

Statistique et mort industrielle

data, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you

provided by SPIRE - Sciences Po Institutio

de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours

Paul-André Rosental et Jean-Claude Devinck

Combien la silicose, cette « grande tueuse », a-t-elle fait de victimes parmi les travailleurs de la mine ? L'article qu'on va lire n'a pas pour seule fonction de répondre à pareille question, mais bien d'en faire un plein objet. Les statistiques ne sont jamais transparentes ; plus que simples reflets des institutions qui les produisent, elles en disent les stratégies plus ou moins subtiles et plus ou moins efficaces. Dans la fabrication du nombre de victimes de la silicose, parce que des indemnités et des carrières sont en jeu, s'entremêlent les manœuvres des employeurs et les pratiques des médecins, les tactiques des salariés. Hors de la pure déconstruction, les auteurs en établissent les liens, entre politiques globales et arrangements « de face à face ».

Il est d'usage, en démographie, d'objectiver l'effet d'une politique publique par ses évaluations quantitatives. Nous allons ici inverser le raisonnement et utiliser les séries statistiques dressées depuis la Libération pour identifier, en creux, le travail effectué par les houillères afin de dissimuler les dommages causés par la silicose et réduire les frais engendrés par sa réparation.

Travailler sur les motifs, les modalités et les effets de la fabrication de séries statistiques biaisées, sera l'occasion de mettre à l'épreuve le sens commun « postfoucauldien » du contrôle social par le chiffre, de l'encadrement de l'individu moderne par les institutions qui régulent et enserrrent son existence en visant à sa trans-

parence. Pour la santé au travail comme pour bien d'autres politiques publiques, ce qui est frappant est au contraire le hiatus entre l'importance sociale et institutionnelle du problème, et l'impossibilité de le mesurer, ne serait-ce que par des ordres de grandeur. Combien de salariés sont-ils morts de la silicose au 20^e siècle ? Malgré ses enjeux politiques (en particulier pour repenser aujourd'hui la question de l'amiante), et même en la réduisant au seul secteur des houillères, nous montrerons la difficulté, voire l'impossibilité, de répondre à cette question autrement que par des ordres de grandeur très sous-estimés. À l'opposé du célèbre « panoptisme » à la mode il y a une génération, nous montrerons qu'au cœur de la minimisation de la tragédie de la silicose reposent les stratégies d'opacité statistique mises en œuvre par les charbonnages.

Une maladie négociée

Bien qu'elle tende à s'estomper dans les mémoires, la silicose a constitué la grande maladie du travail dans la France du 20^e siècle, avec des répercussions sanitaires, toujours à l'œuvre aujourd'hui, au moins comparables à celles de l'amiante. L'histoire de ces deux affections est du reste étroitement liée ; par maints aspects, le traitement institutionnel de la silicose constitue la matrice de celui qui a été ensuite appliqué à l'asbestose. Ces deux pneumoconioses, médicalement mais aussi légalement voisines jusqu'à un décret du 31 août 1950, combinent

deux caractéristiques qui en font les deux grandes tueuses du travail à ce jour¹.

D'un point de vue « social », elles ont successivement représenté des enjeux considérables par la diversité des secteurs d'activité concernés², et donc par le nombre d'ouvriers exposés aux risques. Le cas du charbon, à la fois grande industrie de masse et secteur stratégique pour la consommation et l'activité économique, est de ce point de vue exemplaire : jusqu'aux années 1960, on peut dire que le coût de la silicose rejallit directement sur toute l'économie et la société françaises. D'un point de vue médical, la nosologie et l'étiologie complexes de ces deux pneumoconioses ont freiné les recherches et la convergence vers un consensus médical : délai de latence variable et pouvant atteindre des décennies ; incurabilité ; détection clinique et, pour les périodes plus anciennes, radiologique, difficile ; variabilité des conditions d'exposition, brouillant l'identification et la pondération des facteurs déclencheurs ; fréquence des co-affections, surinfections et complications, favorisant l'imputation du mal à d'autres causes³.

Tandis que le coût de la « réparation » de la silicose poussait les employeurs, notamment les houillères, à dégager leur responsabilité financière, la complexité de sa pathologie permettait aux experts patronaux d'en rejeter la cause sur d'autres affections. À la fin du 19^e siècle, le passage du modèle ramazzinien, qui segmente les

maladies par profession⁴, à l'universalisme du modèle microbien, provoque une « déprofessionnalisation » des pneumoconioses. La « phtisie des mineurs » devient pour un temps une complication de la tuberculose, une maladie des conditions de vie hors travail, du logement insalubre à l'alcoolisme⁵.

De durée variable d'un pays à l'autre selon les modes de dédommagement, cette approche a freiné la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle : acquise dans les années 1930 dans le monde anglo-saxon, elle tarde jusqu'en 1963 en Belgique. Les obstructions initiales ont laissé des traces durables. En France, l'ordonnance du 2 août 1945 reconnaissant la silicose, présentée comme une grande conquête ouvrière de la Libération, constitue en fait un compromis *a minima* négocié âprement sous Vichy⁶. En retrait par rapport à la loi de 1919 sur les maladies professionnelles, la reconnaissance de la silicose comme affection du travail est conditionnée à une durée d'exposition de cinq ans à un ensemble limitatif de tâches. En imposant aux mineurs l'obligation d'établir leurs états de service, elle les fait entrer dans la spirale sans fin de la charge de la preuve, des critères négociés avec les employeurs et des

(4) Cf. l'édition récente de Bernardino Ramazzini dirigée par Franco Carnevale et Maria Mendini, *Per una vita austera lunga sana proficua*, Reggello, Firenze Libri, 2005. En français, la dernière édition est parue sous le titre *Des maladies du travail*, Valergues, AleXitère, 1990.

(5) Cf. Gerald Markowitz et David Rosner, *Deadly Dust : Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth-Century America*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1991. Sur le vieux *topos* de l'explication des maladies professionnelles par l'environnement ou par les mœurs des ouvriers, voir Alain Cottureau, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, 20 (2), 1978, p. 192-225 ; Arlette Farge, « Les artisans malades de leur travail », *Annales ESC*, 32 (5), 1977, p. 993-1006.

(6) Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « Histoire d'une maladie professionnelle "exemplaire" : la silicose en France au XX^e siècle », programme « Santé et travail » (Mire-Drees), rapport final, 2007, chap. 1.

(1) Rappelons que ce n'est qu'en 1987 que le nombre d'asbestoses reconnues en maladies professionnelles dans le régime général de la Sécurité sociale dépasse celui des silicoses. Cf. C. Le Bacle, R. Bouchami et C. Gouffier, « Silicose : la situation en France dans les années 1990 », INRS, *Documents pour le médecin du travail*, 63 (3), 1995, p. 159-165.

(2) La silicose frappe notamment les travailleurs des fonderies, du BTP, du secteur des pierres et terres à feu, de la verrerie et de la chimie (*ibid.*).

(3) Pour une synthèse médicale récente, voir 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.

équivalences de durée d'exposition octroyées au rabais.

Ces mécanismes sont institutionnalisés au début des années 1950 par la création, dans le Nord, de commissions spéciales composées du médecin conseil de l'Union régionale des sociétés de secours minières (URSSM), du médecin-chef du service accident du travail/maladies professionnelles (AT/MP) des houillères du bassin Nord-Pas-de-Calais, et d'un professeur de la faculté de médecine de Lille. Ces « collèges de trois médecins » sont en droit d'attribuer une rente à toute victime de la silicose répondant aux conditions médicales mais pas aux conditions administratives, sous réserve qu'elle atteigne un certain taux d'incapacité permanente. Étendus au territoire national par un décret du 18 octobre 1952, les « collèges de trois médecins » placent les charbonnages en position de juge et partie du sort à donner aux demandes de reconnaissance de la silicose¹. Dans le Nord-Pas-de-Calais, ils jouent un rôle considérable dans le durcissement des critères d'attribution : le taux de refus global, qui n'était que de 12 % en 1949, passe à 25 % en 1951 et à 40 % en 1956. L'application du décret est, paradoxalement, si difficile dans la région qui en fut le berceau, du fait de l'engorgement des dossiers, que l'on y revient dès 1955 à des commissions réduites au médecin conseil régional de l'URSSM et au médecin AT/MP des houillères. Dénoncées comme illégales par le ministère du Travail, elles demeurent opérationnelles jusqu'en 1988².

