

Avant l'amiante, la silicose : mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle

Paul-Andre Rosental

► **To cite this version:**

Paul-Andre Rosental. Avant l'amiante, la silicose : mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle. Population et sociétés, INED, 2007, pp.1-4. hal-01021661

HAL Id: hal-01021661

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01021661>

Submitted on 9 Jul 2014

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.

POPULATION & SOCIÉTÉS

Avant l'amiante, la silicose.

Mourir de maladie professionnelle dans la France du xx^e siècle

*Paul-André Rosental**

Les maladies professionnelles tuent plus que les statistiques ne le laissent croire. En s'appuyant sur l'exemple de la silicose, Paul-André Rosental nous explique les multiples raisons de cette sous-estimation, qui vient au départ de la notion même de maladie professionnelle. Fruit de négociations entre employeurs et syndicats d'employés, et combinaison de critères médicaux et légaux, sa définition aboutit à la non reconnaissance de nombreux cas.

À première vue, les maladies professionnelles ne sont pas responsables que d'une fraction minime des décès survenant chaque année en France : 493 sur 528 000 en 2005, soit moins d'un millième [1]. Leur impact sur l'état de santé est plus visible : sur 41 347 nouveaux cas reconnus en 2005, un chiffre en constante augmentation, 21 507 ont entraîné une incapacité permanente. Néanmoins, il est officiellement admis que les statistiques relatives aux maladies professionnelles sont fortement sous-évaluées. Depuis un siècle, ce sous-enregistrement est au cœur des difficultés que rencontre la politique de santé au travail en France [2].

Une illustration saisissante en est offerte par la silicose. Cette affection pulmonaire incurable, liée à l'inhalation de poussières de silice, ne se limite pas aux mines. Elle sévit aussi dans les carrières, la fonderie, la verrerie, les fabriques de porcelaine, le bâtiment et les travaux publics [3]. Si son souvenir tend à s'effacer de la mémoire nationale, cette maladie professionnelle fut la plus mortelle du xx^e siècle en France. Des millions de travailleurs y sont toujours exposés dans les nouveaux pays industrialisés, selon l'Organisation mondiale du travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui font de son éradication une cause prioritaire. Dans les pays riches, la silicose demeure l'une des maladies

professionnelles les plus mortelles. Un redémarrage de l'exploitation minière sous l'effet du renchérissement des hydrocarbures provoquerait sa recrudescence.

L'histoire de la silicose constitue en outre le précédent de celle de l'amiante. D'un point de vue médico-légal, elle n'en est officiellement séparée que depuis 1950. C'est largement à propos de la silicose que s'est développée, dans la seconde moitié du xx^e siècle, la notion de « seuil d'exposition », niveau de tolérance supposé dans l'exposition à un produit nocif. Cette notion a été appliquée à l'amiante jusqu'à son interdiction en 1997 et est pour partie responsable du nombre de victimes que l'on est en droit de redouter (50 000 à 100 000 décès annoncés d'ici 2030 [4]). Les effets pervers de la notion de « seuil d'exposition » ressurgissent aujourd'hui, avec l'exposition de près de 2,4 millions de salariés à des substances cancérogènes, selon l'enquête Sumer 2003 (encadré 1) [5].

◆ La maladie professionnelle : une maladie négociée

La « maladie professionnelle » est une notion à la fois médicale et légale. Elle remonte à la loi de 1898 sur les accidents du travail, qui institue le principe juridique d'un compromis : tout salarié victime d'un accident sur son lieu de travail bénéficie d'une réparation forfaitaire qui dégage sa responsabilité aussi bien que celle

* École des Hautes Études en Sciences sociales et Institut national d'études démographiques.

de l'employeur. L'accident du travail devient ainsi un simple avatar de l'industrialisation. Cette formule est transposée en 1919 aux maladies professionnelles: on reconnaît désormais que certaines pathologies font partie des conditions de travail et, à ce titre, méritent «réparation».

