

DE LA SILICOSE ET DES AMBIGUÏTÉS DE LA NOTION DE « MALADIE PROFESSIONNELLE »

Paul-André Rosental

Belin | *Revue d'histoire moderne et contemporaine*

2009/1 - n° 56-1
pages 83 à 98

ISSN 0048-8003

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2009-1-page-83.htm>

Pour citer cet article :

Rosental Paul-André , « De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle » » ,
Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2009/1 n° 56-1, p. 83-98.

Distribution électronique Cairn.info pour Belin.

© Belin. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle »

Paul-André ROSENTAL

« Je n'aime point voir les gens absorber du poison à petites doses ;
je me figure qu'il y a toujours quelqu'un qui s'en ressentira ».
*Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, 1884,
cité par Caroline Moriceau dans le présent volume.*

« Aucune maladie d'ordre professionnel n'existe dans les charbonnages belges ».
*Fédération patronale des Associations Charbonnières de Belgique, 1927,
citée par Éric Geerkens dans le présent volume.*

Frappant massivement et sans recours possible, bien au-delà des mines, dans tous les secteurs d'activité industrielle ou presque, la silicose constitue la maladie professionnelle la plus grave du XX^e siècle, et peut-être de l'histoire humaine, par le nombre de victimes qu'elle a occasionnées¹. Son ombre plane sur le siècle qui s'ouvre, portée par l'industrialisation des pays du Sud et la dépendance au charbon de nations comme la Chine. À cela s'ajoute le cousinage entre silicose et maladies de l'amiante au sein de la grande famille des pneumoconioses, maladies de l'empoussièrement au travail qui ont souvent eu partie liée sur le plan légal. Pathologies de dégradation du poumon (et non maladies infectieuses), elles présentent en effet d'importantes caractéristiques communes, parmi lesquelles un long délai, parfois des décennies, de déclenchement des troubles fonctionnels, et une propension à provoquer des complications diverses, qui ont compliqué et retardé leur reconnaissance à la fois médicale et légale.

Par leurs caractéristiques, la silicose et les autres pneumoconioses font écho à l'ensemble des questions soulevées dans le présent volume : elles exacerbent toutes les dimensions et toutes les ambiguïtés liées à la notion contemporaine de

1. De manière contre-intuitive, c'est au XX^e siècle que la silicose prend toute son ampleur sous l'effet de la mécanisation des mines. Pour un chiffrage portant sur la France et une analyse des causes du fort sous-enregistrement statistique de la maladie, voir Paul-André ROSENTAL, Jean-Claude DEVINCK, « 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*, 95, juillet-septembre 2007, p. 75-91.

« maladie professionnelle »². Ces maladies contribuent à dessiner les grandes lignes d'une chronologie qui débute avec le regard médical – ou peut-être devrait-on dire médico-social – de Ramazzini à l'orée du XVIII^e siècle. Constatamment remobilisée, cette référence commence à changer de nature dans la seconde moitié du XIX^e siècle, selon les modalités analysées par Caroline Moriceau. Des inventaires médicaux de plus en plus précis ne se contentent plus de repérer les professions à risque : ils détaillent et incriminent des phases de travail et des processus biochimiques. Les innovations médicales (développement de la toxicologie industrielle) se doublent d'un rapport de forces politique nouveau : que ce soit par des revendications directes ou par ce qui est ressenti comme une menace pressante à l'ordre social, le mouvement ouvrier, dont le rôle dans la lutte pour la santé au travail est actuellement réévalué par l'historiographie, donne une signification et une portée nouvelles aux conceptions hygiénistes³. La confrontation et la négociation tacite se focalisent sur la notion de « maladie professionnelle », à laquelle le développement des assurances sociales donne une traduction légale, à peu près simultanément, dans le monde industrialisé⁴. Cette définition s'appuie sur l'inventaire médical mené par les hygiénistes, tout en le faisant passer au tamis d'une sévère réduction juridique : toutes les maladies contractées au travail ne seront pas des « maladies professionnelles », seules seront considérées comme telles celles qui auront été officiellement reconnues. Dès lors, les « maladies professionnelles » ne constituent plus une catégorie médicale comme chez Ramazzini, mais une catégorie médico-légale, ce sont des maladies *négociées* en somme : euphémisme pour désigner des luttes souvent longues et âpres entre salariés et employeurs, luttes dans lesquelles les pouvoirs publics – les trois articles qui suivent le démontrent – rechignent à s'entremettre ou n'interviennent que par saccades, au nom de la recherche d'un consensus plus ou moins improbable.

Après l'extension, dans de nombreux pays industrialisés, de la législation sur les accidents aux maladies du travail (qui survient en France en 1919 par exemple), l'âge d'or de la notion de maladie professionnelle est, grossièrement dit,

2. Voir le projet de recherche international en cours, « Étude transnationale d'une maladie professionnelle exemplaire : la silicose et la santé au travail en France et dans les pays industrialisés », financé par le Programme Santé-environnement-travail (SEST) de l'Agence nationale de la recherche, en association avec la Dares.

3. Voir par exemple pour la France, J.-C. DEVINCK, « Le mouvement ouvrier et l'avènement de la médecine du travail en France (1880-1950) », doctorat d'histoire, Paris, EHESS, 2009 ; ainsi que l'article pionnier de Rolande TREMPÉ, « Travail à la mine et vieillissement des mineurs au XIX^e siècle », *Le mouvement social*, 124, juillet-septembre 1983, p. 131-152. Mais ce déplacement de regard est en fait international, comme en témoignent, pour le seul cas de la silicose, les importants articles de Bradley BOWDEN, Beris PENROSE, « Dust and silicosis : conflicting narratives and the Queensland Royal Commission into miners' phthisis », *Australian Historical Studies*, t. 37, 128, 2006, p. 89-107 ; Mark W. BUFTON, Joseph MELLING, « Coming up for air : experts, employers, and workers in campaigns to compensate silicosis sufferers in Britain, 1918-1939 », *Social History of Medicine*, 18-1, 2005, p. 63-86 ; Michael BLOOR, « The South Wales Miners Federation. Miners' lung and the instrumental use of expertise, 1900-1950 », *Social Studies of Science*, 30-1, 2000, p. 125-140.