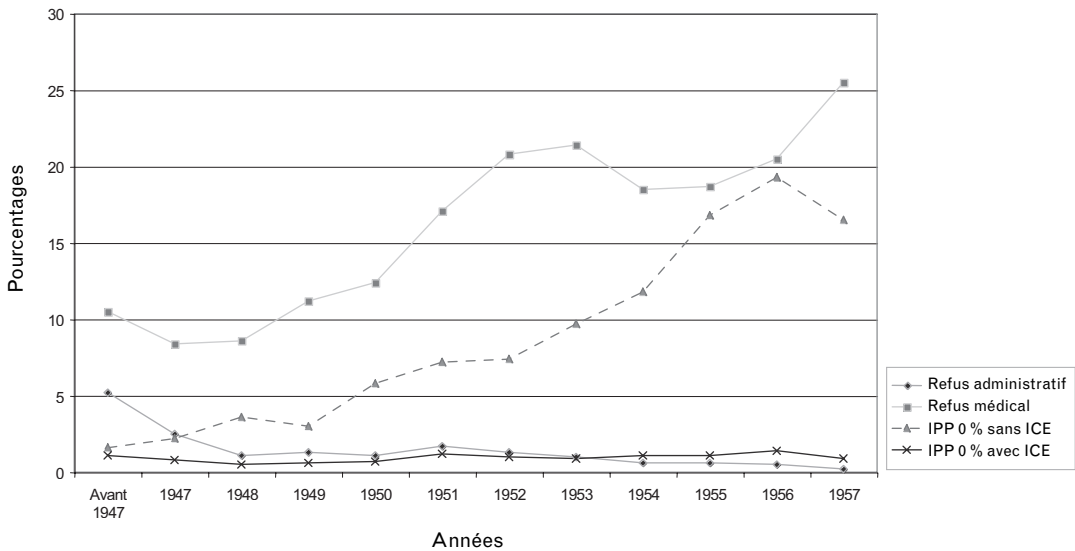
La reconnaissance conditionnelle de la silicose entraîne des réactions en chaîne à partir de problèmes inédits. Que faire des salariés malades, mais exclus du droit à réparation financière ? Comment prendre en charge les « manifestations aiguës temporaires » des mineurs silicosés qui, délai de latence aidant, ne manifestent pas de troubles chroniques ? Un décret du 17 novembre 1947 leur refuse l'indemnité journalière et le droit aux soins en cas d'arrêt de travail : en pratique, il transfère les coûts des compagnies minières, dont la grande majorité vient d'être nationalisée, vers les caisses d'assurances sociales.

Des nombreux échappatoires qu'offre aux employeurs la laborieuse reconnaissance de 1945, c'est le sous-enregistrement statistique que nous allons explorer dans cet article. Ce sera l'occasion de repenser une faiblesse décisive de la santé au travail en France depuis un siècle : la qualité exécrable du dénombrement des maladies professionnelles³. Nous nous focaliserons sur le secteur minier, qui concentre le plus grand nombre de victimes quantifiables. Depuis sa reconnaissance comme maladie professionnelle, la silicose a fait l'objet d'une construction et d'un encadrement institutionnels si complexes qu'on ne peut sérieusement l'approcher que secteur par secteur, au prix d'une contextualisation précise. Du renvoi sans droits des mineurs étrangers dans leur pays aux micro-interactions entre les mineurs et les médecins des houillères, c'est tout un ensemble

(1) ACHML B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose* du début de la réparation au 31 décembre 1958.

(2) Centre des archives contemporaines (CAC) 19920443, art. 46, note du directeur régional de la Sécurité sociale au ministre du Travail sur le fonctionnement des collèges de trois médecins dans la région du Nord et du Pas-de-Calais, 21 octobre 1955. De 1955 à 1960, 5 489 dossiers sur 6 332 sont traités par cette commission officieuse de deux médecins, alors que le décret du 17 octobre 1957 confie la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle, de ses aggravations et de son rôle dans l'imputabilité du décès, aux experts en pneumoconioses agréés par les houillères ou aux collèges de trois médecins.

(3) Précisons si besoin est qu'il ne s'agit pas d'un jugement de valeur rétrospectif mais de l'appréciation des contemporains eux-mêmes. Faute de données quantitatives jugées fiables, une partie de la législation depuis l'entre-deux-guerres s'est édifiée sur la base de statistiques étrangères. Aujourd'hui encore, les rapports officiels, qu'ils émanent de l'Inspection générale des affaires sociales, de la Cour des comptes, du Sénat, continuent à fustiger le sous-enregistrement massif des maladies professionnelles. Cf. Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *La Santé au travail (1880-2006)*, Paris, La Découverte, 2006 ; Marc-Olivier Déplaud, « Les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 53 (5), 2003, p. 707-735.



1. Issue des demandes de réparation de la silicose (1947-1958).

IPP : invalidité partielle permanente / ICE : indemnités de changement d'emploi

Source : Archives du centre historique minier de Lewarde, B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, tableau D1.

de processus sociaux qui biaisent les indicateurs objectivant – et dissimulant – les effets sanitaires et démographiques de la silicose : morbidité, incapacité, mortalité.

L'indemnisation comme instrument de gestion du personnel

Reconnaisances et refus

Du 4 février 1946, date d'application de l'ordonnance du 2 août 1945, au 31 décembre 1958, les mineurs déposent 78 775 demandes de réparation aux charbonnages, dont les trois quarts dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais. Leur flux annuel découpe clairement trois périodes : après un pic à 7 870 en 1946, lié à l'effet de « rattrapage » après la reconnaissance de la maladie¹, il se stabilise autour de 5 000 de 1947 à 1954, puis autour de 7 500 jusqu'en 1958. À cette

date, il concerne 5 % des effectifs employés au fond dans l'année.

Le document 1, qui mesure le sort donné à ces demandes, révèle le poids de l'organisation institutionnelle sur la pesée statistique de la silicose. Passée la période de régularisation des débuts, les temps sont d'abord « fastes » : la reconnaissance est le fait des URSSM, dont les conseils d'administration comptent deux tiers de représentants ouvriers, et dont le personnel est lié aux mineurs par une forte solidarité². Le faible taux de refus de 1948 (moins de 10 %) ne sera plus jamais retrouvé. Le déficit des caisses, la lutte contre l'absentéisme, les tensions politiques et syndicales liées à la guerre froide, amènent le 18 septembre 1948 le ministre de la

(2) Le 27 novembre 1946, un décret réorganise les quelque deux cents caisses de secours mutuels existantes dans les houillères sous forme d'une Sécurité sociale minière, qui entre officiellement en fonction au 1^{er} janvier 1948. Ses caisses locales et régionales, gérées paritairemment avec une domination ouvrière, embauchent massivement parmi les salariés des houillères, et accordent aux personnes nouvelles un statut calqué sur celui des mineurs.

(1) Mais le pic inclut aussi la réparation de la silicose en Lorraine, sous certaines conditions, dès 1941, au titre de la législation allemande.

Pourcentage de reconnaissances blanches	Faible (< 15 %)	Moyen (de 15 à 25 %)	Élevé (+ de 25 %)
Faible (< 5 %)	Dauphiné	Lorraine, Blanzys, Aquitaine	Provence, Auvergne
Fort (>= 5%)	Nord-Pas-de-Calais	Loire	Cévennes

2. Issue des demandes de reconnaissance de la silicose selon les bassins (1947-1958)

Refus médical

Source : Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau A.

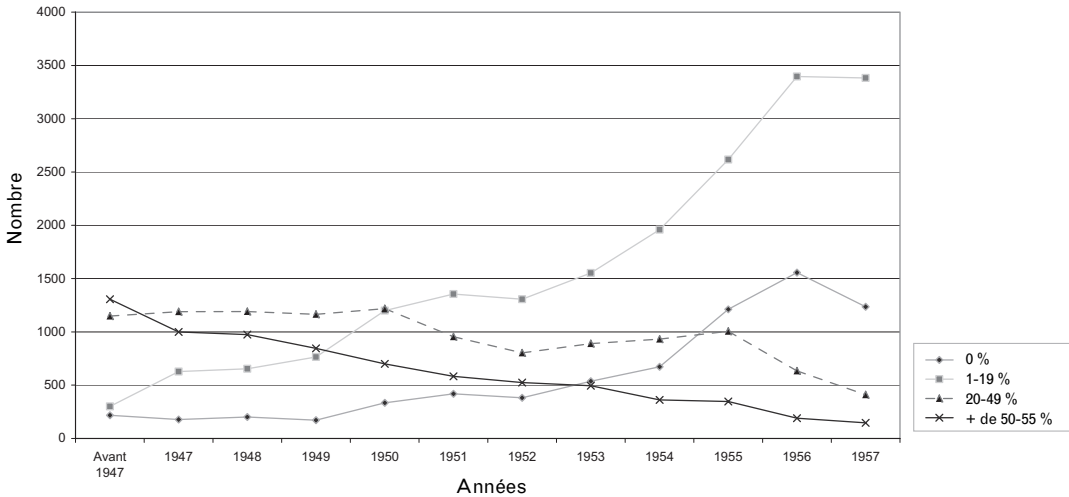
Production industrielle à basculer sur les houillères le contrôle en matière d'incapacité temporaire, afin de contourner la connivence entre mineurs et médecins des sociétés de secours. Indicateur de l'enjeu, la promulgation des « décrets Lacoste » contribue, dans un contexte tendu, au déclenchement des violentes grèves d'octobre 1948. De vocation provisoire, la couverture du risque AT/MP par les houillères nationalisées va durer jusqu'au décret du 27 mars 1987, qui la restitue à la Sécurité sociale minière. Le graphique objective les effets immédiats de ce transfert. Si les refus administratifs, qui découlaient de la mise en œuvre de l'ordonnance, diminuent, les refus médicaux entament dès 1949 une croissance presque ininterrompue (14 % des demandes environ en 1950, plus d'un quart en 1957). À l'issue de cette évolution, près de 13 % des salariés employés au fond en 1958 sont des silicosés reconnus¹.