Toute la question est de savoir quelle en est la liste. Comme l'écrit l'un des pionniers de la médecine du travail, la loi de 1919 supprime «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» [6], ce qui revient à dire que les maladies professionnelles sont des maladies négociées. Depuis les années 1920, leur définition fait l'objet d'une controverse permanente entre patronat et syndicats, que l'État et les médecins peinent à arbitrer. Les maladies inscrites au «tableau» ouvrent aux salariés le droit à une réparation forfaitaire. Depuis 1993, ils peuvent aussi se voir reconnaître des maladies non répertoriées, mais à condition de démontrer qu'elles sont liées à leur activité.

Les rapports officiels admettent que le système ainsi construit sous-évalue largement l'incidence des maladies professionnelles [7]. Le médecin du travail étant rétribué par l'employeur, les salariés hésitent à lui déclarer des affections qui, via la délivrance d'un certificat d'inaptitude, pourraient justifier leur licenciement [8]. Au versement d'une réparation financière jugée trop modeste, on peut préférer un arrangement direct: le salarié ne déclare pas sa maladie comme professionnelle, et elle est alors prise en charge au titre de la branche maladie de la Sécurité

sociale, épargnant à l'employeur de voir augmenter sa cotisation à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). En compensation, ce dernier accorde au salarié des avantages divers.

À la sous-déclaration s'ajoute la sous-reconnaissance, teintée d'arbitraire: elle varierait de un à douze selon les caisses régionales d'assurance maladie dans le cas du mésothéliome et des cancers de la plèvre, maladies liées à l'amiante (encadré 2) [9]. Presque 70% de l'ensemble des maladies professionnelles seraient ainsi «invisibles», avec des variations régionales allant du simple au double. La loi elle-même reconnaît ces dysfonctionnements. Depuis 1997 a été instauré le principe d'un reversement forfaitaire annuel de la branche AT/MP à la branche maladie, en compensation des dépenses que cette dernière est amenée à prendre en charge en lieu et place des employeurs.

◆ La silicose, miroir grossissant des problèmes de la santé au travail en France

La silicose offre une illustration extrême de ces problèmes. Comme l'amiante, et pour des raisons comparables, elle a fait l'objet d'une reconnaissance tardive (1945) et d'une réparation tronquée. À cause de la diversité des secteurs d'activité concernés et de la persistance de traditions médicales anciennes, on a tardé à voir en elle une maladie unique. Son étiologie est complexe. Même à secteur donné, les conditions d'exposition diffèrent: teneur en silice, taille et diamètre des particules, mélange avec d'autres poussières, degré d'humidité, température, aération. Le degré de risque dépend également de l'organisation du

Encadré 1

Les cancers professionnels*

Selon l'enquête Sumer 2003, 2 370 000 salariés sont exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes, dont 70% d'ouvriers et 20% de professions intermédiaires de l'industrie et de la santé.

La construction, la réparation automobile, la métallurgie, les services opérationnels et la santé, concentrent à eux seuls la moitié des salariés exposés. Les jeunes en apprentissage ou en contrats de formation sont les plus exposés (19%), contre 15% des intérimaires, 10% des salariés en CDD et 14% des salariés en CDI. Les hommes sont quatre fois plus exposés aux cancérigènes que les femmes, sans que cette différence se réduise à un effet de secteur d'emploi.

Tous les produits suivis dans l'enquête ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de définir un seuil d'exposition en dessous duquel le risque serait nul. Le décret du 1^{er} février 2001, relatif à la prévention des risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, impose aux entreprises une obligation de substitution lorsque celle-ci est techniquement possible. À défaut, elles doivent veiller à minimiser les expositions. En pratique, plus du quart de la population exposée à des produits cancérigènes l'est de façon importante, soit du fait d'un long temps d'exposition, soit du fait de l'insuffisance des protections collectives.