4. Julia MOSES, « Foreign workers and the emergence of minimum international standards for the compensation of workplace accidents, 1880-1914 », *Journal of Modern European History*, 2009-2, à paraître. Pour le cas spécifique de la silicose, je me permets de renvoyer à P.-A. ROSENAL, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *Revue française des affaires sociales*, 62/2-3, 2008, p. 255-277.

la première moitié du XX^e siècle. C'est alors en effet qu'elle accapare en priorité les luttes syndicales et politiques ayant trait aux conditions sanitaires en entreprise. L'importance, dans le présent dossier, des articles consacrés à la reconnaissance, à cette époque, des maladies professionnelles en France et dans le monde, en témoigne : dans l'entre-deux-guerres, la lutte pour la reconnaissance de telle ou telle affection liée au travail dissimule encore un combat pour la notion même de maladie professionnelle, qui demeure alors à la fois fragile et incertaine⁵.

Ce combat se poursuit de nos jours avec la même dureté. Dans un pays comme la France où l'indemnisation des maladies professionnelles est strictement à la charge des employeurs, il prend la forme d'une véritable lutte de classes dans le sens où, à la différence des autres branches de la Sécurité sociale, les négociations ont lieu « bloc contre bloc » entre les représentants des employeurs d'un côté, les représentants pour une fois unis des salariés de l'autre⁶. Mais depuis l'avènement de la notion et des politiques de « médecine du travail » dans les années 1930, puis leur élargissement vers la « santé au travail » à compter, approximativement, des années 1970, la maladie professionnelle n'est plus qu'un élément d'un cadre institutionnel plus large.

Allonger et étendre le « tableau » (c'est-à-dire la liste officielle des maladies professionnelles reconnues) demeure un enjeu de la lutte pour la santé au travail mais n'en constitue plus qu'un pôle parmi d'autres. Peut-être même les observations de Nicolas Hatzfeld sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), affections du travail devenues les plus fréquentes à l'issue d'une croissance ultra-rapide, pointent-elles vers une reformulation de la notion de maladie professionnelle – à moins qu'il ne s'agisse d'une forme de retour vers la conception plus large que leur donnait jusqu'au XIX^e siècle le cadre ramazzinien. Il est vrai que tant que la notion de maladie professionnelle n'était pas couplée à une pensée actuarielle liée au développement des assurances sociales, elle ne procédait pas par réduction à un facteur pathogène monocausal aux dépens d'une réflexion globale sur les conditions de travail⁷. Liés à l'organisation du travail, et du même

5. Comme le rappelle Albert THOMAS, si la convention internationale de 1925 de l'OIT a pour « trait le plus important la définition de la maladie professionnelle », la Commission qui la prépara « dépensa beaucoup de temps et d'efforts à essayer d'en trouver une, sans y réussir. Finalement, elle se borna, comme fit la Conférence elle-même, et comme avaient fait beaucoup d'États avant elle en élaborant leur législation nationale, à énumérer dans une liste les maladies qui doivent être réparées au titre professionnel » : *Dix ans d'organisation Internationale du Travail*, Genève, BIT, 1931, p. 145.

6. Marc-Olivier DEPLAUDE, « Les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 53-5, 2003, p. 707-735.

7. Sur l'articulation, dans le cadre ramazzinien, entre facteurs pathogènes et facteurs d'usure au travail, voir Philippe MINARD, « Artisans et ouvriers malades du travail au XVIII^e siècle », communication au colloque « Les risques au travail en Europe : perception, réparation et prévention (XVIII^e-XX^e siècles) », IRHiS, université Lille-3, 15-16 juin 2006 ; Gérard JORLAND, « L'hygiène professionnelle en France au XIX^e siècle », *Le mouvement social*, 213, octobre-décembre 2005, p. 71-90 ; et Franco CARNEVALE, « Il corpo al lavoro, il lavoro del corpo. Salute e lavoro nelle culture dei lavoratori e dei sindacati nell'Italia del Novecento », in P. CAUSARANO, L. FALOSI et P. GIOVANNINI (éd.), *Mondi operai, culture del lavoro e identità sindacali. Il Novecento italiano*, Rome, Ediesse, 2008, p. 109-120. Pour partie, cette articulation est présente chez RAMAZZINI qui, dans les chapitres 29 sq. de son traité notamment, aborde des pathologies, transversales à plusieurs métiers, qui sont le fruit des conditions de travail telles les postures ou les sollicitations sensorielles. Pour partie, elle est ren-

coup transversaux aux secteurs d'activités les plus divers, les TMS manifestent, par contraste, cette sensibilisation grandissante au risque spécifiquement sécrété par l'activité humaine qu'a analysée Ulrich Beck.

Dans cette chronologie rapidement esquissée, la silicose occupe une place importante : en étant dès l'entre-deux-guerres, bien avant l'amiante (dont la dangerosité est certes déjà suspectée), la première des pneumoconioses à recueillir une telle attention, elle infléchit les problèmes posés désormais par les maladies professionnelles. Au moment de son institution médico-légale vers la fin du XIX^e siècle, cette notion tend à privilégier, à l'image du saturnisme ou du phosphorisme, les pathologies liées aux empoisonnements ou aux intoxications. Si la nocivité des poussières est connue de longue date⁸, au point d'être soupçonnée de provoquer des maladies qui se révéleront finalement microbiennes⁹, ce n'est qu'avec la silicose, à l'heure de la mécanisation des mines, qu'elle devient prééminente. Ce déplacement n'est pas sans importance. Il accentue en effet, et du même coup révèle, deux grandes ambiguïtés de la notion médico-légale de « maladie professionnelle ».

UNE DOUBLE AMBIGUÏTÉ...

La première ambiguïté, qui en est absolument constitutive, concerne sa temporalité d'action. Lorsque s'élabore, dans les dernières décennies du XIX^e siècle, le principe de « réparation » financière des accidents du travail, le projet de leur adjoindre les maladies professionnelles, avancé dans plusieurs pays, est rejeté au nom de leurs effets chronologiquement différents : alors que les conséquences de l'accident se manifestent immédiatement, le déclenchement des troubles fonctionnels liés à une maladie peut être tardif. En découlent dès lors des questions de causalité et d'imputabilité : durant ce délai de déclenchement, la victime est susceptible d'avoir changé d'employeur, ce qui empêche de déterminer à quelle entreprise doivent être attribués la responsabilité et donc le coût de la réparation. Plus simplement, les salariés atteints sont susceptibles

forcée par de FOURCROY en 1777, à la fois sous la forme d'un plan d'exposition potentiel et de notes approfondies, lorsqu'il traduit et édite en français chez Moutard l'*Essai sur les maladies des artisans*.