Cette progression est moins liée à l'évolution épidémiologique qu'aux instructions données aux médecins dépendant des houillères. En effet, l'évolution des refus médicaux est étroitement liée au développement de ce que nous appellerons les « reconnaissances blanches » : taux d'invalidité partielle permanente (IPP) nul, sans versement d'indemnités de changement d'em-

ploi (ICE). Nous reviendrons sur cette catégorie, singulière, de silicosés médicalement et administrativement reconnus, mais privés de tout dédommagement... Les charbonnages utilisent bientôt ces deux leviers de manière complémentaire : aux phases d'accélération des refus médicaux (1950-1952, 1956-1957) correspondent un ralentissement voire un déclin des « reconnaissances blanches », et vice versa. Il s'agit, en clair, de deux choix de gestion : soit nier le plus possible la silicose, soit la reconnaître sans implication financière. La diversité régionale, elle aussi, révèle l'existence de « régimes d'indemnisation » différents selon les bassins. Sur l'ensemble de la période, le refus médical varie presque de un à quatre (de 12,7 % dans le Nord-Pas-de-Calais à plus de 44 % dans les Cévennes) ; le taux de reconnaissances blanches de un à trente-cinq (de 0,3 % dans le Dauphiné à 10,5 % dans le Nord-Pas-de-Calais) (document 2).

Si cette variation régionale est également imputable à des différences d'environnement géologique et de conditions de travail, il est difficile d'expliquer les discontinuités temporelles autrement que par des consignes de la direction des houillères. Ainsi le bassin du Nord-Pas-de-Calais, dont on a vu la prédominance statistique dans les effectifs employés, voit-il brutalement les décisions d'octroi de rentes passer de moins de 40 % en 1954 et 1955, à deux tiers environ à partir de 1956.

(1) Archives du centre historique minier de Lewarde (ACHML) B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, tab. G1.



3. Nature des rentes accordées 1947-1957.

Source : *Réparation de la silicose*, Service de la sécurité sociale et de l'action sociale.

Taux d'invalidité

La politique des houillères s'observe également dans la ventilation des taux d'invalidité partielle permanente accordés. Plus on avance dans le temps, plus les silicoses sont reconnues *a minima* : à la nette augmentation des faibles taux d'IPP (entre 0 % et 19 %) correspond l'effondrement des taux intermédiaires (20 à 49 %) et l'érosion continue des taux supérieurs à 50 %. Les houillères mettent progressivement en œuvre un régime extensif, reconnaissant toujours plus largement des silicoses censées être peu invalidantes, mais resserrant l'accès aux taux d'IPP approchant ou dépassant le taux d'invalidité générale (65 %). À l'extrême, les rentes versées aux mineurs pour un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % chutent de 8 % en 1948 à 1 % en 1957.

Cette évolution ne saurait se réduire à une amélioration sanitaire : en raison de la nosologie complexe de la silicose comme des imprécisions de la législation, aucun barème officiel ne fixe avec certitude le degré d'incapacité au travail. L'indemnisation étant proportionnelle au

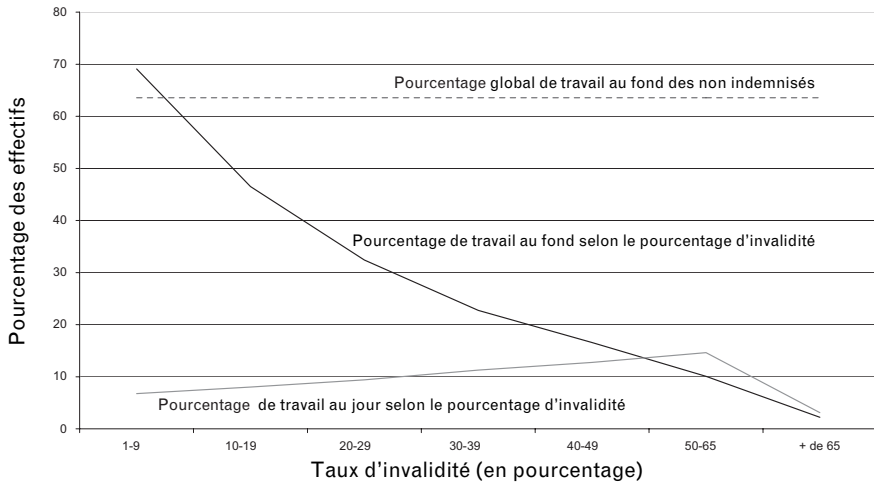
taux d'IPP¹, il est plus réaliste d'y voir, au moins en partie, une logique comptable de réduction des coûts de réparation de la silicose, *via* des consignes d'économies données aux médecins des houillères² (document 3).

De fait, à une époque où les comptes deviennent déficitaires, la charge de la silicose ne cesse d'augmenter dans des proportions qui inquiètent les Charbonnages de France³. En francs

(1) « Le principal souci [des médecins du travail] est de détecter les silicosés – voire de minimiser le degré de silicose afin que l'indemnité du mineur soit moins forte. » (Emerich Bogнар, « Condition des mineurs », *Esprit*, avril 1954, p. 606-623, p. 606). Pour un ordre de grandeur, 5 % d'IPP donnent droit en 1975 à une rente de 500 F par an, soit 300 € d'aujourd'hui.

(2) Leurs médecins-chefs se voient ainsi rappeler explicitement qu'une « seule rente de 100 % représente pour [elles] un montant supplémentaire de cotisations annuelles de l'ordre de 70 000 francs et ce pendant trois ans ». (ACHML, B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose 1952-1970*, service de la Sécurité sociale et de l'action sociale des houillères du Nord et du Pas-de-Calais)

(3) Début 1946, ceux-ci estiment que « si les médecins experts doivent, et c'est leur devoir essentiel, protéger la santé des travailleurs et leur offrir la juste réparation du dommage subi, ils ne peuvent ignorer les conséquences de leurs décisions sur la production » (ACHML 32 W 61, *Analyse critique de l'ordonnance du 2 août 1945*). Sur l'évolution globale de la ren-



4. Taux de travail au fond selon le taux d'incapacité liée à la silicose.

constants, les montants annuels des rentes et des pensions des survivants, qui atteignent 1,33 million de francs au 31 décembre 1953, font plus que tripler en cinq ans. En 1958, cette charge représente 5,9 % des salaires soumis à retenue contre 3,5 % trois ans plus tôt, et absorbe à elle seule plus du tiers des dépenses d'indemnisation des AT/MP¹.

Mais au-delà de cette politique de réduction des coûts, la stratégie d'octroi des rentes représentée, pour les houillères, un véritable instrument de gestion de la main-d'œuvre, dont on a toutes les raisons de penser qu'il a bientôt été intégré par les mineurs eux-mêmes dans la conduite de leur carrière. Il faut, pour le comprendre, mettre en avant la distinction, au sein des salariés des houillères, entre ceux qui travaillent « au fond » et ceux qui travaillent « au jour ».

Silicose et gestion des carrières

Être reconnu comme silicosé ne suffit pas à être exempté des travaux dans les mines, les houillères étant parvenues à faire repousser, en 1950, un projet de loi qui allait dans ce sens. À la fin 1958, sur 23 000 salariés des Charbonnages de France médicalement reconnus comme silicosés, près de 20 000 sont employés au fond. Dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais, plus de 21 % des effectifs du fond ont des taux d'IPP reconnus ; une centaine de mineurs ont même un taux supérieur à 65 %, seuil de l'invalidité générale. Il est vrai que le calcul administratif de la durée d'exposition n'est pas fondé sur le nombre d'années effectivement passées au fond, mais sur une pondération officielle de la dangerosité supposée des différentes tâches, qu'aucune enquête indépendante ne vient évaluer² : un an de travail au rocher vaut deux

tabilité des houillères, cf. le président-directeur général d'alors, Philippe de Ladoucette, « Charbonnages de France et la société française », *Annales des Mines*, 70 (2), mai 2004, p. 7-17.

