroisement des spécialités.....	22
2.1. <i>Une action de communication de la part de spécialistes des pathologies professionnelles</i>	<i>22</i>
2.2. <i>Des dispositifs de repérage pour créer des liens entre les services</i>	<i>23</i>
2.3. <i>La surveillance des maladies professionnelles : un moyen d'éclairer la sous-déclaration</i>	<i>24</i>
3. La médecine et la reconnaissance sous le regard des SHS : contextualisation politique et sociale	26
3.1. <i>En amont et en aval du processus de reconnaissance, des savoirs médicaux au cœur de rapports de force.....</i>	<i>26</i>
3.2. <i>Des médecins : entre « garde-barrières » et militants de la cause des victimes</i>	<i>28</i>
3.3. <i>Une médecine de classe ?.....</i>	<i>29</i>
II. LA VICTIME DE MALADIE PROFESSIONNELLE COMME ACTEUR INDIVIDUEL ET COLLECTIF	30
1. La démarche de reconnaissance en maladie professionnelle comme processus.....	31
1.1. <i>Devenir victime : déconstruire l'évidence de l'engagement dans une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle.....</i>	<i>31</i>
1.2. <i>Les difficultés administratives, obstacles à la reconnaissance et vecteur possible d'engagement collectif</i>	<i>33</i>
2. Les luttes pour la reconnaissance des maladies professionnelles dans la littérature : de la cause individuelle à la mobilisation collective.....	34
2.1. <i>Les organisations syndicales et les associations comme relais des démarches individuelles et moteurs d'une évolution du dispositif.....</i>	<i>34</i>

2.2. Accompagner la reconnaissance, dénoncer des responsabilités devant les tribunaux : le rôle des professionnels du droit	36
2.3. Les médias, des relais intermittents et ambigus des victimes.....	37
3. La reconnaissance en maladie professionnelle et la réparation financière	39
3.1. La réparation financière comme arbitrage financier ?.....	40
3.2. De la réparation financière comme élément d'une quête de justice.....	41

CHAPITRE 2. COMMENT LA LITTÉRATURE PREND-ELLE EN COMPTE LE GENRE ET LA SITUATION PARTICULIÈRE DES TRAVAILLEURS ÉTRANGERS ? 44

I. GENRE ET MALADIES PROFESSIONNELLES : ENTRE INVISIBILITÉ ET MOBILISATIONS	44
1. L'invisibilité des pathologies des femmes et des emplois féminins	44
1.1. Des expositions « invisibles » : les travaux pionniers hors corpus.....	44
1.2. L'analyse des mécanismes genrés de sous-reconnaissance en France	45
2. Les femmes mobilisées pour la reconnaissance des maladies professionnelles	47
2.1. Mobilisations de travailleuses	47
2.2. Les femmes comme rouages du processus de reconnaissance	48
II. LES MÉCANISMES DE SOUS-RECONNAISSANCE EN LIEN AVEC L'EXPOSITION AU TRAVAIL DES POPULATIONS ÉTRANGÈRES OU D'ORIGINE ÉTRANGÈRE	49
1. Un déficit de visibilité	50
1.1. Une invisibilité statistique des populations étrangères ou d'origine étrangère : données de reconnaissance et données scientifiques.....	50
1.2. Un suivi de santé déficient qui renforce l'invisibilité des pathologies professionnelles	51
2. Des obstacles spécifiques aux populations immigrées et à leurs conditions d'emploi.....	52
2.1. Précarité des trajectoires d'emploi et procédures de reconnaissance	52
2.2. Une démarche rendue complexe par une distance géographique, sociale et culturelle à l'administration française.....	53
3. Les mobilisations de travailleurs étrangers pour la reconnaissance de leurs maladies professionnelles ..	54

CHAPITRE 3. LE TRAITEMENT DES DIFFÉRENTS TYPES DE PATHOLOGIES ET DE LEUR SOUS-RECONNAISSANCE..... 56

I. LA SOUS-RECONNAISSANCE DES CANCERS PROFESSIONNELS : LE DISPOSITIF DE RECONNAISSANCE À L'ÉPREUVE DES MALADIES CHRONIQUES MULTIFACTORIELLES	56
1. Le rôle central des travaux liés au GISCOP dans la compréhension de la sous-reconnaissance des cancers professionnels et dans la mise en évidence des inégalités sociales de santé	56
2. La surestimation des étiologies individuelles identifiée comme source de sous-reconnaissance.....	58
2.1. Une surestimation des causes individuelles dans les représentations de la maladie.....	58
2.2. Des représentations aux stratégies d'invisibilisation des étiologies professionnelles.....	59
3. Des stratégies de déclaration qui diffèrent selon les cancers et peuvent avoir des effets d'invisibilisation	60
3.1. Les cancers liés à l'amiante, un enjeu particulièrement étudié et particulièrement reconnu et qui masque les autres risques cancérigènes	60
3.2. Une tendance à aller vers les pathologies connues et reconnues	61
II. LA SOUS-RECONNAISSANCE DES PSYCHOPATHOLOGIES PROFESSIONNELLES DANS LA LITTÉRATURE	62
1. Des pathologies « hors tableau » qui peinent à être reconnues.....	63
1.1. La longue et intermittente attention aux effets du travail sur la santé psychique et mentale	63
1.2. Un tableau pour les souffrances psychologiques ?.....	63
2. Les principaux obstacles d'un système dissuasif : l'autocensure des médecins, la preuve de l'imputabilité et le taux d'IPP.....	64
2.1. Des médecins peu enclins à proposer la déclaration des psychopathologies comme maladie professionnelle mais qui les signalent	64
2.2. Le médecin comme expert au CRRMP : quelle expertise légitime ?.....	65
2.3. Une imputabilité au travail particulièrement difficile à prouver.....	66

2.4. Le taux d'incapacité permanente partielle : un obstacle à la reconnaissance des psychopathologies en maladie professionnelle..... 67

CONCLUSION.....69

BIBLIOGRAPHIE71

ANNEXE : CORPUS DU RAPPORT BIBLIOGRAPHIQUE82

TABLE DETAILLEE.....91