8. Au sein d'une littérature abondante, soucieuse de retracer une histoire particulièrement peu linéaire, voir Luigi CAROZZI, « Contributo bibliografico alla storia della pneumoconiosi "silicosi" (dal XVII sec. A.C. al 1871) », *Rassegna di Medicina industriale*, série de sept articles (12, 10, 1941 à 1942, 13, 5) ; ainsi que Jacques DELORE, *Contribution à l'étude historique des maladies pulmonaires professionnelles des mineurs depuis l'Antiquité jusqu'au début du XX^e siècle*, Lyon, Bosc Frères, 1952 ; George ROSEN, *The History of Miners' Diseases: A Medical and Social Interpretation*, New York, Schuman's, 1943 ; A. G. HEPPLESTON, « Coal workers' pneumoconiosis : a historical perspective on its pathogenesis », *American Journal of Industrial Medicine*, 22, 1992, p. 905-923.

9. Voir par exemple Bernard-Pierre LECUYER, « Les maladies professionnelles dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* ou une première approche de l'usure au travail », *Le mouvement social*, 124, juillet-septembre 1983, p. 45-69. FOURCROY déjà, en page 57 de son introduction déjà citée à l'*Essai* de RAMAZZINI, se demandait « si des expériences multipliées et bien faites sur les arts qui préservent leurs ouvriers des maladies contagieuses, ou qui les y exposent, ne pourraient pas conduire à la découverte de la contagion et des moyens propres à s'en garantir ».

de se voir opposer par l'entreprise des causes personnelles au déclenchement de leur maladie. Selon un argumentaire constamment réactualisé depuis l'époque moderne au moins, il est tentant d'inverser la charge de la preuve en discutant les conditions de travail pour s'en prendre à l'hérédité et aux mœurs supposées des ouvriers malades¹⁰ : c'est précisément le sens de la notion médico-légale de maladie professionnelle que de jeter un voile d'ignorance sur les causes des affections que l'on reconnaît une fois pour toutes comme professionnelles. Si ce problème de décalage temporel se pose déjà pour l'exposition à des matériaux toxiques, il devient crucial dans le cas des maladies de l'empoussièrément, dont les troubles peuvent littéralement se manifester après des décennies.

La deuxième différence concerne les complications médicales. En affaiblissant les poumons, la silicose facilite les co-affections et fait donc survenir des maladies apparemment « privées » qu'il est aisé, en inversant la causalité, d'accuser d'être les véritables déclencheurs : c'est ainsi que la tuberculose, attribuable aux conditions de vie, a pu être présentée comme la cause réelle de la silicose, le tabagisme comme la cause des bronchites chroniques professionnelles, etc.

Historiquement, les employeurs se sont glissés dans ces deux failles en tirant argument, dans un premier temps, pour retarder la reconnaissance de la silicose comme maladie spécifique, puis pour contester les demandes de réparation une fois sa reconnaissance acquise. C'est ici que les pneumoconioses révèlent les limites de la notion de maladie professionnelle, notion qui, dans son acception médico-légale, n'allait guère de soi : Caroline Moriceau rappelle, dans le présent numéro, comment les premières grandes luttes ouvrières portaient plutôt sur le retrait ou la substitution purs et simples des matériaux jugés dangereux¹¹. En bataillant ensuite pour imposer la notion de maladie professionnelle, le mouvement ouvrier comme les réformateurs sociaux ont modifié les termes du débat en s'efforçant de combiner avec réalisme justice et efficacité : il s'agissait (et il s'agit toujours) de faire reporter sur les employeurs l'indemnisation des maladies du travail, à la fois pour les sanctionner d'avoir porté atteinte à la santé de leurs salariés et pour les inciter à la prévention. Insistons sur ce point sans avoir ensuite à le réitérer : notre propos n'est nullement de juger d'un compromis politique et économique qui s'est noué il y a un siècle

10. Sur la continuité entre l'Ancien Régime et la période contemporaine, on pourra mettre en rapport Arlette FARGE, « Les artisans malades de leur travail », *Annales ESC*, 32-5, 1977, p. 993-1006, et P.-A. ROSENAL, « La tragédie de l'amiante a-t-elle modifié le régime de reconnaissance des maladies professionnelles ? Fondements historiques des perspectives d'évolution contemporaines », in Jean-Marie MUR (éd.), *L'émergence des risques*, Les Ulis, INRS-EDP Sciences, 2008, p. 19-41. Pour une réflexion générale sur l'imputation à la personne de maladies sociales, voir Howard M. LEICHTER, « "Evil habits" and "personal choices" : assigning responsibility for health in the 20th Century », *The Milbank Quarterly*, 81-4, 2003, p. 603-626.

11. Voir aussi Jean-Claude DEVINCK, « Le mouvement ouvrier et l'avènement de la médecine du travail... », thèse cit. Le retrait suppose à la fois cette pression ouvrière et l'existence d'un produit ou d'une technique substituable, comme le souligne également Gérard JORLAND, « L'hygiène professionnelle... », art. cit.

par extension de la loi sur les accidents du travail, et a manifesté une efficacité indéniable, mais plutôt d'en comprendre les incidences, toujours actuelles, sur la lutte contre les fléaux du travail¹².

... ET SES CONSÉQUENCES

Il apparaît tout d'abord que la construction légale de la notion de maladie professionnelle, dont on peut répéter qu'elle a concerné tous les pays industrialisés à l'aube du XX^e siècle, a entériné l'idée qu'il existait des affections légitimes, car inévitables, à une époque qui pourtant commençait à placer la prévention au cœur d'une ambitieuse visée de santé publique : c'est alors que naît, ou du moins que se renforce et s'institue, la bifurcation entre maladies du travail et maladies privées. Il est très difficile de déterminer dans quelle mesure la notion de maladie professionnelle, tout en se révélant à l'usage une protection légale disputée mais pérenne de la main-d'œuvre, aura contribué à édifier par le droit et par la science médicale l'idée d'une acceptabilité de la mort au travail¹³. Les exemples du plomb ou de l'amiante sont pourtant éloquents : il est encore plus difficile de sensibiliser au risque encouru par les ouvriers manipulant la matière première brute (en témoigne ci-après la saisissante description par Odette Hardy-Hémery des conditions de travail dans une mine d'amiante corse des années 1960 et les usines Éternit des années 1990) qu'à celui qui pèse sur les utilisateurs du produit fini, tels les peintres en bâtiment pour la peinture en plomb¹⁴. En revanche, le même risque devient proprement inadmissible lorsqu'il frappe les consommateurs, comme le montre le cas analysé par Julien Vincent où l'on voit des associations d'acheteurs (ou d'acheteuses) anglais s'efforçant de faire pression pour des conditions de production décentes.