* Source: [5] (extraits).

Encadré 2

Les cancers liés à l'amiante*

Les pathologies malignes causées par une exposition à l'amiante, après un temps de latence qui dépasse en général vingt ans, sont essentiellement de deux types:

- le mésothéliome, tumeur maligne des surfaces mésothéliales touchant principalement la plèvre, moins souvent le péritoine et plus rarement le péricarde. La survenue de cette maladie, parfois qualifiée de «cancer de l'amiante», cette fibre étant le seul facteur de risque reconnu pour ce type de cancer, n'est pas indicative d'un seuil minimal d'exposition et son traitement médical a un impact limité sur l'espérance de vie des malades, en général de 12 à 18 mois. Selon les enquêtes, les cas de décès par mésothéliome pourraient se situer autour de 1 000 décès annuels d'ici les années 2030.
- les cancers broncho-pulmonaires: ils représentent la première cause de mortalité des sujets ayant été exposés à l'amiante. Aucune particularité clinique ou radiologique ne les distingue des cancers broncho-pulmonaires d'autres origines et leur développement est indépendant d'une fibrose pulmonaire. Il existe une relation dose/effet entre l'intensité de l'exposition à l'amiante et le risque de cancer bronchique, sans qu'il soit possible de proposer de valeur seuil. En l'état actuel des évaluations épidémiologiques, celles réalisées par l'INSERM et par l'InVS, on estime entre 1 800 et 4 000 le nombre annuel de nouveaux cas.

* Source: [4] (extraits).

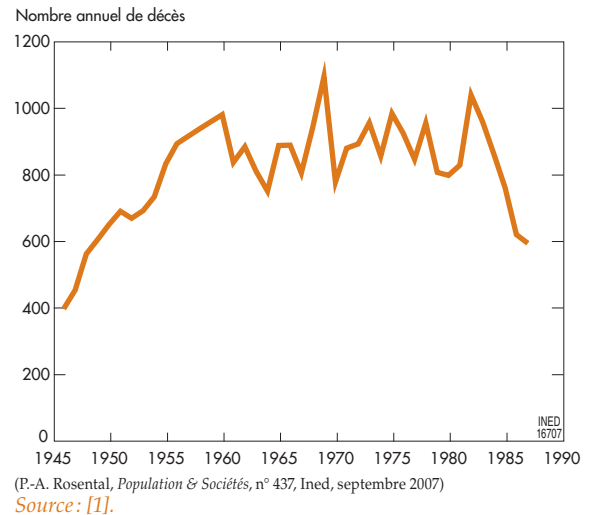


travail : intensité de l'effort et donc de l'inhalation de poussières, exposition plus ou moins continue, rythme de rotation de la main-d'œuvre – sans parler des modalités de la mécanisation ou des techniques de prévention (par ventilation ou humidification, par exemple).

Une deuxième source de difficultés est la complexité des manifestations de la maladie. Les premiers signes cliniques sont tardifs et ténus : lorsqu'ils surviennent, souvent après des années d'exposition, la maladie est déjà incurable. Or la radiographie pulmonaire, qui fut longtemps le meilleur outil de détection, ne se diffusa en France que dans les années 1950, à la fin de la grande époque charbonnière. En outre, la silicose se complique fréquemment d'autres pathologies pulmonaires. En France, les experts patronaux en ont longtemps tiré argument pour l'attribuer à une surinfection tuberculeuse, et dégager ainsi la responsabilité de l'entreprise.