(1) Soit 5,978 millions de francs en 1958 pour 17,43 millions de francs de charge totale d'incapacité permanente et d'incapacité temporaire.

(2) Ces équivalences sont formalisées par le décret du 17 octobre 1957. L'enquête dirigée par Annie Thébaud-Mony donne une idée de ses conséquences à la fin des années 1980. Deux seulement des dossiers auxquels elle a eu accès mentionnent l'ancienneté au fond. Pour le premier, 29 ans de mine valent 7 ans, 3 mois et 5 jours d'exposition ; pour le second, 38 ans au fond se voient attribuer 8 ans et 21 jours d'exposition.

ans de travaux de coupage des épontes ou de creusement des voies, et trois ans au charbon¹. Il faudra attendre le décret du 4 mai 1988, période de fermeture des houillères du Nord-Pas-de-Calais, pour considérer l'ensemble des travaux du fond comme également susceptibles de provoquer la silicose...

Appréhender les liens entre invalidité et emploi au fond impose de confronter le sort des salariés indemnisés et celui des salariés non indemnisés, y compris ceux dont le taux d'IPP est nul². Près des deux tiers des non-indemnisés travaillent au fond. Par comparaison, c'est seulement au-delà de 20 % environ de taux d'IPP que les salariés silicosés bénéficient du « traitement de faveur » qui consiste à les faire remonter. Certes, la mise en rapport de ces deux chiffres ne tient pas compte des structures d'âge respectives de ces deux populations : elle fournit un ordre de grandeur grossier plutôt qu'une relation rigoureuse et empêche de fixer avec certitude le seuil au-delà duquel, à un âge donné, l'invalidité devient un critère de sortie de la mine (document 4).

Néanmoins, l'enjeu des taux d'invalidité élevés dépasse la seule indemnisation. Pour les houillères, ils accentuent les problèmes structurels de recrutement pour les travaux au fond. Pour les mineurs, ils offrent une chance de

remonter au jour en accélérant, selon un rythme qu'il nous est impossible d'établir, les effets protecteurs de l'ancienneté. Comment, dès lors, concilier ces deux points de vue ? Comment comprendre que les mineurs et leurs syndicats, plutôt que de se rebeller contre l'affaissement des taux d'IPP reconnus dans les années 1950, les aient entérinés avec une passivité dénoncée parfois vivement par les observateurs³ ?

Annie Thébaud-Mony, dans l'étude pionnière qu'elle a dirigée il y a quinze ans, attribue cette attitude à la dépendance des mineurs envers le système médical des houillères, responsable « à travers les médecins traitants, les médecins du travail et le service AT/MP, de la gestion de leur santé [...]. Les mineurs sont dans une logique d'assistés, qu'ils ne remettent en question qu'en cas d'aggravation de leur état, lorsque, perdant confiance dans les médecins traitants de la Sécurité sociale minière, ils font appel à des médecins privés. Mais ils pensent qu'alors l'expert ne les reconnaîtra pas atteints de pneumoconioses⁴ ». Il est certes intéressant d'envisager la faible mobilisation revendicative face à la silicose comme l'effet pervers d'un système sanitaire intégré, voire d'un régime plus englobant encore⁵. Mais il convient, comme toujours en sciences sociales, de manier avec prudence l'argument de l'inaction et de l'irrationalité des principaux acteurs concernés⁶. Des considérations plus immédiatement matérielles peuvent avoir contribué à cette relative passivité, les mineurs renâclant devant des procédures longues et coûteuses, imposant des

(Annie Thébaud-Mony, *La Reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La Documentation française, 1991, p. 260-261)

(1) Médecin-conseil de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CAN), le Dr Even dénonce ces équivalences (Dr Even, « Pneumoconioses (réserves) », *Revue française des maladies respiratoires*, 3 (3), 1975, p. 284). Selon lui par exemple, la prévention est plus difficile pour les travaux au charbon qu'au rocher.

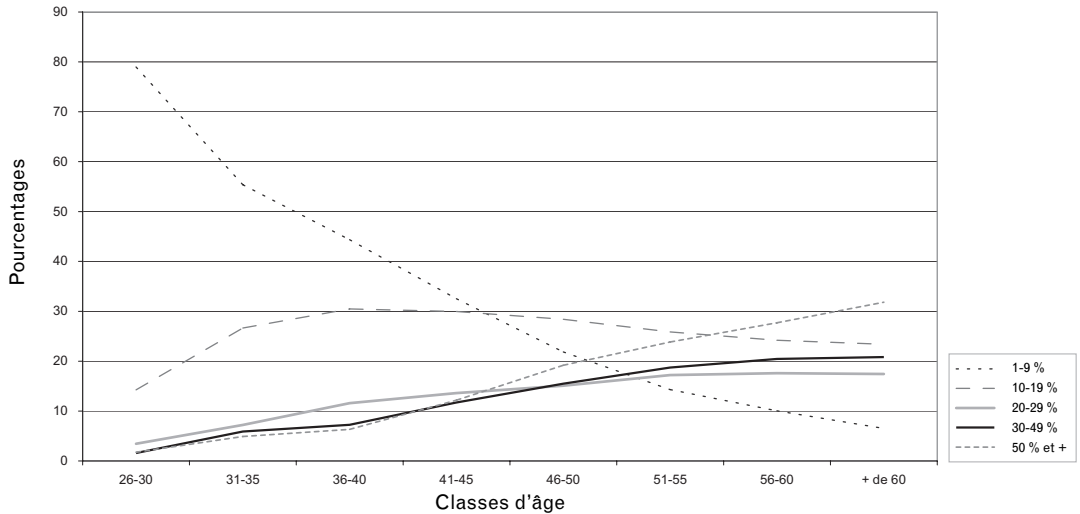
(2) Les pourcentages d'activité, au fond ou au jour, des salariés silicosés, sont déduits des statistiques des Charbonnages, en tentant d'en rapporter les effectifs à la population silicosée totale – y compris celle qui est en incapacité de travailler, d'où des pourcentages totaux toujours inférieurs à 100 %. Une limite de ces estimations est l'absence de structure d'âge dans les données disponibles : dans quelle mesure le déclin du travail au fond avec l'augmentation de l'invalidité est-il en fait lié à l'évolution de l'ancienneté ?

(3) Dr Even, *op. cit.*, p. 284.

(4) Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 266.

(5) Olivier Schwartz formule l'hypothèse d'une déresponsabilisation des mineurs par un régime de prestations gratuites généralisées. (Olivier Schwartz, *Le Monde privé des ouvriers*, Paris, PUF, 1^{re} éd. 1990, 2002, p. 120 sq.)

(6) Pour en revenir au toujours actuel Edward P. Thompson, « The Moral Economy of the English Crowd in the XVIIIth Century », *Past and Present*, 50, 1971, p. 76-136.



5. Taux d'invalidité liée à la silicose selon l'âge.

visites et contre-visites médicales, et le cas échéant des recours judiciaires.

Mais il est vrai que cette explication ne rend pas compte du relatif silence des syndicats. Elle se double du constat, statistiquement avéré, du déni d'une maladie qui, mal connue encore à la Libération, a acquis en une décennie le statut de fléau¹. L'angoisse que représente la reconnaissance d'un mal incurable, la perspective de la souffrance et de la mort dans un délai qui peut-être rapide ou au contraire obscurcir l'horizon de vie durant de longues années, la forme de honte sociale que certains peuvent redouter, amènent un nombre considérable de mineurs à refuser les visites médicales. 15 % du personnel des houillères du bassin Nord-Pas-de-Calais se soustraient à la première campagne de dépistage de la maladie à grande échelle, au début 1955. Ce pourcentage atteint 18 %, voire 22 % ou plus dans des bassins comme Douai et Valenciennes, lors de la vague suivante, entre

septembre 1955 et juin 1956 : plus du tiers des cent mille agents contrôlés présentent à cette date une image radiographique anormale. À la crainte de se savoir silicosé s'ajoute, de l'avis des médecins-chefs eux-mêmes, l'élément de démoralisation supplémentaire que constitue la non-communication des résultats du dépistage².