Cette acceptabilité du risque au travail, et en particulier au travail industriel, a été objectivée au XX^e siècle par le principe de seuil d'exposition, c'est-à-dire de niveau de risque jugé tolérable : cette notion dont Caroline Moriceau décèle la formulation dès la fin du XIX^e siècle en pointant le « fatalisme » dominant chez les hygiénistes, a une nouvelle fois pris toute son importance – et

12. Pour une vision critique sur le compromis de 1898, voir Alain COTTHEREAU, « Droit et bon droit : un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 57-6, 2002, p. 1521-1557.

13. L'historien s'avancera avec prudence sur une piste anthropologique, quasi-dumézilienne, selon laquelle il serait acceptable que le travail affaiblisse, handicape ou tue à condition qu'il frappe les travailleurs manuels, ceux qui sont exposés au contact avec la matière. De ce modèle, les mines, autrefois exploitées par un travail servile, et dont Ramazzini lui-même note encore en 1700 que ce « commerce avec les enfers » (édition de 1777, p. 2) expose à être frappé par les « esprits et les spectres » (p. 16-17), constitueraient une fois de plus l'incarnation extrême.

14. Jean-Paul BARRIÈRE, « Perception du risque au travail et préhistoire d'une maladie professionnelle. L'industrie de la céreuse dans le Nord de la France (1800-1950) », in Denis VARASCHIN (dir.), *Risques et prises de risques dans les sociétés industrielles*, Berne, Peter Lang, 2007, p. 87-108. Sur l'amiante : Odette HARDY-HÉMERY, *Éternit et l'amiante, 1922-2000. Aux sources du profit, une industrie du risque*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2005, et son article ci-après.

démonstré toute sa dangerosité – quelques décennies plus tard dans le cas des pneumoconioses, silicose et maladies de l’amiante, et il est à craindre qu’elle ne frappe encore parmi les millions de salariés exposés à des produits jugés assurément ou potentiellement cancérigènes. Prétention induite de l’historien à prévoir ? Nous reviendrons sur la question des récurrences produites par une lutte éternellement répétée, entre souci de protection des travailleurs et logiques de production et de gestion, pas seulement dans un système capitaliste ni dans des entreprises privées d’ailleurs¹⁵.

En deuxième lieu, il est frappant d’observer à quel point la démarcation légale, non dénuée parfois d’arbitraire d’un strict point de vue médical¹⁶, entre les maladies retenues ou non comme professionnelles, a rejailli sur les conceptions médicales, tant chez les professionnels que chez les salariés. Sans reconnaissance légale, pas de maladie : en plongeant dans l’histoire des troubles articulaires liés au travail *avant* leur ébauche de reconnaissance légale dans les années 1970, Nicolas Hatzfeld donne à voir ce que peut signifier une maladie invisible, qui sévit indéniablement mais qui n’a pas d’existence ni même de nom¹⁷. Qu’elle soit niée par l’administration peut sembler le produit évident de l’absence de législation. Mais on ne saurait trop souligner la préséance, sous certaines conditions, des constructions juridiques sur les connaissances médicales : les exemples abondent, dans ce volume, de médecins du travail qui n’osent se fier à leur expérience quotidienne et à leur savoir pratique pour aller contre les avis des grands mandarins universitaires que les industriels n’hésitent pas à appointer au besoin comme experts. D’un point de vue sociologique, c’est l’exercice de cette autorité médicale appuyée sur une hiérarchie professionnelle très formalisée qui, par contraste, explique l’importance de la figure du franc-tireur (René Courtois en Belgique, Jean Magnin en France et bien d’autres aux États-Unis ou ailleurs) qui, littéralement seul contre tous, constitue un corpus d’observations cliniques ou radiologiques, se cherche des relais syndicaux ou professionnels, et utilise les forums disponibles (revues, conférences, sociétés savantes, commissions paritaires et tribunaux) pour affronter des experts patronaux souvent plus titrés que lui, en tentant de secouer l’attentisme prudent de ses confrères et des représentants des pouvoirs publics.

15. Outre le cas des houillères nationalisées en France, voir sur ce point Emanuela MACEK, P.-A. ROSENTHAL, « Les démocraties populaires d’Europe de l’Est ont-elles protégé la santé de leurs travailleurs ? La Tchécoslovaquie socialiste face à la silicose », *Journal of Modern European History*, 2009-2, à paraître.

16. Comme le reconnaît un père fondateur de la médecine du travail, « cette législation supprime sans doute des discussions interminables à propos de tel ou tel cas, mais elle conduit à considérer légalement comme professionnelles des maladies qui ne le sont peut-être pas et à en rejeter d’autres qui le sont probablement [car] en présence d’un individu malade, l’étiologie professionnelle sera parfois certaine, parfois seulement retenue comme possible sans que l’on puisse rien affirmer ni dans un sens, ni dans un autre » : Henri DESOILLE, *La médecine du travail*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 3^e éd., 1979.

17. Voir les travaux de Nicolas Hatzfeld et son article ci-après. Sur les déformations du corps par les gestes du travail et leur occultation par la notion de maladie professionnelle, voir Franco CARNEVALE, « Il corpo al lavoro... », art. cit.

Tout aussi importante est la diffusion des savoirs médicaux auprès des salariés malades. On l'a dit, l'historiographie a longtemps eu tendance à minimiser l'importance que revêtaient les conditions sanitaires au travail pour les ouvriers et leurs organisations syndicales. Elle a également culturalisé volontiers cette indifférence en l'attribuant à bon compte à la « bravade », ouvrière et masculine, et aux moqueries dont étaient victimes ceux qui osaient tenter de se protéger. De ce point de vue, on ne peut pas dire que l'histoire de la santé au travail ait été oublieuse du genre, mais plutôt qu'elle en a fait parfois un usage essentialiste, non sans rejouer du reste le même étonnement que celui des hygiénistes du XIX^e siècle¹⁸. Encore ces derniers n'oubliaient-ils pas, note C. Moriceau, de déceler par l'observation des pratiques ouvrières de protection ce que la témérité affichée face au risque pouvait contenir d'inquiétude et de déni : c'est bel et bien le rapport d'une société à un risque mortel, à la fois assumé et bravé mais aussi occulté, qui est en question et qui devrait constituer objet d'histoire¹⁹.