Un troisième facteur défavorable est de nature économique. Faire indemniser la silicose par les houillères revient à renchérir le coût du charbon. Or celui-ci, jusqu'aux années 1960, est à la fois une matière première stratégique pour l'industrie et un poste sensible de

Figure - Nombre officiel de décès dus à la silicose dans les houillères de 1946 à 1987



dépense pour les ménages. Les lobbies miniers freinent la reconnaissance légale de la maladie jusqu'en 1945, quinze ans après d'autres grands pays industrialisés. Cette obstruction laisse des traces durables. Qu'un mineur soit officiellement considéré comme silicosé impose que la pathologie soit apparue après avoir occupé pendant au moins cinq ans un poste de travail donné dans un secteur industriel donné. Ces critères négociés – inédits pour une maladie professionnelle – permettent aux employeurs, pour limiter les coûts de réparation, de mettre en cause les données épidémiologiques, de formuler des contre-diagnostics, d'invoquer des maladies pulmonaires « privées », de minimiser le calcul des durées d'exposition, de reporter la charge de la preuve sur les salariés et de faire basculer l'indemnisation vers les systèmes sociaux d'assurance maladie. Mis ici en œuvre par des entreprises nationalisées depuis 1945, ces procédés n'ont rien perdu de leur actualité dans d'autres secteurs.

◆ L'organisation de l'opacité statistique

Quels sont les facteurs de sous-évaluation du nombre de décès dus à la silicose ? Pour la période 1946-1987, homogène d'un point de vue institutionnel, les rapports de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) permettent de dénombrer un total cumulé de 34 000 mineurs ou anciens mineurs décédés de la silicose (figure).

Mais ce n'est là qu'un plancher. Ces estimations reposent sur un fondement non pas médical mais médico-légal, lui-même réduit par les usages administratifs. Il n'existe aucun barème officiel du degré d'incapacité au travail des silicosés. D'examen annuel en examen annuel, les mineurs qui ont contracté la silicose doivent patienter pour la voir officiellement reconnue (1) puis atteindre un taux d'invalidité d'au moins 50 %, condition nécessaire en pratique pour que leur décès soit imputé à cette maladie.

(1) En pratique, les cinq années d'exposition au risque reconnues comme telles qui sont exigées supposent vingt ou trente ans de travail au fond [10].

La statistique des décès ne dénombre que les défunts dont les ayants droit ont réclamé et obtenu cette imputation, en vue d'obtenir une réversion de rente. Or, sans parler des mineurs sans héritiers, une partie des familles renoncent à cette démarche. La procédure est longue, deux ans selon la CANSSM, mais souvent davantage : en 1993 restaient en instance 190 dossiers soumis en 1990 et 188 en 1989, pour un total de 551 décès reconnus dans l'année. Beaucoup de familles refusent une autopsie tardive, réclamée souvent plus d'une année après le décès. La démarche est enfin très incertaine. De 30% dans les années 1950, le taux de refus d'imputation par le Comité d'avis sur rente progresse régulièrement pour atteindre les deux tiers en 1991. Plusieurs difficultés nuisent à l'établissement du lien entre la silicose et le décès par les ayants droit : la durée souvent longue entre l'exposition au risque et le décès, le cumul des affections et la diversité des complications possibles.

Selon les houillères, la non-recherche d'imputation concernerait 20% des victimes [11]. Le nombre de mineurs décédés de la silicose passerait ainsi de 34 000 à plus de 40 000 de 1946 à 1987. Mais outre les mineurs dont la silicose n'a pas été reconnue ou dont le taux d'invalidité était trop bas, cette estimation exclut tous ceux qui ont effectué une reconversion professionnelle vers d'autres secteurs d'activité, au fur et à mesure de la fermeture des puits.