Mais au-delà, une autre explication du « fatalisme » des mineurs renvoie à des considérations de « carrière ». Faute de mieux, une fois reconnu comme silicosé, c'est-à-dire porteur d'une maladie incurable mais au rythme d'évolution et aux effets plus ou moins imprévisibles, il n'est pas inconcevable de chercher à progresser dans un système d'indemnisation qui, certes, se fige durant la décennie, mais qui laisse entrevoir, au-delà d'un certain seuil, une forte probabilité de sortie de la mine et le versement d'une rente aux ayants droit en cas de décès. Autrement dit, le statut de silicosé est intégré par les mineurs comme une espèce d'inten-

(1) Cf. Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 261 (témoignage de M. Pierre).

(2) ACHML, B7 384, procès-verbaux des médecins-chefs, 1951-1956.

sification des « avantages » liés à l'ancienneté, dans une « stratégie » de désespoir ou d'impuissance face à des possibilités trop restreintes d'évolution au sein ou en dehors des houillères (document 5).

C'est ce mécanisme qui a rendu possible l'articulation entre les perspectives *a priori* contradictoires des salariés et des charbonnages. Ces derniers, tout en réduisant les indemnités et en en révisant le rythme de progression, ont encouragé un système de microtransactions, sous forme de renégociations annuelles des taux d'invalidité entre les mineurs et les médecins des houillères. Ces expressions (« transaction », « négociation ») doivent être entendues *a minima*, en termes ethnométhodologiques : elles traduisent simplement le fait que, face à un refus de reconnaissance en silicose, l'attitude adoptée par les mineurs consiste à réitérer la demande au bout d'un délai minimal d'un an, jusqu'à obtenir satisfaction¹. Cette démarche en face à face constitue, sous son acception la plus réduite, une forme de pression à laquelle la direction médicale des houillères peut réagir à son rythme. On retrouve ainsi, jusqu'aux années 1980 et en plein cœur d'une entreprise nationalisée, la dynamique entre requête déférente et réponse discrétionnaire, qui correspond à la définition la plus classique du paternalisme.

Le système de reconnaissance et d'indemnisation des houillères est fondé sur une relation opaque et verticale : les mineurs, comme les médecins auxquels ils font face (médecin du travail, médecin traitant, expert agréé en pneumoconioses), sont inscrits dans une chaîne admi-

nistrative et financière dont ils sont les maillons subalternes. La rationalité des mineurs et de leurs médecins repose d'abord sur l'acceptation tacite de ce système et de son absolu manque de transparence. En pratique, le rôle des médecins est d'anticiper, eu égard aux critères officiels et inexprimés du moment, quels dossiers ont une chance d'être reconnus ou augmentés en IPP par les services médicaux des houillères², tout en faisant comprendre aux mineurs qu'une contestation menacerait la reconnaissance de leur silicose, la réévaluation de leur taux d'invalidité et le versement d'une rente à leurs ayants droit.

C'est dans ce mécanisme tacite que l'énigmatique catégorie d'invalidité à 0 % sans versement d'indemnités puise sa pertinence. À défaut de traduction financière, elle signe l'inscription des mineurs dans un « statut ». Elle laisse miroiter une « progression dans l'invalidité » qui viendra démultiplier les avantages de revenu et d'emploi liés à l'ancienneté. Cette logique fonde une seconde « étrangeté » du régime d'indemnisation, à savoir la détermination d'un taux d'invalidité « destiné à s'élever au fil des années à 2, 3, 4 % », degré de précision invraisemblable sur le plan médical³.

D'une problématique, binaire, de reconnaissance de la silicose, qui était censée prévaloir à la Libération, on passe donc, durant la période de la Quatrième République, à une vision continuiste : la réparation de la silicose s'étale sur l'ensemble du parcours d'activité, par une construction sociale de la patience des mineurs. Objectivant ce glissement, le coût de réévaluation des rentes, inférieur au début des

(1) En 1990 encore, Annie Thébaud-Mony note que cette dynamique vient « se substituer au processus de contestation prévu par la législation » (Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 266). D'une manière générale nous montrerons comment nos observations, fondées sur une perspective statistique et inscrites dans le long terme, s'articulent avec les conclusions des entretiens menés par Annie-Thébaud Mony et son équipe à la fin des années 1980.

(2) Comme l'observe Annie Thébaud-Mony, les médecins font preuve d'« autocensure [...] par rapport aux normes de jugement des experts » et « mettent en garde les mineurs d'utiliser les voies de recours, car ils courent alors le risque d'être soumis à une juridiction plus sévère et d'être classés comme "râleurs" par les services médicaux des houillères » (*ibid.*, p. 266-267).

(3) Selon les remarques ironiques du Dr Even, *op. cit.*, p. 284.

années 1950 à celui des ouvertures, lui est près de trois fois supérieur en 1958¹.

Une maladie professionnelle sans salariés ?

Outre leurs avantages financiers immédiats, l'appel implicite à la patience des mineurs et la création de véritables trajectoires administratives de silicosés permettent à la direction des houillères de gagner du temps². Avec l'exploitation des mines déclinent en effet les effectifs sur toute la durée de la Quatrième République (230 000 employés des houillères en 1958, contre 330 000, dont deux tiers au fond, huit ans plus tôt). Aux inquiétudes face à cette réduction progressive de l'activité succède l'anticipation de la fermeture des mines, comme l'illustre le plan Jeanneney au début des années 1960.

Il en découle une reconnaissance et une réparation beaucoup plus restrictives de la silicose. À partir de 1963, le nombre de rentes éteintes (par décès) excède celui des rentes créées, qui a diminué de moitié en quelques années. Après une forte diminution en valeur absolue (3 458 rentes nouvelles en 1960, 1 965 dix ans plus tard), les taux d'acceptation des dossiers de demande de reconnaissance de silicose fluctuent annuellement de 30 à 42 % dans les années 1970, contre 60 % à la fin de la Quatrième République. L'époque marque aussi le rétrécissement de l'éventail des taux d'invalidité reconnus. En 1965, sur 256 rentes accordées par les houillères du Nord-Pas-de-Calais, 77 % le sont à un taux compris entre 1 et 9 %,

et 17 % entre 10 et 19 %³. Vingt ans plus tard, il n'y a plus d'IPP à 0 %, et les IPP supérieures à 20 % ne représentent plus que 4 % du total des « premiers règlements ».

Quoique indéniables, les progrès réalisés dans la prévention et les soins ne suffisent pas à rendre compte de ces transformations⁴. Malgré la diminution de l'incidence (proportion de nouveaux cas reconnus dans l'année)⁵, le taux de prévalence par cohorte demeure élevé : la silicose frappe 20 % des mineurs employés au fond depuis trente ans selon les estimations des houillères⁶. Surtout, les variations brutales de certaines séries statistiques confirment l'importance des choix de gestion dans la reconnaissance de la maladie. Ainsi, la prévalence au fond diminue presque de moitié en deux ans, de 9 % en 1980 à 4,7 % en 1982⁷ : l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981 a conduit à une politique de remontée des pneumoconiotiques à la surface. Sur un horizon de comparaison plus long, le

(3) URSSM du Nord, *Répartition des rentes des silicotiques attribuées en premier règlement définitif durant l'exercice 1965 selon le taux d'incapacité et l'âge*.

(4) Le médecin-chef des houillères ne manque pas de souligner que le vieillissement des populations silicosées (actifs et surtout inactifs), consécutif à l'arrêt des embauches, aurait dû au contraire détériorer la situation. (Claude Amoudru, « Les pneumoconioses du houilleur dans les mines de charbon françaises. Rappel épidémiologique », *Lille médical*, 17, 1972, p. 1082-1090)

(5) Après avoir oscillé entre 1 et 2 % des effectifs de 1964 à 1976, l'incidence chute à 0,5 % en 1980 et à 0,4 % en 1985. Là encore, cette amélioration, qui provient pour l'essentiel du bassin du Nord-Pas-de-Calais, ne se réduit pas à des effets de structure. (*Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Charbonnages de France, Direction des services sociaux, service du médecin-chef, rapports annuels)

(6) Claude Amoudru, *op. cit.*, p. 19 ; Annie Thébaud-Mony propose des chiffres très supérieurs : 52 % de prévalence pour trente ans d'ancienneté et plus dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais. Les charges financières d'une activité en cours de ralen-tissement, l'appel à une main-d'œuvre étrangère employée sur contrats temporaires et à qui l'on réserve les travaux les plus dangereux, ont freiné l'effort de prévention. Dans les années 1980, les valeurs limites sont largement dépassées au fond (Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 255).

(7) *Statistiques 1982 de la prévention médicale de la silicose*, Charbonnages de France, Direction des services sociaux, service du médecin-chef.

(1) Les montants respectifs des ouvertures et des réévaluations nettes passent en francs courants de 168 512 000 F et 121 445 000 F en 1954 ; à 275 539 000 F et 717 767 000 F quatre ans plus tard. (ACHML B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, tab. E2).