Ce que montre le présent dossier n'est pas que l'explication « culturelle » ou « anthropologique » est en soi fallacieuse, mais qu'elle permet, en étant brandie en priorité voire en exclusivité, de faire l'économie de déterminations plus précises, plus objectivables mais aussi d'une certaine manière plus « rationnelles »²⁰. Les modes de rémunération, tout d'abord, ont joué un rôle majeur dans les arbitrages des ouvriers, avec en particulier l'effet dévastateur des primes de rendement pour la santé : les dangers de l'empoussièremment, démultipliés par le niveau d'activité (dégagement de particules), par la cadence respiratoire, et par la désincitation à utiliser des protections individuelles ou collectives souvent nuisibles à la productivité, en sont une nouvelle fois un parfait exemple²¹. Plus globalement, le constat des hygiénistes du XIX^e siècle résumé par Caroline Moriceau serait transposable jusqu'à nos jours : « Se protéger du risque ne doit pas entraver le travail, que ce soit en ralentissant le mouvement, en le compliquant, ou en le rendant plus difficile ou plus fatigant ». Mais l'historien ne saurait non plus oublier que l'argument du défaut de protection était souvent avancé par les employeurs eux-mêmes, ce qui revenait à minimiser d'autant le

18. Ainsi l'article de Ronnie JOHNSTON, Arthur McIVOR, « Oral history, subjectivity, and environmental reality : occupational health histories in twentieth-century Scotland », *Osiris*, 2^e série, 19, 2004, p. 234-249 – bel exemple par ailleurs d'histoire orale sur les maladies des mineurs – conclut (p. 242 sq.) sur une telle plasticité des effets de la « masculinité » sur la prise de risque que l'on peut s'interroger sur la consistance de la notion.

19. L'importance de cette question du déni pour les sciences sociales est richement détaillée par deux dossiers récents, John FARHAT, Bertrand OGLVIE (éd.), « Le déni de réalité », n^o thématique de la revue *Incidence*, 2006, 2 ; et Florent COSTE, Paul COSTEY, Lucie TANGY (éd.), « Consentir : domination, consentement et déni », n^o thématique de la revue *Tracés*, 2008-1.

20. Ainsi, un auteur comme Thomas MILLER KLUBOCK, « Working-class masculinity, middle-class morality, and labor politics in the Chilean copper mines », *Journal of Social History*, 30-2, 1996, p. 435-463, sait démontrer l'effet des rapports de genre sur les comportements des mineurs sans pour autant les culturaliser : il voit en eux le produit d'une politique de gestion qui eut à faire la face à la difficulté de stabiliser sa main-d'œuvre.

21. Voir par exemple Theo NICHOLS, *The Sociology of Industrial Injury*, Londres, Mansell, 1997.

rôle de l'organisation du travail sur la santé. Or, celle-ci était déterminante, ainsi que le rôle de l'encadrement dans l'application effective ou non des mesures de sécurité²².

FACE AU RISQUE

L'historiographie a également eu tendance à négliger ce que l'on pourrait appeler l'horizon phénoménologique des salariés, qui rejoue à plein la distinction entre la portée temporelle respective des accidents du travail et des maladies professionnelles. Certes – et l'exemple des mines et de la silicose est encore une fois éclairant – dans de nombreuses industries, la mortalité liée aux maladies professionnelles est nettement plus élevée que celle occasionnée par les accidents. Statistiquement parlant, le grisou tue beaucoup moins que la silicose. Mais en pratique, la sensibilité au risque d'accident mortel, plus faible relativement mais immédiat, l'emportait sur un risque de maladie massif mais lointain : comme en témoignent aujourd'hui les épouses ou veuves de mineurs, leur souci au départ de leur mari au travail était de le voir revenir en vie. À cela s'ajoute le fait que le raisonnement sur la seule mortalité occulte la grande fréquence des blessures, souvent dramatiques, à la fois en soi et par leurs conséquences financières pour l'ouvrier et sa famille. Ce risque d'accident est d'autant plus présent qu'il est collectif et donc spectaculaire, mais aussi partageable au sein d'une communauté de travail. C'est par les mobilisations qu'elles provoquent que les grandes catastrophes minières, bien qu'elles ne l'aient théoriquement pas concernée directement, ont scandé l'histoire de la silicose.

D'un point de vue plus politique enfin, et sans passer sous silence les tendances productivistes qu'auront manifestées certains syndicats à une période ou une autre de leur histoire – que l'on songe à la CGT de la « Bataille du charbon » dans les houillères nationalisées – une partie de la prétendue indifférence du mouvement ouvrier à l'égard des risques du travail aura résulté de sa défiance à l'égard des institutions sociales ou sanitaires « bourgeoises », et de leurs arrière-pensées productivistes réelles ou supposées. En est l'écho la longue revendication d'une inspection médicale du travail indépendante du patronat, qui anime toute la première moitié du XX^e siècle. La priorité de l'action syndicale peut par ailleurs être plus prompte à privilégier les conditions sanitaires au travail lorsqu'elle est menée à l'échelle locale – qui est aussi la moins visible – qu'au niveau national où elle tendra à en tirer argument pour renégocier les salaires. Cette variation d'échelles d'intervention, enfin, est compliquée par la diversité des

22. Sur le rôle de l'organisation du travail au-delà des seules déterminations techniques, voir par exemple Elaine KATZ, *The White Death. Silicosis on the Witwatersrand Gold Mines*, Johannesburg, Witwatersrand University Press, 1994. Le rôle décisif des porions dans le degré de mise en œuvre des consignes de protection est mis en évidence, procédures économétriques à l'appui, dans le document produit en septembre 1969 par le Centre d'Études des Problèmes Humains du Travail des Houillères du Bassin Nord-Pas-de-Calais, *Résultats de l'enquête psychosociologique sur la "Lutte contre les poussières"*. Je remercie le Dr Amoudru de m'avoir fourni copie de ce rapport.

causes à porter par les organisations ouvrières. Si dans un premier temps (en gros l'entre-deux-guerres) la lutte pour la reconnaissance est relativement spectaculaire pour l'historien, les combats quotidiens qui accompagnent la mise en œuvre de la législation sont plus dilués et plus techniques : une fois la silicose reconnue, le rapport de forces avec les employeurs engage simultanément les conditions effectives de réparation financière, le traitement médical de la maladie (qui lui-même distingue la détection, les soins et la recherche), ou encore la prévention. Les syndicats, généralement, sont obligés d'effectuer des choix entre ces différents fronts²³.