Un autre facteur majeur de sous-estimation statistique est l'immigration. Malgré les accords bilatéraux, les Polonais revenus dans leur pays durant la crise des années 1930 ou après la Libération peinent à se faire reconnaître comme silicosés. Il en va de même des Marocains à compter des années 1960 : recrutés à l'heure de la fermeture progressive des puits, ils sont abonnés aux contrats de travail temporaires (généralement dix-huit mois), non renouvelés en cas de visite médicale « positive ». Difficile, dès lors, d'accumuler l'ancienneté nécessaire aux durées d'exposition légale. On ne saurait trop insister sur ce lien structurel entre immigration et santé au travail : partagé par de nombreux pays industrialisés, il consiste en France, depuis les années 1920, à affecter aux postes de travail dangereux une main-d'œuvre immigrée mal protégée et que les syndicats hésitent parfois à défendre. Cette surexposition de la main-d'œuvre étrangère au risque affecte la santé au travail dans son ensemble en évitant aux employeurs de s'engager plus avant dans la prévention. Contrats de travail précaires et émigrations de retour aidant, elle renforce également la sous-évaluation statistique de la silicose comme des autres maladies professionnelles.

Au total, le chiffre de 40 000 morts constitue une estimation basse, voire très basse, du nombre de victimes de la silicose dans les mines de 1946 à 1987. Entre la non-reconnaissance de la maladie, les décès imputés à d'autres causes, les mineurs partis pour d'autres secteurs et la surexposition aux risques, depuis les années 1920, de dizaines de milliers d'immigrés mal couverts, il sera sans doute impossible de prendre jamais la pleine mesure du désastre humain,

sanitaire et démographique qu'a représenté la silicose. C'est dans la plus grande discrétion que cette grande faucheuse, qui continue d'opérer de nos jours en France, aura tué dans des proportions sans doute comparables aux maladies de l'amiante.

RÉFÉRENCES

- [1] INRS – *Statistiques 2005 des maladies professionnelles*. Voir également Paul-André ROSENTAL et 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 », *Vingt-tième siècle*, 95, 3, 2007, p. 75-91
- [2] Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL - *La santé au travail (1880-2006)*, Paris, La Découverte, 2006
- [3] Pierre CATILINA et Marie-Claire ROURE-MARIOTTI - *Médecine et risque au travail : guide du médecin en milieu de travail*, Paris, Masson, 2003, p. 218-231
- [4] Gérard DÉRIOT et Jean-Pierre GODEFROY - *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir*, Rapport d'information au Sénat n° 37, 2005
- [5] Nicolas SANDRET et Nicole GUIGNON - « Sumer 2003 : les expositions aux produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques », Paris, INRS, *Documents pour le Médecin du Travail*, 104, 2005, p. 471-483
- [6] Henri DESOILLE - *La médecine du travail*, Paris, Puf, coll. Que sais-je ?, 3^e éd., 1979
- [7] Marc-Olivier DÉPLAUDE - « Les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 53, 5, 2003, p. 707-735
- [8] Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (eds) - *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004
- [9] Marcel GOLDBERG et al. - « Disparités régionales de reconnaissance du mésothéliome et des cancers de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 47, 1999, p. 421-431
- [10] Annie THÉBAUD-MONY, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La Documentation française, 1991, p. 260-261
- [11] *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, Charbonnages de France, Archives du centre historique minier de Lewarde, B7 384, p. 14

RÉSUMÉ

Les maladies professionnelles ne semblent responsables que d'une fraction minime des décès survenant chaque année en France : moins d'un millième. Mais il est admis que les statistiques sont fortement sous-évaluées dans ce domaine. La silicose, par exemple, maladie professionnelle la plus mortelle du xx^e siècle, aurait été responsable de 40 000 morts de 1946 à 1987. Mais le chiffre réel est probablement deux à trois fois plus élevé. La sous-estimation tient à plusieurs causes se combinant, notamment la non-reconnaissance de la maladie, les décès imputés à d'autres causes, le départ des mineurs pour d'autres secteurs et la non prise en compte de nombreux cas survenus chez les immigrés ayant travaillé dans les mines.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans le numéro de juillet-août 2007 de *Population & Sociétés* (n° 436, « Tous les pays du monde (2007) »). Dans le tableau « Europe méridionale », page 5, l'ensemble des données concernant la Serbie correspondent en fait à la Slovénie, et vice-versa. Veuillez nous en excuser.