(2) Sur cette idée de « carrières de papier », voir Alexis Spire, *Étrangers à la carte : l'administration de l'immigration en France (1945-1975)*, Paris, Grasset, 2005, notamment p. 299 sq.

faible taux de reconnaissance à compter des années 1960 marque un durcissement délibéré de la politique d'octroi de rentes.

Dans les années 1950, l'essentiel, on l'a vu, était de garder la main-d'œuvre au fond en inscrivant les mineurs dans une logique de renégociation annuelle des taux d'IPP. À partir des années 1960, le ralentissement de l'activité des bassins et l'appel à une main-d'œuvre immigrante temporaire assouplissent les besoins de fixer au fond les mineurs. Surtout, on passe de la gestion économique d'une main-d'œuvre active, à une gestion sociale d'anciens mineurs devenus dépendants des assurances et prestations collectives. Avec la réduction progressive des effectifs et les progrès dans la lutte contre la mortalité, la grande transformation de la période est la détérioration astronomique du taux de charge entre personnel actif dans les houillères d'une part, personnel retraité ou invalide d'autre part : pour 100 affiliés actifs au régime de la Sécurité sociale minière, on compte 60 bénéficiaires de prestations sociales en 1950, 100 en 1958, 200 en 1969, 500 en 1983, 1 000 en 1991¹.

S'y ajoutent un retrait de plus en plus précoce de l'activité avec le développement des retraites anticipées avant 50 ans dans les années 1970 et une politique de quasi-remontée systématique de la mine dès que l'invalidité dépasse 30 %, au moins dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais². L'amélioration de la prévention, avec surtout un tournant dans les années 1950, allonge le délai séparant la détection de la silicose de l'apparition des troubles les plus graves : on est désormais plus proche de trente ans que

de vingt³. Une amélioration tout aussi nette s'observe dans les complications de la silicose, notamment la redoutable « silico-tuberculose » qui, au milieu des années 1950, tuait un tiers des malades en trois ans⁴. Comme l'écrit un rapport officiel du service médical des houillères, les problèmes de prévention tendent à ressembler, « quant aux objectifs et modèles, [...] à ceux en usage chez les nucléaristes, dont le but n'est pas l'absence d'effet cancérigène pendant la seule vie active, mais la prévention des effets cancérigènes tout au long de la vie⁵ ». C'est du reste l'occasion, pour les médecins des houillères, de réclamer un octroi plus serré des taux d'IPP⁶.

Dans le même temps, la « trajectoire » de silicosé employé au fond raccourcit : l'écart entre la détection et la sortie du poste de travail dangereux se compte en années et non plus en décennies. À l'appel tacite à la patience des mineurs, que symbolisaient les taux d'IPP nuls dans les années 1950, succède un nouvel équilibre : une reconnaissance plus difficile, mais une sortie plus rapide de l'emploi pénible voire de l'acti-

(3) Outre les techniques d'humidification, la prévention du risque de silicose passe par toutes les mesures susceptibles de contrôler et diminuer les effets de l'empoussiérage : ventilation, aspiration à la source, produits de substitution, équipement de protection individuelle, etc. (C. Le Bacle *et al.*, *op. cit.*, p. 160). Elle se double d'une action sanitaire (dépistages systématiques, suivis individuels). Sur la chronologie, fort irrégulière, des progrès de la prévention dans les houillères, voir Évelyne Desbois, Yves Jeanneau et Bruno Mattéi, *La Foi des charbonniers, les mineurs dans la bataille du charbon 1945-1947*, Paris, Éd. de la MSH, 1986, p. 146 ; Claude Amoudru, *op. cit.*, p. 1084 ; Claude Amoudru et Pierre Nadiras, « La médecine du travail dans les houillères du bassin du Nord et du Pas-de-Calais », in Louis Trenard (dir.), *Charbon et sciences humaines. Actes du colloque organisé par la faculté des lettres de l'université de Lille en mai 1963*, Paris/La Haye, Mouton, 1966, p. 281-314.

(4) La silico-tuberculose touche 1,43 % de l'ensemble des silicosés en 1962, et 0,64 % en 1971. (Claude Amoudru, *op. cit.*)

(5) *Statistiques 1982...*, *op. cit.*, p. 20.

(6) L. Lenoir, « La pneumoconio-tuberculose. Évolution des problèmes médico-légaux au cours des vingt dernières années », *Bulletin de médecine légale*, 14 mai 1977, p. 503-512. En 1965, avec le concours de l'URSSM, 70 000 mineurs du bassin du Nord et du Pas-de-Calais sont vaccinés contre la tuberculose.

(1) CAN, *Régime spécial de la Sécurité sociale dans les mines : statistiques 1993*.

(2) En 1982, parmi les titulaires de rentes de pneumoconiose de moins de 51 ans, 42 % « seulement » sont maintenus en activité, soit 40,74 % ayant un taux d'IPP inférieur à 30 % ; 1,12 % une IPP comprise entre 30 et 39 % ; et 0,36 % une IPP située entre 40 et 65 %. (CAN, *Statistiques 1982...*, *op. cit.*, notamment tab. G2)

tivité, qui accélère en retour la détérioration du taux de charge entre actifs et retraités.

Le statut des populations victimes de la silicose s'en ressent. En 1970 encore, les nouveaux cas de pneumoconiose reconnus touchaient pour près de 80 % des actifs et pour un peu plus de 20 % des retraités : ces deux proportions s'inversent, linéairement, en quinze ans¹. À partir des années 1980, on peut dire que les « trajectoires de silicosés » concernent presque exclusivement des retraités. La silicose ne constitue plus un paramètre économique de gestion de la main-d'œuvre comme durant les Trente Glorieuses, mais une contrainte sociale parmi d'autres, affectant une population sortie ou mise à l'écart du marché de l'emploi, dans des bassins d'activité sinistrés.

L'évolution s'observe visuellement dans les rapports statistiques de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines, qui se structurent de plus en plus autour des prestations sociales. Dans les années 1990, ils deviennent de véritables traités appliqués de droit de la Sécurité sociale. La silicose, quelle que soit son importance financière maintenue², ne fait plus partie que d'un ensemble de problèmes socio-économiques gérés par la Sécurité sociale, qui en reprend la charge en 1987. Elle se dilue dans un éventail de prestations (assurance AT/MP mais aussi retraites, préretraites, invalidité) qui permettent, une nouvelle fois, d'en reporter le coût sur l'ensemble de la collectivité et des salariés, et prolongent son invisibilité statistique.

Ainsi, délai de latence aidant, est-il entre autres impossible de mesurer combien d'an-

ciens mineurs reconvertis ont déclenché une silicose ultérieurement. Les informations grossières dont on dispose sur l'ampleur du « risque ancien », c'est-à-dire des maladies non imputables au dernier employeur, laissent entendre qu'un nombre significatif des silicoses déclarées au régime général de la Sécurité sociale sont le fait de telles trajectoires de sortie des mines. Là encore, les lacunes de l'enregistrement statistique – dans le cas présent l'absence de suivi des salariés tout au long de leur parcours professionnel – minorent la perception des dommages engendrés par le travail au fond³.

Le nombre des décès ou l'impossible statistique

Multiplicité des services producteurs de rapports, hétérogénéité des statuts, incohérences partielles des séries dans le temps : à qui espérerait trouver des mesures simples, directes et exhaustives de la morbidité occasionnée par la silicose, les bilans statistiques produits depuis les années 1950 opposent une série d'écrans, dénoncés à leur époque⁴, qui diluent la saisie quantitative de la silicose parmi d'autres maladies et d'autres prestations sociales. Combien serait-il dès lors illusoire d'ambitionner une estimation de la mortalité, dont l'enregistrement statistique rajoute encore ses propres biais !

Rien que le fait d'établir une série, stabilisée dans le temps, du nombre de malades et de dé-

(3) *Ibid.* Ainsi, sur 6 649 cas de silicose reconnus par les caisses régionales d'assurance maladie de 1977 à 1991 (donc par le régime général hors houillères), 2 270, soit 34 %, portent sur la seule région lilloise.

(4) Quatre types de sources au moins contiennent des données statistiques sur la silicose : les statistiques nationales de la branche AT/MP pour les travailleurs salariés et les statistiques du régime minier, toutes deux relatives à la réparation, les statistiques réglementaires de prévention médicale de la silicose, placées sous l'autorité de la direction des mines au ministère du Développement industriel et scientifique par un arrêté du 15 avril 1958, et les études des services médicaux des houillères, principalement pour le Nord-Pas-de-Calais. Comme le reconnaît Claude Amoudru lui-même : « Ces disparités créent parfois le doute et la suspicion. » (Claude Amoudru, *op. cit.*)

(1) *Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Charbonnages de France, Direction des services sociaux, service du médecin-chef, 1985. Sur l'ensemble des bassins houillers, on compte, en 1974, 10 119 pneumoconiotiques actifs et 41 566 retraités. Ces chiffres sont respectivement de 1 681 et 39 659 en 1985.