Mais à tous ces facteurs il convient de rajouter, donc, le poids des connaissances médicales par les salariés eux-mêmes, question essentielle pour comprendre non seulement la prévalence des maladies mais aussi les conflits liés à leur réparation : comme le rappellent David Rosner et Gerald Markowitz, pour les entreprises, l'imputation de responsabilité aux ouvriers suppose de démontrer que ceux-ci étaient pleinement au fait du risque qu'ils couraient. Or nombre d'articles de ce dossier témoignent de ce que les salariés ne connaissent pas toujours les maladies dont ils sont victimes. Soit ils les appréhendent par des catégories de santé publique auxquelles ils ont été familiarisés (la hantise de la tuberculose occultant par exemple la silicose pendant les premières décennies du XX^e siècle), soit ils peinent à ajuster leurs propres catégories à celles du savoir médical légitime. Bernard Thomann en donne une belle illustration en étudiant comment les conceptions « indigènes » des troubles pulmonaires qu'avaient développées les mineurs japonais dès le XVII^e siècle, ont conditionné au XX^e l'importation et l'appropriation dans l'archipel de la notion « occidentale » de silicose par ses réformateurs sociaux : ce travail d'ajustement s'objective dans les intitulés mêmes des instances sanitaires nouvelles. Le cas japonais permet par ailleurs de suivre cet autre effet pervers de la délimitation légale des maladies professionnelles, qui est de masquer parfois une affection du travail par une autre : la reconnaissance de la silicose par le Japon dès 1930 est à la fois un acte pionnier et un frein à la reconnaissance des autres pneumoconioses, qui ne surviendra que trente ans plus tard. C'est ici toute la stratégie du Bureau International du Travail, infatigable inspirateur des politiques de santé au travail dans de nombreux pays, qui révèle ses limites. Contraint à des stratégies de compromis entre ses sourcilieux États-membres, il lui faut souvent se rabattre sur les éléments les plus consensuels du savoir médical et ne retenir que des définitions *a minima* des maladies professionnelles²⁴. Les conventions internationales qui en résultent peuvent constituer simultanément

23. Cf. les fines analyses de Dieter Grant HOGABOAM, « Compensation and control : silicosis in the Ontario hardrock mining industry, 1921-1975 », MA thesis, Queen's University, 1997, notamment p. 82 sq.

24. Cf. Paul WEINDLING, « Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared », in idem, *International Health Organisations and Movements 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, p. 134-153.

d'indéniables avancées sociales et sanitaires et des freins à l'évolution ultérieure de la législation, comme ce fut le cas avec la silicose²⁵.

Bien sûr, cette histoire des catégories de la perception médicale est pour partie proprement cognitive, d'où l'importance, récurrente dans les articles de ce dossier, des campagnes de sensibilisation des salariés à telle ou telle maladie professionnelle menées par les syndicats ou les médecins réformateurs. Mais elle est aussi institutionnelle, dans le sens où la diffusion de nouvelles représentations médicales de la santé au travail suppose l'existence d'instances adaptées, qui puissent à la fois légitimer des causes aux yeux des médias et de l'opinion, servir de caisse de résonance, et fournir un relais en direction de l'appareil administratif. Rien d'étonnant à ce que la mise en place d'une politique de lutte contre les maladies professionnelles vers la fin du XIX^e siècle ait dès lors supposé la création d'une Commission d'hygiène industrielle en France, ou d'un Comité ministériel *ad hoc* au Royaume-Uni, ou l'équivalent au Japon et ailleurs. Le développement de la notion de maladie professionnelle à cette époque est chronologiquement articulé avec celui d'arènes chargées de garantir un dialogue – ou, pour le dire plus crûment, de tempérer ou arbitrer les conflits – entre acteurs sociaux, en présence des experts et des représentants de l'État. De ce point de vue, la « maladie professionnelle » n'est pas seulement une catégorie médico-légale mais aussi indissociablement une catégorie politique impliquant la négociation et l'*agency*, ou capacité d'action propre.

LES LUTTES POUR LA RECONNAISSANCE LÉGALE

L'histoire de la silicose montre avec éloquence la façon dont les enquêtes médicales auront servi de terrain d'affrontement entre les parties en présence : à mille lieues d'une histoire apolitique de l'expertise, la reconnaissance des maladies professionnelles suppose chaque fois d'examiner comment hygiénistes, « francs-tireurs » et parfois experts syndicaux auront tenté de constituer des corpus de faits et de preuves ; comment le patronat aura diligenté des médecins pour les contrer ; et comment leurs rapports de forces se seront lentement construits et déplacés. Dans ce bras de fer, la science ne progresse jamais seule. Comme le rappelle le cas de l'amiante, le décalage entre le savoir médical et la reconnaissance légale peut durer des décennies. De ce point de vue – cela vaut pour la silicose comme pour les maladies de l'amiante – les implications sanitaires de maladies frappant massivement dans des industries de main-d'œuvre sont parfois de peu de poids face aux enjeux financiers qui leur sont associés, pour peu que les employeurs concernés sachent s'organiser et agir auprès du gouvernement et du parlement.

25. Thomas CAYET, Paul-André ROSENAL, Marie THÉBAUD-SORGER, « How international organisations compete : Health and safety at work in the ILO, a diplomacy of expertise », *Journal of Modern European History*, 2009-2, à paraître.

Nous sommes ici dans un processus authentiquement constructionniste, à condition de redonner tout son poids à un adjectif galvaudé : en soi, la lente accumulation d'évidences empiriques ne suffit pas à amener l'État à légiférer, mais elle change la donne en obligeant les employeurs à développer un argumentaire de réfutation toujours plus serré et toujours plus contraint. Il est fascinant d'observer comment l'histoire de la reconnaissance de la silicose en France, en Belgique, au Japon et ailleurs manifeste les mêmes stratégies cognitives et narratives que pour l'ensemble des maladies professionnelles. Pour les experts patronaux, il s'agit au début de nier l'existence de la maladie, puis dans un deuxième temps son origine professionnelle²⁶. C'est ici que la dynamique transnationale prend toute son importance : lorsque la pression savante se fait plus forte dans le milieu international et que certains pays, reconnaissant que la maladie est liée au travail, poussent à l'adoption de conventions internationales pour ne pas pénaliser leurs entreprises, la « rhétorique négatrice » s'infléchit : il ne s'agit plus de nier mais de brouiller les pistes, de jeter le doute et surtout de gagner du temps. Puis, à mesure que la perspective de la reconnaissance légale devient inéluctable, la dernière reconversion de l'argumentaire patronal consiste à négocier *a minima* le périmètre qui sera couvert par la reconnaissance, en établissant une liste fermée de métiers ou de secteurs industriels ouvrant droit à réparation, ou encore en fixant des durées minimales d'exposition par exemple. Ces conditions restrictives, rendues possibles par un usage limitatif de la notion de maladie professionnelle au sens médico-légal, ont pour les employeurs une autre vertu, plus indirecte. Chacune alourdit la charge de la preuve imposée au salarié malade et rend possible une interprétation restrictive de ses droits. Pour les mineurs français par exemple, l'obligation d'avoir travaillé cinq ans au fond pour être indemnisé comme silicosé peut sembler bénigne : en pratique, il n'est pas rare que ces cinq années reconnues correspondent à vingt années effectives voire davantage²⁷. L'utilité de la notion de « maladie professionnelle » pour les salariés, qui est de garantir une réparation financière automatique, en est amenuisée d'autant.