(2) La silicose demeure la troisième maladie professionnelle en France par les coûts d'invalidité qu'elle représente, au moment du bilan dressé par C. Le Bacle *et al.*, *op. cit.*

cès, est tâche délicate. Cas remarquable d'une statistique mouvante, les données évoluent rétrospectivement au rythme de la reconnaissance tardive des dossiers, qui peut largement dépasser la durée d'une année. De même, les bilans statistiques des années 1980 détaillent la structure d'âge des décédés mais pas leur taux d'incapacité : impossible, dès lors, d'évaluer la consistance médicale des niveaux d'IPP reconnus aux mineurs en les mettant en relation avec la mortalité. Impossible non plus de cerner la population des morts de la silicose au sens médical (et non pas légal) du terme, d'en reconstituer *ex post* les trajectoires professionnelles, et notamment l'âge éventuel de sortie du fond. Impossible, enfin, de démêler le rôle propre de la silicose de celui de ses co-affections ou complications, tuberculose, « silico-tuberculose » ou autres pneumoconioses¹.

Le recours à la main-d'œuvre immigrante vient compliquer encore le tableau. La pratique en est certes ancienne, de même que les difficultés des mineurs étrangers rentrés au pays à faire reconnaître leurs droits². Mais dans les années 1960 s'en impose un nouvel usage, appliqué aux mineurs marocains qui deviennent alors le premier contingent de mineurs étran-

gers (78 000 pour les seules houillères du bassin Nord-Pas-de-Calais³). 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.

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 silicose⁴. Mais les contrats temporaires les empêchent de satisfaire aux durées d'exposition légales⁵. 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 légales⁶, à la méfiance du centre de Sécurité sociale des migrants envers les déclarations de maladies professionnelles déposées de l'étranger. Comme il n'existe aucune donnée statistique par nationalité ou par lieu de demande (France

(1) Dans les années 1980 resurgit une distinction entre « silicose » et « pneumoconiose du houilleur », dont Annie Thébaud-Mony montre les ambiguïtés : elle ne va pas sans rappeler les polémiques des années 1920 sur la définition de la silicose (Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 253 n. 5 ; Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « Histoire d'une maladie professionnelle "exemplaire" »..., *op. cit.*, chap. 1). En revanche, les rapports statistiques annuels de la CAN donnent une idée de l'évolution des complications légales de la pneumoconiose. En 1982 sont reconnus, par ordre décroissant du nombre des bénéficiaires de rentes, l'insuffisance ventriculaire droite (623 bénéficiaires), la tuberculose (361), le pneumothorax spontané (43), la névrose cavitaire aseptique (38), l'insuffisance respiratoire aiguë (37), l'aspergillose (13), les suppurations bronchopulmonaires (12).

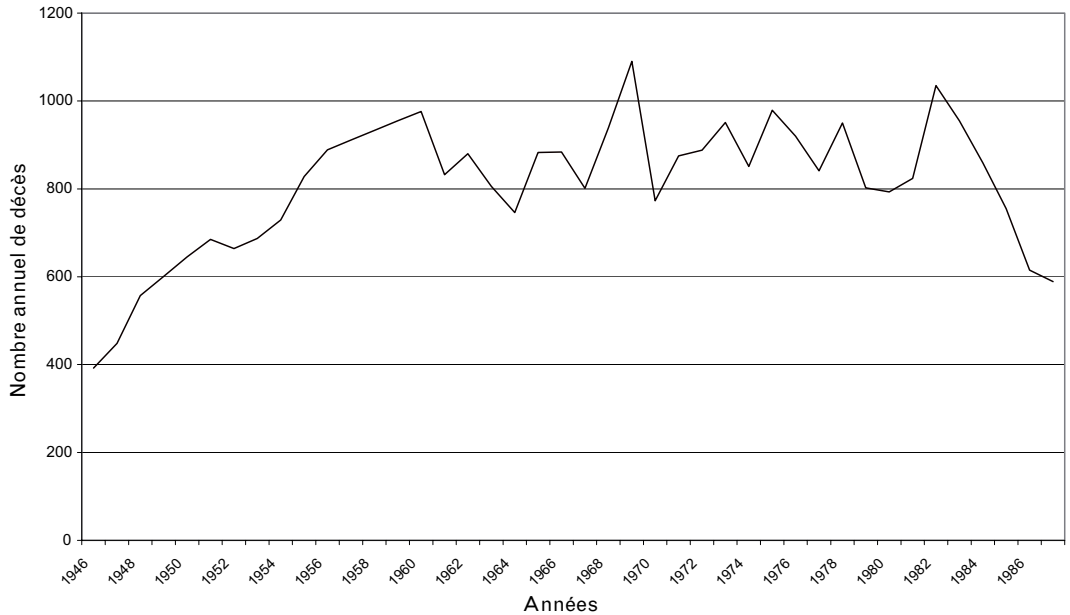
(2) Le pourcentage de mineurs étrangers, Polonais d'abord puis Italiens, après avoir culminé à 50 % en 1930, atteint encore 40 % au début des années 1950. Les premiers peinent déjà à faire reconnaître leurs droits une fois rentrés au pays, malgré l'accord franco-polonais de 1959.

(3) Dès 1965, ils forment 45 % de la main-d'œuvre étrangère employée dans les mines, main-d'œuvre qui elle-même compose 24 % des effectifs totaux des houillères. Cf. Claude Amoudru, « Tutelle sanitaire de la main-d'œuvre marocaine dans les houillères du bassin Nord-Pas-de-Calais », *Revue médicale minière*, 2^e série, 1967, p. 15-28.

(4) *Ibid.* ; Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.* ; ainsi que le point de vue critique de Marie Cegarra sur « Mora, le négrier », *Le Monde diplomatique*, novembre 2000, p. 7.

(5) Marie Cegarra, *La Mémoire confisquée : les mineurs marocains dans le Nord de la France*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, 1999, p. 82 sq.

(6) En vertu d'accords bilatéraux du 9 juillet 1965, les Marocains retournés au pays peuvent, au même titre que les Français, être officiellement reconnus comme silicosés après examen par le collège des trois médecins malgré une durée d'exposition insuffisante.



6. Nombre officiel de décès dûs à la silicose dans les houillères de 1946 à 1986.

ou étranger) en matière de maladies professionnelles, ni dans le régime général ni dans le régime minier, il est difficile de déterminer l'ampleur de ces refus de reconnaissance¹.

Le renouvellement des contrats par tacite reconduction ne s'impose qu'en 1977, après des protestations officielles marocaines et l'arrêt de l'immigration². Par deux grèves victorieuses, les mineurs marocains se voient ensuite reconnaître le statut de mineur en 1980, puis le

bénéfice du « congé charbonnier » après dix ans d'ancienneté en 1987³. La reconnaissance des pneumoconioses pour les migrants souhaitant rentrer au pays est l'une des conditions de l'accord, mais il est délicat d'évaluer dans quelle mesure elle a été mise en œuvre⁴.

Devant tous ces biais, les statistiques ne fournissent qu'une sous-estimation de la mortalité par silicose, dans des proportions qu'il est impossible de déterminer. La série statistique la plus consistante, dans un cadre institutionnel homogène, est le dénombrement des décès dus à la silicose par la sécurité sociale des mines de 1946 à 1987 (document 6).

Son produit cumulé, trente quatre mille mineurs ou anciens mineurs décédés, est relatif à

(1) Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 60 et 242. En 1987, alors qu'on enregistre plus de 30 000 titulaires de rentes dans le bassin du Nord-Pas-de-Calais, le directeur général des houillères affirme que seuls 327 anciens mineurs marocains perçoivent une rente pour silicose, sans préciser toutefois clairement si ce chiffre concerne tous les mineurs et anciens mineurs de nationalité marocaine ayant travaillé dans les houillères françaises, ou seulement ceux qui sont retournés dans leur pays (déclaration de Jack Verlaine dans *La Voix du Nord*, 15 novembre 1987, citée dans Marie Cegarra, *op. cit.*, p. 95).

(2) Les plaintes des Marocains sont discutées par une réunion interministérielle du 13 février 1978, organisée conformément aux engagements bilatéraux souscrits par la France dans la convention de main-d'œuvre du 1^{er} juin 1963. (CAC 19920443 art. 50)

(3) Ce plan d'accompagnement de la fermeture des derniers puits prévoyait initialement une aide au retour. Les mineurs marocains sont au nombre de 4 000 en 1980, de 2 500 (sur 7 000 mineurs du Nord-Pas-de-Calais) sept ans plus tard.

(4) Annie Thébaud-Mony (dir.), *op. cit.*, p. 245-246.

une définition légale. Non seulement elle ne concerne que les silicosés reconnus, mais à l'intérieur de cette population elle ne retient que les défunts dont les ayants droit ont réclamé et obtenu des reversions de rente : c'est à eux en effet d'établir la preuve d'une relation de causalité entre la silicose et le décès. Première restriction, ce chiffrage exclut les décès n'ayant pas entraîné de recherche d'imputabilité soit, de l'aveu même des houillères, 20 % des victimes au bas mot¹. En les prenant en compte, le nombre de victimes de la silicose dans les houillères dépasse les quarante mille, mais au prix du glissement d'un dénombrement à une estimation.

Outre les défunts ne laissant pas d'ayants droit, une partie des familles hésite en effet à entamer ou à mener à son terme une démarche souvent décourageante. Le premier obstacle à surmonter est la longueur de la procédure. La CAN admet un délai d'enquête en imputabilité « de deux ans environ² » mais celui-ci est souvent bien plus long : en 1993 restent en instance 190 dossiers soumis en 1990 et 188 en 1989, pour un total de 551 décès reconnus dans l'année. L'attente peut être douloureuse : beaucoup de familles refusent de voir procéder à une autopsie, souvent réclamée plus d'une année après le décès³. Elle est enfin très incertaine, le taux de refus d'imputabilité par la CAN faisant plus que doubler en trente ans⁴.

Grande difficulté posée aux ayants droit, le décès est susceptible de survenir de nombreux

années après l'exposition au risque. Après avis du médecin-conseil des houillères et du médecin-conseil de l'URSSM, les dossiers sont transmis à un Comité d'avis sur rente (CAR), chargé de trancher sur l'imputabilité. Les experts s'y sont accoutumés à considérer qu'un malade atteint de silicose ne peut décéder de cette maladie s'il est titulaire d'une rente inférieure à 50 %. On découvre ainsi un autre enjeu des « transactions » que le mineur malade aura menées au cours de sa vie avec l'expert agréé en pneumoconioses et les collègues de deux ou de trois médecins : pour préserver les droits de sa famille, il lui fallait atteindre le plus vite possible un taux d'invalidité minimal. Symétriquement, pour les houillères, une fois passée l'ère des intenses besoins de main-d'œuvre, cette habitude encourageait à sortir du fond les mineurs avant que leur taux d'IPP ne soit trop élevé.

Que la probabilité d'inverser après recours une décision de la CAR ait été, pour ainsi dire, nulle, objective le principe du traitement de la silicose par les houillères⁵ : un système hiérarchique incitant les mineurs à l'obéissance et à la patience. Un système, également, assurant les conditions de sa propre opacité statistique, et rendant impossible une mesure même grossière du nombre de victimes. Plutôt que d'ententer une vaine évaluation, nous allons, pour conclure, récapituler les termes du problème.

Du côté des effectifs mesurables, sans revenir sur l'estimation par défaut de quarante mille décès par silicose de 1946 à 1987, se pose la question des décès finalement *non* imputés à la maladie. De 1946 à 1965, ils sont au nombre de sept mille cinq cents, et d'un millier environ par an

(1) ACHML B7 384, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, op. cit., p. 14.

(2) ACHML B7 384, *Statistique annuelle sur la réparation des pneumoconioses, année 1980*, p. 13.

(3) En vertu de l'article L 477 du code de la Sécurité sociale, « la caisse doit, si les ayants droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, demander au juge de paix dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 303, 304 et 305 du Code de procédure civile ».

(4) Le taux de refus atteint 30 % sur l'ensemble de la Quatrième République (3 673 refus sur 12 210 demandes), 37 % (dans le Nord-Pas-de-Calais seulement) de 1959 à 1965 (3 205

sur 8 769), 59 % en 1984 (1 221 sur 2 080) et 66 % en 1991 (981 sur 1 479).

(5) Selon l'étude réalisée, pour la période 1973-1981, par François Deslières, « Le Contentieux judiciaire de l'indemnisation des pneumoconioses du mineur de charbon », thèse de médecine, université Lille-II, 1984.

dans les années 1980 (nous n'avons pu découvrir de chiffrage pour la période intermédiaire)¹. L'ensemble représente un minimum de vingt à vingt-cinq mille refus, dont on ne saura jamais, d'un point de vue médical, combien auraient pu être imputés à la silicose, entendue soit comme cause unique soit comme déclencheuse de complications. Du côté des effectifs non mesurables, sans remonter avant la reconnaissance de 1946, on ne connaîtra jamais, pour les raisons déjà mentionnées, le nombre de décès par silicose des immigrés employés dans les mines jusqu'aux années 1980, la plupart aux travaux les plus dangereux : avec la sensibilisation croissante aux périls de la silicose, cette exposition différentielle devient même une motivation toujours plus déterminante de leur recrutement.

Encore n'avons-nous envisagé dans cet article que la morbidité et la mortalité liées à la silicose dans les mines, pour une raison d'opportunité (les houillères concentrent le plus grand nombre de victimes) mais aussi de sources et d'objet. Les données sur la silicose issues du régime général de la Sécurité sociale nécessiteraient le même travail de contextualisation que celui auquel nous nous sommes livrés ici². Il

serait vain de se contenter de produire ces chiffres de manière brute, en laissant entendre qu'ils permettent de prendre la mesure du désastre humain, sanitaire et démographique qu'a représenté la silicose. Bien dissimulée et bien couverte, cette grande tueuse, dont on ne doit pas oublier qu'elle continue à opérer de nos jours en France³, n'est pas près de révéler le détail ni l'ampleur de ses crimes⁴.

Directeur d'études à l'EHESS et chercheur associé à l'INED, **Paul-André Rosental** a créé et dirige l'équipe Esopp, consacrée à l'histoire sociale et politique des populations (<http://esopp.ehess.fr/>), et codirige le Centre de recherches historiques (EHESS-CNRS). Il a récemment publié en collaboration *La Santé au travail (1880-2006)* (La Découverte, 2006) et le numéro thématique « Histoire politique des populations » (*Annales HSS*, 62 (1), 2006). (rosental@ehess.fr)

Jean-Claude Devinck termine une thèse intitulée « Le contrôle de la santé ouvrière en France : une histoire de la médecine du travail et des maladies professionnelles, (1880-1980) ». Son premier mémoire de recherche, consacré à *La Création de la médecine du travail en France (1914-1946)* a été publié par l'UNSA éducation (36, décembre 2002). Il est en outre l'auteur, avec Stéphane Buzzi et Paul-André Rosental, de *La Santé au travail (1881-2006)* (La Découverte, 2006). (jean-claude.devinck@ehess.fr)

(1) En ajoutant, aux 3 673 refus d'imputabilité jusqu'en 1958, les 3 205 refus du bassin du Nord-Pas-de-Calais de 1959 à 1965, augmentés de 25 % pour tenter de refléter, par défaut, le poids de ce bassin dans l'ensemble des houillères, ce qui donne environ 4 000.

(2) La prévention contre la silicose n'est pas meilleure dans les secteurs non miniers. Selon les services de prévention des CRAM, en charge de 34 000 entreprises entre 1950 et 1975, la moitié des établissements où existe un risque de silicose violent le plafond d'exposition fixé par le ministère du Travail (voir P. J. Lardeux, « Bilan de 25 ans de prélèvements de poussières en milieu industriel », *Revue de l'industrie minière*, 4, 1974, p. 39 ;

ainsi que *Cahiers de la mutualité de l'entreprise*, 30, septembre 1989, p. 80). Il est vrai que les normes, variables selon les ministères de tutelle et les secteurs d'activité, ne sont qu'indicatives.

(3) On compte officiellement, en 2004, 480 reconnaissances de silicose et presque autant de décès imputables, ce qui en fait la deuxième maladie professionnelle la plus grave derrière l'amiante.

(4) Cette recherche a bénéficié de l'aide du programme « Santé et travail » conduit par la Mire et la Drees en association avec La Poste en 2005-2006, ainsi que du Projet-phare P II-1-6 de l'INED. Les auteurs remercient Catherine Gorgeon et Vincent Viet, ainsi que Philippe Davezies, Patrick Fridenson, Alain Chatriot, Claude Amoudru, Jean-Louis Hourtoule, Michel Marquet, pour l'aide apportée lors de la préparation de ce travail.