Aussi bien pour la négociation préalable à la reconnaissance que pour la façon dont la législation est mise en œuvre, la variable opératoire, celle qui produit les différenciations nationales, est ici la modalité de réparation par les assurances sociales.

26. Cf. le témoignage du grand hygiéniste Étienne Martin, évoqué par Philippe Davezies dans *Encore une fois, eugénisme et silicose*, 2004 (http://clinique.travail.free.fr/download/down/Encore_eug%E9nisme_et_silicose.pdf) : « Chaque fois, au cours de ma longue carrière, où j'ai eu l'occasion de dépister une maladie professionnelle, je me suis heurté au même esprit d'opposition de la part des employeurs [...]. Lorsqu'au cours de la guerre 1914-1918, j'ai observé les premiers cas d'intoxication par le dinitrophénol dans les poudreries, [...] les conclusions de mes observations ont été contestées par les employeurs. Non, disaient, le dinitrophénol n'est pas toxique, pas plus que le trinitrophénol, ce sont les ouvriers alcooliques qui présentent des accidents graves ou des malaises dans ces fabrications. Même argumentation lorsqu'à la poudrerie de Saint-Chamas, j'attire l'attention sur la toxicité du dinitro-toluène. C'était toujours l'alcoolisme des ouvriers qui était la cause principale des symptômes morbides que je décrivais. Il en fut de même pour la silicose ».

27. Annie THÉBAUD-MONY, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La Documentation française, 1991.

Car telle est la quatrième facette de la notion contemporaine de « maladie professionnelle » : médicale, légale, politique mais aussi financière. Considérée de manière statique, elle apparaît avant tout comme un progrès social indéniable combinant, on l'a vu, justice (obliger l'employeur à réparer les méfaits de l'activité qu'il encadre) et efficacité (l'inciter à mieux protéger ses employés). Mais en pratique, l'usage qui en est fait par les entreprises est dynamique : elles l'aménagent en fonction des dispositifs de prise en charge financière.

Deux exemples du présent dossier en produisent une véritable démonstration expérimentale. Le premier est celui du Japon, dont la reconnaissance de la silicose dès 1930 n'a été rendue possible que par l'absence, dans le système d'assurances sociales de l'époque, de distinction entre les maladies professionnelles et non professionnelles : les entreprises ont pu accepter une régulation dont l'enjeu financier était dès lors limité. Il suffit de se projeter une génération plus tard pour « tester » l'effet de la création, en 1947, d'une catégorie spécifique aux fléaux du travail : elle se traduit au milieu des années 1950 par une opposition farouche du patronat à toute réforme de la législation sur la silicose. Le cas belge, analysé par Eric Geerkens, est pour sa part tout aussi exemplaire. D'un commun accord, État et partenaires sociaux décident au milieu des années 1930 de faire reporter la charge de la silicose sur l'assurance invalidité : sous l'effet de ce compromis qui satisfait les forces en présence, la Belgique ne reconnaît pas la silicose pendant les trois décennies suivantes. Il faudra attendre 1963 pour qu'elle se mette au diapason international, sous la pression des immigrants italiens défavorisés par cet arrangement²⁸.

28. Il existe en effet un lien véritablement organique entre migrations et santé au travail. Pour une large part, le rôle des migrations de travail est de « permettre » l'exposition de travailleurs étrangers et souvent peu syndiqués aux postes les plus dangereux ; ce qui ne va pas sans exercer des effets en retour sur le reste de la main-d'œuvre, en minimisant globalement le coût et donc la qualité de la prévention. Voir P.-A. ROSENTAL, Jean-Claude DEVINCK, « Statistique et mort industrielle », art. cit. ; P.-A. ROSENTAL, « Avant l'amiante, la silicose : mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle », *Population et sociétés*, 437, septembre 2007 ; Anne-Sophie BRUNO, « Inaptitude et immigration en France au XX^e siècle », in Catherine OMNÈS, Anne-Sophie BRUNO (éd.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 125-145 ; Caroline DOUKI, David FELDMAN, P.-A. ROSENTAL, « La protection sociale des travailleurs migrants dans l'entre-deux-guerres : le rôle du ministère du Travail dans son environnement national et international (France, Italie, Royaume-Uni). Note de synthèse », *Revue française des affaires sociales*, 61/2, 2007, p. 167-171.

Contrairement à ce que laisse parfois entendre une partie de l'historiographie française, le caractère crucial de la nationalité en matière de risque professionnel n'a pas été négligé, pour peu que l'on se tourne vers la littérature étrangère. Cf. entre autres, pour le seul cas des pneumoconioses (que l'on pourrait étendre à bien d'autres), Alan DERICKSON, « Industrial refugees : the migration of silicotics from the mines of North America and South Africa in the early 20th Century », *Labor History*, 29-1, 1988, p. 66-89 ; Elaine N. KATZ, « The underground route to mining : Afrikaners and the Witwatersrand gold mining industry from 1902 to the 1907 miners' strike », *Journal of African History*, 36-3, 1995, p. 467-489 ; Randall M. PACKARD, « The invention of the "tropical worker" : medical research and the quest for Central African labor on the South African gold mines, 1903-1936 », *Journal of African History*, 34-2, 1993, p. 271-292 ; Sandro RINAURO, « La geografia italiana e l'emigrazione nel secondo dopoguerra. Rileggendo l'inchiesta di Ferdinando Milone tra i minatori italiani in Belgio, 1947-1948 », *Rivista geografica italiana*, 111-3, 2004, p. 495-523 ; Fabio CAPACCI, Francesco CARNEVALE, Noel GAZZANO, « The health of foreign workers in Italy », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 11, 2005, p. 64-69 ; ainsi que l'article d'Eric Geerkens dans le présent volume et les travaux de Gerald Markowitz et David Rosner sur les États-Unis.

Au-delà de ces deux cas circonstanciés s'observe un autre effet pervers de la séparation entre maladie professionnelle et maladie privée : tant au moment de la reconnaissance que de la réparation, les employeurs peuvent d'autant mieux contester une dichotomie médicalement poreuse que, partenaires majeurs des assurances sociales, ils peuvent les instrumentaliser pour indemniser les pathologies du travail. C'est ainsi un effet pervers tragique mais structurel de l'État-providence que de permettre, rapports de forces entre partenaires sociaux aidant, une moindre protection des risques au travail, ou plus exactement un transfert vers la solidarité nationale, d'une charge financière de compensation de dommages directement liés à l'organisation de la production et aux conditions de travail dans les entreprises.

Il est vrai que cette analyse repose sur la mise en série d'expériences nationales et chronologiques différentes, en généralisant à partir du cas «*exceptionnel normal*» de la silicose. L'historien oscille ici entre deux tentations : la recherche de contextualisation fine et singulière d'une part, l'aspiration à détecter des structures durables d'autre part. À la lecture du présent dossier, on sera étonné de constater le parallèle entre l'histoire de la reconnaissance de la silicose et les expériences d'historiens experts retracées par David Rosner et Gerald Markowitz : sans le savoir, les avocats défendant les entreprises américaines dans les procès pour réparation financière des maladies au travail parcourent aujourd'hui le même chemin argumentaire que les médecins appointés par les houillères il y a trois quarts de siècle, qui excellent dans l'art de relativiser les connaissances médicales. Cette boucle par laquelle le travail de l'historien devient progressivement partie intégrante voire structurante de son objet est exemplaire pour la réflexion historiographique. La figure improbable de l'historien venant trancher un conflit d'experts médicaux et judiciaires, en exhumant les causes reconnues à leur époque de maladies qui se sont déclenchées des décennies plus tôt, pour infléchir le cours de procès si importants financièrement que leur issue bouleverse les cours boursiers, objective pour ce qui nous concerne ici une conclusion majeure de ce numéro : à l'échelle non seulement française mais internationale, la notion de «*maladie professionnelle*», par sa construction médico-légale transnationale il y a un siècle, a jeté les bases de processus récurrents et qui se font écho d'un pays à l'autre. Il ne saurait y avoir, en la matière, d'histoire strictement nationale.

La santé au travail, et a fortiori le contexte et les enjeux plus larges auxquels elle est liée, ne sont certes pas réductibles aux maladies professionnelles. Mais celles-ci constituent le socle sur lequel s'est élaborée une protection légale face au risque professionnel, dont l'efficacité fait débat. L'histoire de la notion de maladie professionnelle convoque une chronologie longue, dont les fondements cognitifs remontent à l'époque moderne, et les bases institutionnelles et légales à la seconde moitié du XIX^e siècle : étudier les linéaments de la lutte contre les

pneumoconioses est une façon d'en mieux détailler les termes. À la manière d'une expérience de pensée, elle permet d'éprouver un paradoxe trop souvent négligé par les dispositifs et projets de réformes contemporains qui explorent sans le savoir des chemins et « solutions » maintes fois arpentés dans le passé. D'un côté, la notion de maladie professionnelle, entendue comme une pathologie indéniablement et spécifiquement contractée sur le lieu de travail, est analytiquement et épidémiologiquement indiscutable. De l'autre, son institution même la distingue des problèmes de santé générale et des maladies « privées », selon une démarcation qui, malgré la sensibilité croissante aux dangers sanitaires produits par l'homme, se réactualise et se rejoue en permanence. En traçant une hiérarchie entre les maladies du consommateur et les maladies du travailleur, en faisant des employeurs, dotés d'une impressionnante capacité à peser sur l'expertise, un acteur intéressé à l'euphémisation des risques, cette dichotomie va contre l'articulation entre santé au travail et santé publique, qu'avait prévue en France le législateur lors de la loi « fondatrice » de 1946. C'est dans ce paradoxe et cet entre-deux que doit se situer toute tentative d'améliorer la protection sanitaire au travail : l'histoire du moins, en en traçant les contours et en explorant la complexité, permet de comprendre pourquoi l'équation a été jusqu'ici difficile à résoudre.

Paul-André ROSENAL
*EHESS et Ined
 CRH-ESOPP
 54 boulevard Raspail
 75006 Paris
 rosenal@ehess.fr*

Résumé / Abstract

Paul-André ROSENAL

De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle »

Bien au-delà des mines, la silicose, pathologie du travail la plus mortelle du XX^e siècle et qui s'étend aujourd'hui avec l'industrialisation des pays en développement comme la Chine, illustre bien l'ensemble des problèmes posés par la catégorie médico-légale de « maladie professionnelle ». Pneumoconiose cousine des maladies de l'amiante, sa difficile reconnaissance est passée par une bataille d'enquêtes, dans l'entre-deux-guerres, entre experts hygiénistes du patronat et des syndicats ainsi que par une énorme pression transnationale (conventions internationales du BIT, rôle majeur de l'immigration). Avec la notion de seuil d'exposition, elle illustre l'acceptabilité plus grande des maladies du travail que de celles de la consommation, qui freina jadis la sensibilisation au risque de saturnisme ou de phosphorisme, et aujourd'hui au danger des cancers professionnels. Sa réparation financière, adaptée de celle des accidents du travail, est minimisée par les employeurs qui en imputent la responsabilité aux ouvriers (tuberculose, tabagisme) ou la charge à la Sécurité sociale. Ce combat, qui ne passe pas nécessairement par le terrain judiciaire, met à l'épreuve la capacité de l'État-providence à intégrer la santé au travail dans la santé publique. Elle pointe la difficile transmutation de la notion de maladie professionnelle depuis le développement combiné de la médecine du travail et des assurances sociales.

MOTS-CLÉS : silicose, mines, pneumoconioses, santé au travail, assurances sociales, XX^e siècle ■

Silicosis has been the most lethal industrial pathology in the XXth century, well beyond the mining sector. The industrialization of such developing countries as China makes it more topical than ever, and exemplifies the whole set of problems raised by the medico-legal notion of « occupational disease ». Silicosis belongs with asbestos to the category of pneumoconioses. Its legal recognition literally demanded a tough « battle of surveys » between unions' and employers' medical experts during the interwar period, as well as an enormous transnational pressure which relied on the role of ILO's international conventions and immigrant workers. The notion of threshold of exposure, which has been applied to silicosis, to asbestos and now to professional cancers, demonstrates how occupational diseases are more "acceptable" than consumers' diseases. Employers tend to limit the financial "compensation" of these occupational diseases by blaming private workers' behaviours (tuberculosis, smoking) or charging social insurances. This strategy, which is not necessarily mediated by the judicial courts, jeopardizes the insertion of health at work policies within the realm of public health.

KEYWORDS: silicosis, occupational disease, mines, pneumoconioses, asbestos, expertise, transnational, work accidents, public health, health at work, social insurances.